

ILS FONT L'ACTU

Leslie Levant,
nouveau DRH

6

KOUTIO AVEC VOUS

Déploiement
sans attendre des
recommandations SOIHM

17

DANS LES MURS

Francis Durand :
après les Urgences...

23

**FICHE
PRATIQUE**

12

Précautions
standard :
le port du
masque

L'Ouvre Boîte

OCTOBRE
DÉCEMBRE
2015

➤ **63**

LE JOURNAL INTERNE DU CHT



EN ROUTE
VERS KOUTIO
M-13
Avant
transfert



MOUVEMENTS DU PERSONNEL

AGENTS FONCTIONNAIRES

LES ARRIVÉES

Retour de disponibilité

VASTEL Jean-Luc (IADE)

Mutation

HEMELSDAEL Emmanuel (technicien labo)

LES SORTIES

Démission

BELFIORE Corinne (infirmière)

DARCY Jean (masseur kiné)

WENGER Laetitia (masseur kiné)

TOUILLET Marion (assistante sociale)

Détachement

DECULTY Géraldine (infirmière puéricultrice)

Disponibilité

MUSSET Lydie (infirmière)

PIAZZA Virginie (infirmière)

GAUHAROU Bénédicte (infirmière)

DESPLAT Magali (sage-femme)

VIAN Jessica (infirmière)

Mutation

MESTRE Marie-Laure (directrice -adjointe)

Retraite

HASHIMOTO Claude (AS)

ABDILLAHY Rachid (AS)

RENAULT Hélène (infirmière)

TERIITAH Nicole (aide-soignante)

DERVAUX Emmanuel (ibode)

AGENTS DÉTACHÉS

Fin de détachement

LARRIVE Diony (IADE)

HARMEY Haudrey (IDE)

Détachement

BARLOY Pierre (chef de bureau)

CHABLI Aurélie (cadre de santé)

LEVANT Leslie (directeur ADJ)

MAURESMO Catherine (cadre de santé)

AGENTS EN CDI

LES ARRIVÉES

CDD en CDI

BOUCHER Benjamin (ingénieur bâtiment)

VAITANAKI Maria-Assomption (secrétaire ADM)

SHIGETOMI Aurélie (AMA)

GAZONNAUD Maeva (AMA)

LAVELLOI Heder (agent hôtelier)

Recrutement en CDI

LOPEZ Fabien (ingénieur entretien)

LES SORTIES

Retraite

MOUCHONNIERE Aina (ASH)

WIWANE Adrie (ASH)

LOISEL Myriam (secrétaire ADM)

DENIS Jean-Francois (ASH)

OU-PANE Lionel (magasinier)

AYME Patricia (infirmière)

L'Ouvre Boîte

Directeur de la publication : Dominique Cheveau

Création maquette, rédaction & réalisation :

Agence On En Parle ! 23 23 80

Impression : IRN, sur papier à base de 30% minimum

de papier recyclé, 26 26 11

Crédit Photo couverture : Matial Dosdane, Visual Sky Drone.



Logipôle - septembre 2015



SOMMAIRE

06

ILS FONT L'ACTU

- > Leslie Levant, nouveau DRH
- > Mobilisation contre le risque infectieux, suite...
- > Bilan de la mission sur la radioprotection
- > UETD : une infirmière de plus pour l'équipe Douleur
- > Laurent Azière, nouveau chef de service HGE

23

DANS LES MURS

- > Les nouveaux médecins
- > Une vie au CSSR (après le CMP)
- > Les préparateurs en pharmacie hospitalière : retour du 1^{er} groupe
- > DALT : un an après la mise en place de la nouvelle organisation des achats
- > Francis Durand : après les Urgences...



17

KOUTIO AVEC VOUS

- > Réunion d'information générale à GB et MGTA
- > Déploiement sans attendre des recommandations SOIHM
- > La marche à blanc du Médipôle
- > Les RH en ordre de marche

30
FICHE
PRATIQUE

Précautions standard :
le port du
masque



36
L'ASSO

Les photos du
tournoi de foot



C'est demain

Le Médipôle nous est remis le 9 janvier prochain. Le premier patient sera accueilli à partir du 15 novembre et le transfert/déménagement sera achevé pour Noël 2016. Notre responsabilité est grande et les éléments d'organisation commencent à être de plus en plus précis.

Le prochain chantier que nous devons mener concernera le temps et les rythmes de travail. L'objectif est que nous définissions par un accord interne les modalités de gestion du temps et de sa planification avant la fin de l'année avec les partenaires sociaux.

Je sais que ce sujet est très important pour tous et que l'inquiétude est grande.

C'est la raison pour laquelle, je suis très attaché à la parole que porteront les représentants du personnel et les équipes dans les services de soins. Nous allons devoir trouver l'équilibre entre les besoins des patients et des services, les souhaits des uns et des autres - souvent liés aux contraintes familiales-, la diminution des risques professionnels et pour la santé, et des ressources financières de plus en plus limitées.

Le maintien des horaires en 11 heures et 13 heures sera au cœur des débats, comme la pause-déjeuner pour aller au restaurant du personnel.

Toutes ces préoccupations sont légitimes et doivent se rencontrer.

La cohésion de notre établissement dans les grandes perspectives qui nous attendent est fondamentale pour réussir notre installation. J'y suis fortement attaché.

**Dominique
Cheveau**
Directeur du CHT

En conformité avec les préconisations de l'ASN (Autorité de sûreté nucléaire), les exploitants d'établissements comprenant des installations de radiodiagnos- tics, de radiothérapie ou de médecine nucléaire *in vivo* doivent se faire assister par un expert en radiophysique médicale pour encadrer l'organisation et la surveillance des mesures nécessaires pour assurer la radioprotection des patients, du personnel et le contrôle de qualité des appareillages.

Dans ce cadre, l'expert en radiophysique médicale doit donc contrôler au moins annuellement la conformité de chaque appareil utilisé au sein de l'établissement avec les critères d'acceptabilité définis ou approuvés par l'ASN conformément aux procédures fixées et approuvées par ladite agence.

Si aucune procédure ou aucun critère d'acceptabilité n'a encore été fixé ou approuvé pour un appareil spécifique, les critères définis dans les publications de

la Commission européenne sur la sûreté nucléaire doivent être utilisés. Dans ce contexte, il est donc nécessaire que l'expert en radiophysique médicale de l'exploitant de chaque établissement médical puisse disposer des moyens nécessaires pour mener sa mission à bien avec la qualité requise, pour partager son expérience avec ses collègues experts et enfin pour maintenir à jour ses connaissances et compétences ainsi que pour se perfectionner dans le cadre d'une formation continue de niveau universitaire. Enfin, dans le domaine directement lié de la radioprotection, les modélisations des effets des rayonnements dans différents environnements permettent d'améliorer l'impact des doses qu'elles soient naturelles ou artificielles. C'est pourquoi de nombreux codes de calcul doivent être développés en fonction des différentes contraintes et ressources de chaque établissement.

Déjà doté d'une personne compétente en radioprotection depuis 1990 et

d'un Comité de gestion des risques depuis 2003, le CHT de Nouméa vient d'augmenter ses vigilances dans ce domaine de risque très sensible en signant fin août dernier une convention triennale de partenariat avec deux radiophysiciens experts qui vont nous accompagner dès à présent et jusqu'à Koutio dans le choix et l'installation opérationnelle de nos modalités d'imagerie utilisant des rayonnements ionisants. Chargés notamment de dresser un état de l'art des codes de calcul de transport des rayonnements, d'estimation des sources et de gestion des doses, nous vous proposons de découvrir, dans ce 63e numéro de notre *Ouvre Boîte*, ces deux experts qui vont nous accompagner et nous aider à dégager avec sécurité et pertinence les perspectives d'avenir de notre hôpital en radiophysique et par conséquent en radioprotection.

Bonne lecture.
Marc-Christian PLA

ACCIDENTS DU TRAVAIL



AT* janvier à août 2015
Cumul à fin août

220^{AT}

/ Mois d'août : 27 AT

Dont : AES 44 AT
TMS** 78 AT (dont 46 lombalgies)

SERVICES LES PLUS TOUCHÉS

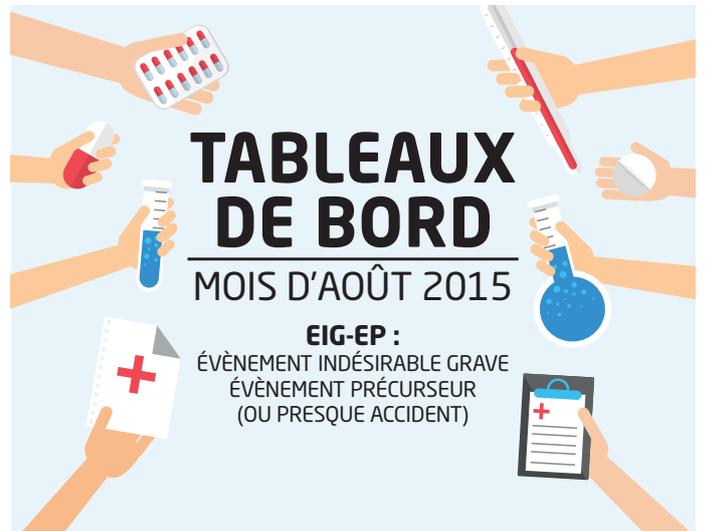
SAU/UHCD/SAMU/SMUR GB : 3 AT / UC/UMCP GB (Ancien A2/B1 Septique) : 3 AT / HÔTELLERIE MG : 2 AT / NEUROLOGIE GB : 2 AT / Le reste service : 1 AT

AT janvier à août 2014
Cumul à fin août

200^{AT}

/ Mois d'août : 24 AT

Dont : AES 52 AT
TMS** 59 AT (dont 36 lombalgies)



TABLEAUX DE BORD

MOIS D'AOÛT 2015

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

2015	Nbre de déclarations	Dont EIG	Dont EP
Janvier	117	6	26
Février	119	4	13
Mars	158	2	20
Avril	123	12	33
Mai	76	3	20
Juin	115	7	9
Juillet	92	0	16
Août	110	4	13



Pascal Dussud, Dr Laurent Azière, Dr Isabelle Missotte

1^{ÈRE} COURSE DU REIN

Bonne mobilisation pour cette première, fin août, promenade Pierre-Vernier, en particulier pour les équipes du CHT.

Objectif : sensibiliser le plus large public au don d'organe, et en particulier du rein.

NB : la journée mondiale du don d'organe a lieu ce 17 octobre. Une animation devrait être mise en place à l'attention des visiteurs du CHT.

(Lire aussi en p.23, le point de vue du Dr Nicolas Quirin.)

JOURNÉES CALÉDONIENNES D'UROLOGIE

À l'initiative des Dr. Biset, Lacour, et Saïdi, les Journées calédoniennes d'Urologie se tiendront le 19 et 23 octobre au Méridien (Nouméa).

Renseignements et inscription (places limitées) : urologie.noumea@gmail.com ou auprès du Cabinet d'Urologie Pacifique Sud, 6 route du Vélodrome, Nouméa.

ASSISES DE LA SANTÉ

Notre système de SANTÉ est performant, mais il coûte cher. Près de 100 milliards FCFP de dépenses par an. L'objectif de ces assises était de faire une évaluation de notre système de santé, de ses pratiques et de son efficacité, afin « de mettre en œuvre sur ces bases une gouvernance forte » selon Valentine Eurisouké, membre du Gouvernement en charge de la santé.

MARCHÉ

Le Conseil d'administration a attribué à la société Helicocéan le marché des "ÉVASAN" par hélicoptère lors de sa dernière séance. Le contrat de six ans prendra effet dès la disponibilité des nouveaux aéronefs par le titulaire (dans six mois). INAER assure la continuité du service d'ici là.

HOMMAGE À J.-C. HUBERT

Jean-Charles nous a quitté de façon brutale et inattendue le 24 août dernier. Avec son départ c'est une des plus anciennes mémoires de l'hôpital qui nous quitte. Il était tout simplement le plus ancien d'entre nous tous dans ses fonctions, il avait connu 4 décennies de la vie hospitalière Calédonienne, de l'hôpital militaire à nos jours et il se préparait à découvrir le Médipôle de Koutio en guise de dernier challenge professionnel. La vie en a décidé autrement...

De là où tu es, Jean-Charles, reçois toute la sympathie et l'affection de ta famille hospitalière à qui tu as beaucoup donné, l'occasion pour nous tous de te remercier pour toutes ces années durant lesquelles nous avons eu la chance de travailler ensemble mais aussi de rendre grâce à la gentillesse et à la douceur qui se dévoilaient pudiquement derrière le grand gaillard que tu étais. Permits nous Jean-Charles, enfin et s'il te plait, de nous associer collectivement, et personnellement pour ceux qui te connaissaient bien, à la douleur des tiens et de tes proches.

La communauté Hospitalière de Nouvelle-Calédonie.

LES RESSOURCES HUMAINES ONT LEUR DIRECTEUR

Depuis le 6 juillet dernier, Leslie Levant occupe le fauteuil de directeur des Ressources humaines (DRH) du CHT. Une fonction complexe par nature et qui revêt, à un peu plus d'un an de l'entrée dans le Médipôle, une dimension toute particulière au sein de l'hôpital territorial. **Enfant du pays, le directeur met désormais son expérience au service de la santé des Calédoniens.**



À 38 ans, Leslie Levant a retrouvé sa terre natale. Né à Koumac, élevé à Voh et Kaala-Gomen, la commune dont son père a été le maire pendant trois décennies, puis lycéen à Nouméa, il avait quitté le Caillou pour la Lorraine voilà 20 ans, le temps d'engranger formations et expériences. *« J'ai rapidement su que je voulais travailler dans le domaine de la santé, se souvient-il. Le concours de médecine ne m'a pas réussi, mais l'économie de la santé et la gestion hospitalière m'ont très vite beaucoup intéressé ».*

Un DESS et un DEA en gestion hospitalière en poche, le Calédonien se lance alors résolument dans la préparation du concours de directeur d'hôpital. Un an et demi de travail pour un succès du premier coup en 2005.

« Heureusement, reconnaît-il aujourd'hui. C'est un concours tellement exigeant que je

n'aurais sans doute pas eu le courage ni l'envie de recommencer ».

FAIRE SES ARMES

Se former à la direction d'établissement de santé lui demande plus de deux ans à l'EHESP (École des hautes études en santé publique) à Rennes. Et, le 1^{er} avril 2008, Leslie Levant obtient son premier poste à la direction des finances du CHR Metz-Thionville et du CH de Brie. *« Un établissement qui compte une vingtaine de directeurs, 5 000 agents... C'est extrêmement formateur ! J'ai appris énormément aux côtés des cadres et cadres supérieurs notamment ».* Cinq ans plus tard, l'envie de changer de point de vue le mène, dans ce même établissement, à la direction adjointe des ressources humaines, *« l'une des directions les plus complexes à mon sens, mais aussi les plus passionnantes ! »* Deux années supplémentaires tout aussi enrichissantes pour le Calédonien qui doit néanmoins envisager sa mobilité, *« cela fait partie de ce type de fonction pour que l'on puisse évoluer dans notre carrière ».* Se pose alors la question de retrouver sa terre natale et ses proches, demeurés dans l'archipel depuis deux décennies. *« J'avais été loin d'eux suffisamment longtemps et mes enfants et ma compagne étaient prêts à venir vivre en Nouvelle-Calédonie.*

“ Il s'agit bien d'un service pour les agents, en termes de formation, de gestion de carrière, de performance organisationnelle... ”

J'ai alors pris attache avec le CHT ». Un établissement en mal de DRH qui trouve dans le candidat un profil prometteur : Calédonien, expérimenté et déjà confronté au déménagement d'un hôpital en Lorraine. Ce sera lui !

MISSIONS ET AMBITIONS

C'est avec beaucoup d'humilité que le directeur retrouve sa terre d'origine. « Je suis certes calédonien, mais je n'ai jamais travaillé ici. Je suis arrivé avec des références et des logiques métropolitaines : à moi de m'adapter au contexte local et aux besoins du CHT ». Et le directeur de préciser qu'il est bon de ne pas trop fantasmer sur la Métropole : la réalité quotidienne y est souvent difficile pour les soignants alors que la Nouvelle-Calédonie a encore des espaces pour créer de nouvelles opportunités, mettre en place des organisations adaptées, prendre en compte les besoins spécifiques des soignants. Son ambition première, une fois trouvés ses marques et le mode de fonctionnement qui correspond à l'établissement : construire une DRH à la hauteur des ambitions du Médipôle de Koutio, basées sur de solides fondations. Une politique institutionnelle comprise par tous, portée par l'ensemble des équipes et des ressources humaines gérées de manière à la fois administrative, concrète

et globale. « Il s'agit bien d'un service pour les agents, en termes de formation, de gestion de carrière, de performance organisationnelle... » L'objectif ne pourra d'ailleurs être atteint, estime Leslie Levant, qu'avec la collaboration de tous ceux qui sont impliqués dans la stratégie RH, la direction bien entendu, mais aussi les cadres, précieux relais d'un management de proximité. « Ils ont besoin d'outils performants. À nous de les leur fournir pour une politique RH performante et moderne, dont chacun pourra être fier ».

SORTIR DE LA CARICATURE

« On a trop souvent une vision caricaturale de la DRH et de son rôle. Or, ses missions vont bien au-delà des fiches de paye. Cette direction effectue un travail concret, qui passe par une gestion administrative se traduisant tous les jours sur le terrain. Les métiers de l'hôpital sont avant tout des services à la personne avec des gens extrêmement formés qui sont là pour dispenser des soins aux patients. L'enjeu des ressources humaines dans un tel contexte est bien de permettre la montée en compétences, de favoriser de bonnes conditions de travail, de nourrir la motivation des équipes et la confiance dans l'institution ».



ENTRE RETOUR AUX SOURCES ET NOUVEAU MONDE

« J'ai reçu un très bon accueil de la part du CHT. Je crois que les équipes ressentent une certaine fierté de voir un Calédonien occuper ce poste, et ainsi d'avoir un deuxième directeur local avec Marie-Claire Kabar à la Direction des Soins. Cela crée aussi beaucoup d'attentes, mais je ne souhaite pas me précipiter. L'idée n'est pas de tout révolutionner, mais bien de m'inscrire dans une certaine continuité, de comprendre ce qui a fonctionné auparavant, ce qui a échoué. Il faut prendre le temps d'observer et de discuter avec les équipes pour proposer des actions réfléchies et portées par tous. Et ce, pour structurer la DRH, mais aussi pour contribuer à la réussite du passage au Médipôle. C'est d'ailleurs une perspective extrêmement réjouissante que d'accompagner dès maintenant les changements qui s'opèrent en prévision de Koutio. D'un point de vue plus personnel, je suis aussi revenu en Nouvelle-Calédonie pour participer à ces évolutions et à la construction du pays ».

LA GUERRE CONTRE LES BHR EST DÉCLARÉE !

BHR pour bactéries hautement résistantes. Ennemies numéro 1 des établissements de santé, elles sont, depuis de longs mois maintenant, un dossier prioritaire du CHT. Mais pas uniquement ! Engagé dans une lutte constante contre ces envahisseurs, l'ensemble des services de santé de la Nouvelle-Calédonie a pris également le dossier à bras le corps.

L'hôpital public n'est pas le seul concerné. Tous les établissements de santé du Territoire - et de nombreux autres pays - se trouvent aujourd'hui confrontés, avec ces bactéries, à une menaçante réalité. Deux types de BHR sont à surveiller de près, les *Enterococcus Faecium* résistants à la Vancomycine (ERV) et les entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC). « *Face à elles, il ne reste que très peu d'antibiotiques efficaces*, note Blandine Placet, médecin hygiéniste du CHT. *Le risque, à terme, est de nous retrouver dans une impasse thérapeutique en cas d'infection par ces bactéries* ». Une menace à prendre d'autant plus au sérieux que les ERV sont dotés de résistances particulièrement mobiles et transmissibles à d'autres bactéries. La meilleure solution demeure donc la prévention pour éviter de diffuser ces BHR. « *Une épidémie s'est déclarée en juin dernier : des patients ont été colonisés. Ils n'ont pas développé d'infection, mais étaient porteurs de bactéries hautement résistantes aux antibiotiques dans leur tube digestif* ». Pas d'affolement donc, mais une large réflexion a été lancée pour développer les outils nécessaires à leur maîtrise.

DÉPISTER POUR MIEUX GÉRER

On ne le dira jamais assez, la première riposte demeure l'hygiène des mains ! Dans les précautions standard à respecter, notons également le port des gants et la bonne gestion des *excreta*. Lorsque la situation l'exige, notamment lors de contacts avec un patient infecté ou colonisé, des précautions complémentaires sont à envisager. La maîtrise de la diffusion des BHR (bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes) repose avant tout sur l'hygiène des mains, une élimination rigoureuse des *excreta*, un entretien rigoureux de l'environnement, une bonne information entre les soignants médicaux et non médicaux et une



utilisation adaptée et rigoureuse des antibiotiques. Ultime étape dans la lutte contre les BHR, l'identification des patients à risques, leur dépistage et leur placement dans une zone de *cohorting*. Les patients porteurs et « contacts » sont regroupés dans un service de *cohorting* au sein duquel travaille une équipe de soignants dédiés. Le tout accompagné d'un respect scrupuleux des précautions standard et complémentaires. « *Les patients les plus à risques sont ceux qui nécessitent déjà des antibiotiques, ceux des services à risques (réanimation, etc.) et tous les patients de retour d'ÉVASAN* ». Les actions se poursuivent au CHT dans le sens de la maîtrise des BHR en même temps qu'un travail de plus grande ampleur, à l'échelle de l'ensemble du système de santé calédonien.

DÉMARCHE TRANSVERSALE

Depuis le mois de juin, de larges travaux ont été menés avec la CAFAT, la DASS et les hôpitaux et cliniques du territoire. Pour limiter le risque lié aux évacuations sanitaires, il a été acté avec la CAFAT que chaque patient prêt à revenir d'Australie bénéficierait d'un dépistage, suivi d'un second en arrivant au CHT dans le



LES PRATIQUES S'AMÉLIORENT

On sait le risque infectieux au centre des préoccupations du CHT. Des formations transversales ont été mises en place afin de remettre en lumière les précautions standard parfois oubliées tant le rythme de travail des services est soutenu. Et le constat est positif : les pratiques en matière d'hygiène des mains, primordiale dans la lutte contre les infections nosocomiales, ne cessent de s'améliorer. « En 2012, 12 services sur 28 montraient de très bonnes pratiques dans le domaine, résume Blandine Placet. En 2014, nous étions à 19 services malgré des exigences et objectifs plus importants ». Une évolution qui se poursuit et qui contribue inmanquablement à réduire les risques d'épidémies au sein de l'hôpital.



➤ **AUDREY MERLET,**
infectiologue en service
de Médecine interne



“ Il y a quelques mois encore, les méthodes de prise en charge des BHR existaient bien sûr, mais rien n'était clairement formalisé. Depuis, un travail de fond a été réalisé pour la rédaction de trois fiches sur la manière de gérer les patients de retour d'ÉVASAN qui représentent pour nous le risque majeur, sur la manière de gérer la découverte fortuite d'un patient porteur et des patients contacts et enfin sur la manière de gérer une épidémie avec notamment la mise en place d'équipes dédiées et du cohorting. Ces procédures écrites et adaptées au contexte calédonien ont été validées par le CLIN et présentées en CME. Le document insiste également sur les méthodes de dépistage pour ne laisser passer aucun patient, qu'il soit porteur ou contact. Tout cela semble porter ses fruits puisque nous n'avons aucun nouveau cas depuis la dernière épidémie en juin.

Il nous a également semblé important de rappeler les bonnes pratiques en termes de prescription d'antibiotiques. Un document existait déjà (la plaquette antibiotique) et une dizaine de médecins se sont penchés sur le sujet pour l'actualiser en fonction de l'épidémiologie locale et des dernières recommandations. Il faut avoir le réflexe, en cas d'infection complexe, de faire appel à l'équipe d'infectiologues. Nous sommes là pour conseiller et aider à une juste prescription des antibiotiques. ”

service de *Cohorting*. Un plan de maîtrise des BHR et des épidémies a également été élaboré avec la DASS pour faire en sorte que tous les acteurs de santé appliquent chez eux les précautions standard. Au sein même de l'hôpital territorial, les patients porteurs d'une

BHR sont identifiés sur leur dossier informatisé afin de signaler ce risque en cas de nouvelle hospitalisation. Le patient est alors placé dans le service de *Cohorting* et des dépistages seront réalisés. Une étape d'autant plus importante qu'un individu peut demeurer

porteur pendant plus d'un an. Enfin, les patients et les structures d'accueil sont informés de la situation en cas de transfert, car « le portage ne doit en aucun cas être un obstacle à la prise en charge thérapeutique du patient », conclut Blandine Placet.

MISSION D'ÉVALUATION DE LA RADIOPROTECTION AU CHT DE NOUMÉA

Voilà quelques semaines, le service de Radiologie s'est trouvé confronté à une situation inédite au CHT. Le niveau de rayons X reçus en salle 4 du bloc opératoire par des opérateurs de cardiologie interventionnelle dépassait les doses habituellement observées évoquant des possibles dépassements des limites consenties aux doigts pour leur catégorie. Deux experts ont mené une mission d'évaluation du 27 août au 4 septembre 2015 afin d'identifier les causes à l'origine de ces dysfonctionnements et d'évoquer des pistes d'amélioration.

Carlo Maccia et Françoise Malchair sont tous deux physiciens médicaux et personnes compétentes en radioprotection (PCR), rompus aux conseils en matière de radioprotection hospitalière et à son évaluation. En déplacement en Nouvelle-Calédonie à la demande de la Direction du CHT, ils ont observé avec minutie le contexte local et les moyens mis en œuvre pour la sécurité du personnel et des patients du CHT.

DES MOYENS DE PROTECTION TRÈS IMPORTANTS

Un premier constat s'impose : l'hôpital met tout en œuvre pour préserver l'intégrité des personnes. « *Les moyens de protection et de monitoring mis à disposition sont supérieurs à la moyenne de ce que l'on peut voir partout ailleurs* ».

Des tabliers plombés nombreux, de bonne qualité et bien entretenus, des bas-volets plombés également disponibles et utilisés, des protège-thyroïdes, des lunettes, sans oublier les dispositifs de suivi dosimétrique du personnel,



abondants et sophistiqués (dosimétrie passive, opérationnelle, des extrémités et du cristallin) ont été recensés lors de l'audit réalisé dans les différents services (Radiologie, Bloc opératoire).

Des outils peut-être trop nombreux, susceptibles, dans une certaine mesure, de « banaliser » le risque vis-à-vis duquel se protéger.

UN « ZOOM » SUR LA SALLE 4

Appelés essentiellement pour faire le point sur la salle 4 où sont pratiqués les actes de coronarographie et de radiologie vasculaire, les deux intervenants ont mis en lumière plusieurs facteurs explicatifs des doses observées aux extrémités du personnel.

Tout d'abord le protocole utilisé lors du fonctionnement en mode ciné. La pratique habituelle dans la salle 4 se basait sur le protocole standard (15f/sec) tandis que la pratique la plus souvent recommandée de nos jours, se base sur un protocole à cadence réduite « coro 7,5 ». L'exiguïté de la salle et l'orientation de la table rendent difficile l'éloignement de l'opérateur lors des phases d'acquisition des

images (graphie) auxquelles s'ajoute la présence en salle d'un manipulateur dédié à l'injection du produit de contraste à proximité de l'opérateur principal. L'absence de volet plombé de protection en position intermédiaire et le non-port de gants plombés constituent des facteurs aggravants de l'exposition. Mais, tous ces éléments ne sont finalement que des raisons marginales au regard de la cause majeure : la corpulence des patients, bien supérieure à la moyenne métropolitaine (IMC de 30 en Nouvelle-Calédonie contre 25 en Métropole). Or, cette donnée est fondamentale dans le phénomène de l'augmentation de l'intensité du rayonnement diffusé à proximité du patient. En ce qui concerne les patients, le protocole d'acquisition des images et leur corpulence demeurent des éléments importants dans l'importance des doses de rayons reçues.

Les experts y ajoutent également quatre autres facteurs :

- > la collimation non systématique (parfait réglage de l'alignement des éléments des appareils de radiologie) par les opérateurs ;
- > la hauteur de table ;
- > la DFI (Distance Foyer Image) non optimisées ;
- > l'utilisation fréquente de l'agrandissement (champ 16).



➤ LES CONCLUSIONS

- > Une salle d'électrophysiologie dédiée plutôt que l'utilisation d'un arceau chirurgical mobile est conseillée pour avoir des moyens de protection du médecin plus efficaces et une meilleure image pour des procédures plus sophistiquées
- > Reconsidérer les moyens techniques alloués à la dosimétrie du personnel en fonction du risque (dosimètre cristallin, nouveaux EPI). Ceci permettrait une optimisation de l'allocation des ressources disponibles
- > Privilégier l'usage de gants de protection « plombés » pour les opérateurs de radiologie et cardiologie interventionnelle
- > Revoir les zonages des salles et les études de poste réalisés en se servant de la méthodologie expliquée aux PCR au cours de la mission
- > Vérifier les modalités d'utilisation des appareils de mesure destinés à cet effet
- > Suivre les remarques des contrôles de qualité externes pour remettre en conformité les non-conformités signalées
- > Envisager un équivalent temps plein, réparti entre 2 PCR, pour la Personne Compétente en Radioprotection
- > **Pas de risques sanitaires directs pour les patients ou le personnel liés à ce « dysfonctionnement » de radioprotection**



QUELQUES ÉLÉMENTS « FACTUELS »

- > Grâce au réglage de l'appareil de radiologie par le technicien du constructeur, les doses délivrées aux patients ont connu, ces dernières années, une baisse considérable : elles ont été divisées par un facteur de 2 à 6 selon les procédures entre 2012 et 2015.
- > Pour la coronarographie, la dose dans l'air (appelée Air Kerma ou AK et mesurée en mGray) a été divisée par 2, de même les PDS (Produits dose-surface -la dose de rayonnement reçue par un patient, intégrée sur la surface irradiée et mesurée en GY.cm²-) ont aussi été divisés par 2.
- > L'activité interventionnelle thérapeutique (pose de *stents* etc.) a vu de sa part les doses AK divisées par 6 (et jusqu'à 8 pour les PDS).
- > Lorsqu'il y a une procédure couplée (coronarographie + dilatation), les doses mesurées sont plus de 5 fois inférieures en 2015 qu'un an auparavant, pour une moyenne globale AK et PDS divisée par 3.



LE CHT, S'EXPOSE EN MÉTROPOLE

L'hôpital calédonien a sa place lors d'évènements internationaux ! Un projet pluridisciplinaire mené pendant un an et demi de la pharmacie à la néonatalogie est là pour le prouver. Au mois d'octobre, les résultats du travail mené autour de la sécurité des poches de nutrition parentérale seront présentés lors des 18^{es} journées du GERPAC¹.

L'origine du projet remonte à 2013. L'hôpital de Chambéry voyait trois nourrissons succomber après avoir reçu le contenu de poches de nutrition parentérale (poches d'alimentation injectée par voie intraveineuse). Le CHT prend alors l'initiative de vérifier ses propres pratiques. « À la différence de beaucoup d'hôpitaux métropolitains, nous n'avons pas la possibilité de sous-traiter l'activité de fabrication à un industriel, note Valérie Guillemain, chef du service de la Pharmacie. Nous devons fabriquer et vérifier nos poches nous-mêmes ». Et pour cause :

les produits ne se conservent que de 24 à 72 h. Jusqu'à présent, c'était donc en service de Néonatalogie qu'étaient fabriquées les poches, soumises à différentes vérifications avant administration. Un processus que la direction a souhaité soumettre à un audit interne. En janvier 2014, la démarche était lancée.

TRANSVERSALE

Un large groupe de travail se forme alors, réunissant Néonatalogie, Pharmacie, cellule Hygiène, DCS, DBRI, DG, Institut Pasteur, Biochimie

et services techniques. « Nous avons dressé un état des lieux de nos pratiques et identifié les points à améliorer à chaque étage : prescription, fabrication, contrôles physico-chimiques et bactériologiques, contrôle par la Pharmacie et administration ». Ces efforts trouvent aujourd'hui leur aboutissement dans la mise en place de plusieurs actions. En premier lieu, le déploiement dès le mois d'octobre d'un logiciel pour permettre l'informatisation et le traçage du processus ; ensuite la modification des locaux de la Pharmacie pour la fabrication, avec l'installation d'un isolateur réservé à cette activité

- le mode de fonctionnement prévu sur Koutio - puis transfert de l'activité de la Néonatalogie vers la Pharmacie ; enfin la formation du personnel concerné, tant à l'utilisation du logiciel qu'à la fabrication elle-même².

BELLE RÉUSSITE

Dans le même temps, la situation évolue en Métropole puisqu'elle légifère sur le sujet depuis quelques mois et remplace les simples recommandations par une directive de la DGOS³, donnant à la fabrication des poches de nutrition parentérale un cadre strict. Or, résultats de l'audit et évolution réglementaire correspondent, « *jusque dans le choix du logiciel préconisé par le législateur !* » Une belle réussite que la Pharmacie a souhaité mettre en avant en proposant les résultats au Congrès du GERPAC. « *Le comité scientifique a validé notre proposition et nous allons ainsi pouvoir y présenter un poster⁴* », ajoute Delphine Betton, pharmacienne qui a participé activement à la démarche. « *Nous pouvons être tous satisfaits du travail accompli en un an et demi, car les conclusions de l'audit sont en accord avec la réglementation récemment publiée et vont permettre de sécuriser ces préparations complexes et sensibles* ».



(1) Groupe d'évaluation et de recherche sur la protection en atmosphère contrôlée, association scientifique d'envergure internationale regroupant pharmaciens hospitaliers, chercheurs et universitaires. Le GERPAC organise, du 7 au 9 octobre, les 18es journées du GERPAC et 13es journées européennes du GERPAC à Hyères (www.gerpac.eu).

(2) Logiciel BP'Prep de la société ACCOSS. La formation au logiciel sera effectuée en octobre par un représentant d'ACCOSS. La formation à l'utilisation de l'isolateur, organisée par l'IFAP, sera réalisée par le pharmacien responsable des préparations stériles du CHU de Toulouse, fin novembre.

(3) Instruction n° DGOS/PF2/DGS/PP2/2015/85 relative à la gestion des risques liée à l'activité de nutrition parentérale en Réanimation néonatale, en Néonatalogie et en Pédiatrie par la mise en place de bonnes pratiques organisationnelles.

(4) Groupe pluridisciplinaire pour l'amélioration des pratiques de préparation des mélanges pour nutrition parentérale. Auteurs : D. Betton, M. Leduc, M.E. Moulies, Y. Gauquelin, C. Fijalkowski, V. Guillemin.

NOUVELLE ÉTAPE POUR L'ÉQUIPE DOULEUR

Une seconde infirmière et un médecin rejoignent l'équipe Douleur. Les projets ne manquent pas, et leur réalisation va pouvoir s'enrichir du savoir-faire spécifique de ses nouveaux venus.

« L'Unité d'Évaluation et de Traitement de la Douleur a été mise en place en 2008. Six ans plus tard, nous réalisons plus de 2 800 consultations par an, un réseau de correspondants Douleur est en place et la prise en charge de la douleur est devenue un élément fondamental dans le processus de soin des patients. » Le Dr Luc Brun, chef du service et son équipe peuvent donc se féliciter à juste titre du chemin parcouru. La particularité de cette équipe : intervenir transversalement dans les différents services, sans distinction de spécialités médicales. Quant aux causes des besoins de prise en charge, on retrouve les lombalgies chroniques, les céphalées, les douleurs postopératoires et les névralgies, les douleurs neuropathiques ou encore les fibromyalgies (douleurs diffuses liées au dysfonctionnement des mécanismes de gestion de la douleur au niveau du cerveau). « C'est très enrichissant, même si cela peut mettre à rude épreuve une équipe réduite ».

INTERVENIR PAS SEULEMENT QU'EN PREMIÈRE LIGNE

Depuis l'arrivée conjointe de la seconde infirmière à temps plein (depuis le 1^{er} septembre) et du médecin vacataire, le service tend vers une configuration plus conforme à la nature des besoins. « Cela s'apparente en qualité à l'organisation de l'équipe en place au

CHU de Lyon dans lequel je me suis formé pour le diplôme universitaire de la prise en charge de la douleur » précise Virginie Dalant, la nouvelle infirmière. « Cela permet par exemple d'équilibrer nos actions entre la prise en charge directe des patients, l'appui aux soignants dans les services, la formation et la mise en œuvre de nouvelles techniques de soins » complète Luc Brun.

Et sur ce plan, l'équipe a devant elle de nombreux projets. Le premier étant de renforcer la présence d'une infirmière ressource douleur dans les services de soins pour la prévention des soins douloureux.

Un second vise au développement de l'utilisation des patches à la Capsaïcine, l'élément actif du piment (Qutenza pour son nom commercial) au CHT, une technique à laquelle Virginie Dalant a pu être formée à Lyon. Son efficacité est avérée. « De la même façon, nous pourrions étayer le développement des différentes techniques non médicamenteuses ».

Ce qui tient enfin à cœur à Luc Brun, c'est de participer à un ensemble de projets qui se développent dans l'établissement : l'éducation thérapeutique du patient. « Différents programmes sont en train de se mettre en place dans les services

en fonction de leurs spécialités. C'est aussi quelque chose d'essentiel pour nous, je pense entre autres à la prise en charge des lombalgies ou encore des fibromyalgies. »*

*À lire dans un prochain numéro de L'Ouvre boîte





Il y a 6 ans, la traçabilité de la douleur avec des outils validés (EVA, échelles des visages, etc.) était peu retrouvée dans les dossiers, maintenant, une courbe de ressenti de la douleur figure sur chaque feuille de surveillance. ”

Dr Luc Brun



➤ BIENVENUE À VIRGINIE

Du DAR à l'UETD du CHT, en passant par le CHU de Lyon, Virginie Dalant, qui a rejoint l'équipe en tant qu'infirmière depuis le 1^{er} septembre, s'est donné un cap qu'elle tient : travailler à la prise en charge de la douleur.

J'ai rejoint le CHT et le DAR en 2005. Au sein du DAR j'étais très intéressée par les protocoles concrets. J'ai notamment été référente PCA (les pompes automatiques de distribution d'analgésiques). J'ai aussi pu réaliser à quel point les soignants peuvent avoir besoin de soutien concret, d'assistance sur ces sujets.

J'ai ainsi pu passer mon D.U. « Douleur » au CHU de Lyon. Outre l'apprentissage du Qutenza (voir ci-contre), j'ai pu m'ouvrir à beaucoup d'autres pratiques comme les perfusions de Kétamine, les TENS, l'hypnose, la musicothérapie... Dans une plateforme hospitalière d'une telle dimension et multidisciplinaire, c'est évidemment passionnant.

HEUREUSE DE REJOINDRE L'UETD

J'ai aujourd'hui la chance de rejoindre une équipe expérimentée, solide, et bienveillante. Je vais donc d'abord me nourrir de l'expérience des autres membres. Je dois aussi aller à la rencontre des services de Magenta ainsi que ceux de GB, qui seront réunis, demain, au sein du Médipôle.

Du fait de mon arrivée, nous avons plus de disponibilité pour mieux répondre aux demandes urgentes et parfois ponctuelles des soignants des services qui peuvent se retrouver désarmés face à des situations particulièrement complexes.

*L'équipe Douleur va aussi pouvoir renforcer sa présence au sein du CLUD**, en particulier dans le cadre des formations des soignants, de mise en œuvre de la politique Douleur de l'établissement et de la certification.*

****CLUD : Comité de lutte contre la douleur**



L'ÉQUIPE « DOULEUR »

MÉDECINS

Dr Luc Brun (chef de service)
Dr Catherine Sureau-Guyomar
Dr Philippe Campana (vacataire)

INFIRMIÈRES

Laurence Gracia
Virginie Dalant

PSYCHOLOGUE

Maelle Deniaud

CADRE INFIRMIER

Anne Ledu

SECRÉTAIRE

Katalina Maie



HGE : LES YEUX RIVÉS SUR KOUTIO

Suite aux nominations des nouveaux chefs de service (voir NL datée septembre), zoom sur un « nouveau » pourtant pas inconnu, bien au contraire ! Direction l'hépatogastro-entérologie (HGE) où le Dr Laurent Azière évolue depuis une décennie : une expérience et une connaissance du terrain et de l'équipe précieuses à quelques mois des bouleversements du nouvel hôpital.

Organisation du service, communication auprès de la hiérarchie et des membres de l'équipe, le tout sans (trop) rogner sur le temps consacré aux patients... la casquette de chef de service, si elle ne change pas fondamentalement le statut de celui qui la porte, donne en revanche au titulaire un rôle clé dans le soutien et la mise en place des projets. « Être chef de service n'était pas forcément une aspiration, résume le Dr Azière. C'est plutôt une évolution normale de carrière après dix ans dans un service, le résultat des remplacements que j'avais pu faire du Dr Genelle, mon prédécesseur, et la continuité de mon implication dans les groupes de travail pour Koutio ». Laurent Azière assume donc sa nouvelle fonction dans la perspective très claire d'accompagner du mieux possible le service dans le transfert et l'évolution de l'activité.

PROJETS EN COURS

Et le travail ne va pas manquer ! « L'endoscopie digestive sera conjointe avec celle de pneumologie, un hôpital de jour unique sera mis en place, l'oncologie aura un service dédié à côté du nôtre, de même que les soins palliatifs... L'organisation va profondément changer et il faut s'y préparer ». D'autant plus qu'une nouvelle activité va également voir le jour, baptisée « hôpital de semaine », une structure intermédiaire entre hospitalisation classique et hôpital de jour demandée depuis longtemps par l'HGE, la cardiologie et la neurologie. Ce sera chose faite sur Koutio où l'hépatogastro-entérologie verra finalement son activité se développer sur cinq pôles (service, hôpitaux de jour et de semaine, oncologie et endoscopie).



L'organisation va profondément changer et il faut s'y préparer »



PORTRAIT EXPRESS

La Nouvelle-Calédonie, Laurent Azière la découvre en 1996 lorsqu'il y effectue son service militaire en tant que VAT (volontaire à l'aide technique) au sein même du service HGE du CHT. Il lui faudra presque dix ans pour revenir sur le Caillou, une terre qui l'avait alors séduit avec, de surcroît, un intérêt médical particulier dans la mesure où l'on y rencontre encore des pathologies presque disparues ailleurs. « Je suis resté en contact avec le Dr Genel qui était déjà chef de service et lorsqu'un poste de PH s'est libéré en 2005, j'ai postulé ». Que de changements entre-temps ! Le bâtiment avait évolué, les pratiques aussi, sans oublier l'ampleur de l'équipe. « Puis le Dr Genelle, qui cessera son activité en 2017, m'a demandé de le remplacer en tant que chef de service ». Et hors des murs du CHT ? S'il n'est pas avec sa famille, c'est dans la pratique du kayak de mer, de la randonnée palmée ou pédestre et de la course à pied que le Dr Azière aime à passer une partie de son temps libre.



KOUTIO AVEC VOUS



LES 5 BONNES HABITUDES (5BH) POURSUIVENT LEUR DÉPLOIEMENT À MAGENTA

Après une année 2014 qui a vu la mise en place du premier plan de déploiement de masse des chantiers 5BH, un audit, ayant pour but de vérifier la tenue des chantiers sur la durée, a été effectué fin juin par Jérôme Desmottes accompagné de Gina Carpentier, cadre supérieure du site de Magenta et des cadres de santé et cadres sages-femmes. Les résultats ont été très probants puisque les 28 chantiers lancés sont pérennes et que les bénéfiques en sont toujours visibles aujourd'hui.

Sur cette base solide, Gina Carpentier et son équipe ont poursuivi le programme de déploiement et le 1^{er} septembre dernier, un point d'étape sur les chantiers en cours a été organisé sur le site de Magenta. Cette réunion a permis de constater le dynamisme avec lequel les équipes mènent ces chantiers et les bénéfiques en termes de qualité de vie au travail, d'ergonomie et d'économie.



LES CHANTIERS EN COURS

- > **Accueil aux Urgences pédiatriques** ;
- > **Néonatal** : la nurserie ;
- > **Gynécologie** : les chariots de dossiers médicaux ;
- > **Suites de couches** : la salle de soins ;
- > **GRE** : bureau des sages-femmes et salle de soins ;
- > **Médecine interne** : plein/vide au poste infirmier, bureau des cadres de la Médecine interne et de la Néphrologie ;
- > **Pédiatrie** : salle de jeu ;
- > **BOP3** : plein/vide et divers rangements.



Dans un peu plus d'un an, le Médipôle ouvrira ses portes. Le calendrier s'accélère désormais et la cellule Koutio est allée à la rencontre du personnel du CHT. Deux réunions d'information ont été organisées fin août, l'une à Gaston-Bourret, l'autre à Magenta. Objectifs : présenter le futur établissement, aborder des questions d'organisation, lever certaines interrogations... Retour sur ces rencontres.



KOUTIO VIENT À VOUS



UN CALENDRIER RESPECTÉ

Premier élément notoire : les délais sont respectés. En dépit de la dimension titanesque du projet et de sa complexité technique, chaque partie prenante est dans les temps. Le transfert de gestion du site de la cellule Construction au CHT s'effectuera le 9 janvier 2016. À compter de cette date, l'hôpital aura en charge le fonctionnement, l'entretien, le gardiennage et l'aménagement des locaux. Le premier patient sera ensuite accueilli le 15 novembre 2016 pour une entrée progressive, mais rapide de l'ensemble des patients. Le transfert d'activité devra être achevé le 16 décembre 2016.

TRAVAUX EN COURS

Nous ne sommes plus dans le gros œuvre désormais, mais bien dans la mise en place d'éléments indispensables à une première prise de possession des

locaux, notamment l'installation d'une première tranche de micro switches et du cœur de réseau (éléments informatiques). Les deuxièmes tranches ainsi que l'achèvement de l'installation des autocoms pour la mise en relation des lignes téléphoniques seront exécutés après le 9 janvier prochain.

LE LOGIPÔLE

La structure du bâtiment dédié à la logistique de l'établissement est achevée. La pharmacie, la lingerie, les déchets et la gare AGV disposeront en propre d'un module d'un étage, tandis que la cuisine et le magasin général seront installés dans un module de deux étages. De la gare AGV part la galerie souterraine par laquelle les automates de transport rejoindront le Médipôle. La société qui fournira ces équipements mobiles a été choisie et les études de conception sont en cours. D'autres appels d'offres ont été lancés pour l'équipement du bâtiment.



LES GROUPES DE TRAVAIL SOIHM

Ils sont la manifestation de l'implication des agents dans le projet du Médipôle. Entre septembre 2012 et juillet 2015, le bilan est révélateur :

- > **86 groupes de travail différents, 7 sujets de fond** (RH, communication, hygiène, accompagnement du changement, gestion de la documentation, gestion des risques et projet culturel) et **17 sujets traités** hors groupes de travail.
- > Sur les 86 groupes, **les résultats de 57 d'entre eux ont été validés** (le CODIR a validé les organisations proposées), 6 sont en attente de validation, 14 sont en cours, 5 en préparation, 1 reste à lancer et 3 ont été finalement annulés.
- > 66 % des groupes de travail étaient liés aux soins et **79 % d'entre eux sont validés**.
- > **473 réunions** ont été organisées pour mener à bien ces groupes, réunissant **480 participants**.



QUESTIONS DIVERSES

- **Communication interne :**
le système de DECT sera abandonné au profit de téléphones WiFi. Le CHT travaille également avec l'OPT à une extension de la 3G ou de la 4G pour un hôpital tout numérique, jusque dans les chambres des patients.
- **Le nom du Médipôle :**
les discussions sont en cours avec le Gouvernement.
- **Parking :**
le Médipôle disposera d'un parking pour les agents et d'un autre pour les usagers. Un fonctionnement efficace est encore à imaginer, pour permettre à tous les agents de trouver une place, notamment au moment des relèves.
- **Repas :**
le Médipôle disposera d'un restaurant pour le personnel, de zones aménagées à l'extérieur. Aucun repas ne sera pris dans les services.
- **Plannings et horaires de travail :**
la DRH travaille en ce moment à l'organisation, en lien avec les partenaires sociaux et représentants du personnel.
- **Équipe de direction :**
Dominique Cheveau, l'équipe de direction et Jacqueline Bernut se sont engagés à demeurer à leur poste jusqu'en juin 2018, pour la cohérence et la réussite du projet.

L'ACCOMPAGNEMENT RH

La DRH se tient aux côtés de tous pour accompagner les équipes dans les changements qu'induiront ce nouvel hôpital. Elle accompagne également les directions à la définition des organisations du temps de travail, à la fixation des effectifs, des critères de recrutement, des niveaux d'expertise et des compétences et à la mise en œuvre opérationnelle et l'accompagnement social par une démarche d'explication, de rencontre avec les agents.

LE DÉMÉNAGEMENT

Le travail d'organisation du transfert vers le Médipôle a commencé au mois de juin 2015 avec le groupement Déménagement / Médi-Org-NC. Un comité de pilotage est en place et 70 correspondants Transfert ont pris leurs fonctions dans les services. L'inventaire exhaustif de ce qui se trouve dans les murs du CHT a été réalisé (20 000 entrées), reste à compléter ce relevé détaillé, d'ici octobre 2015, par

une analyse de ce qui sera transféré et du lieu d'installation de chaque élément. L'ordre du déménagement sera établi courant septembre.

L'AMÉNAGEMENT DE LA ZONE

La SECAL s'est jointe aux deux réunions d'information afin d'apporter des éléments concrets quant à l'aménagement urbain en cours de réalisation aux abords du Médipôle. Un échangeur complet sera livré fin 2016 pour permettre un accès à l'hôpital depuis la voie express. À partir de cet échangeur, une voie d'accès Nord - pour les véhicules et pour le Néobus - sera livrée fin 2015, et la voie d'accès Sud venant de l'échangeur de Dumbéa-sur-Mer sera elle aussi améliorée en 2016.

Enfin, de multiples programmes immobiliers sont en cours pour faire sortir de terre un supermarché, des logements, des commerces, des bureaux, une résidence hôtelière, un hôpital...



LES NOUVELLES ORGANISATIONS EN MARCHÉ

Le 21 juillet, Marie-Claire Kabar, directrice des soins et pilote du Projet Koutio, a présenté aux cadres de santé de l'établissement l'ensemble des décisions prises par le comité de direction sur la base des propositions émises par les groupes de travail SOIHM. Objectif pour les services, fonctionner d'ici début 2016 à Gaston-Bourret ou Magenta comme s'ils se trouvaient déjà à Koutio.

En présence de la quarantaine de cadres du CHT, la restitution a duré tout l'après-midi. Elle concernait les décisions prises en Codir pour faire suite aux travaux de 33 groupes SOIHM. « *Chaque cadre avait plus ou moins la vision de ce qui s'était passé dans son service, mais pas dans le service voisin ; l'intérêt de cette réunion, qui constituait le point de départ de la phase de réappropriation, était de leur donner une vision globale de toutes les décisions validées* », explique Marie-Claire Kabar.

La restitution effectuée, la directrice des soins va maintenant demander aux services de s'en imprégner, et, d'ici à la fin de l'année, de proposer des organisations concrètes « dans la vraie vie ». Objectif, mettre les premières organisations en œuvre début 2016, puis les tester et procéder aux ultimes ajustements en juin, « *afin que les derniers mois avant le déménagement soient consacrés à l'automatisation des réflexes* ».

Principale difficulté, les nouvelles organisations ont été étudiées dans

les groupes de travail en fonction de l'architecture du Médipôle, complètement différente de l'actuelle. Sont-elles transposables à Gaston-Bourret ou Magenta ? Rien de moins sûr.

MOBILISATION ET COHÉSION

« *Je fais appel à l'imagination des professionnels*, précise Marie-Claire Kabar. *Tout ce qui aura été anticipé ici deviendra automatisme là-bas. Ces actions permettront de lever une partie du stress engendré par le déménagement et la découverte d'un nouvel environnement avec une architecture qui imposera des changements* ». Exemple : le plein-vidé (manière de gérer la pharmacie) est actuellement déployé dans la quasi-intégralité des services, comme il le sera au Médipôle. Une habitude en moins à (ap)prendre à l'heure du transfert vers Koutio. Grand motif de satisfaction, la mobilisation des professionnels autour de ces sujets, leur cohésion et capacité à se remettre en question. « *Personne ne nage à contre-courant, tout le*



EFFECTIFS ET HORAIRES

Même si ce n'était pas l'objet de la réunion, certains cadres espéraient néanmoins des réponses sur le thème des effectifs et des horaires de travail, deux sources d'inquiétudes. « *Pour cela, il nous faut une vision globale et continuer à travailler sur le budget, indique Marie-Claire Kabar. Les calculs dépendent de plusieurs variables, comme l'activité des services (nombre de lits, typologie des patients accueillis) et la réglementation du temps de travail définie par le gouvernement* ».

Sur ce sujet : lire aussi ci-contre.

monde se serre les coudes, ce qui est particulièrement rassurant et facilitant, même si le changement fait toujours peur. »

Du 15 août à fin septembre, Marie-Claire Kabar ira à la rencontre de chaque service pour effectuer la restitution aux équipes, répondre en direct à leurs interrogations et leur dire ce qu'elle attend d'elles. À signaler que les décisions du Codir sont désormais accessibles sur Intranet et que chacun peut les consulter à tête reposée.

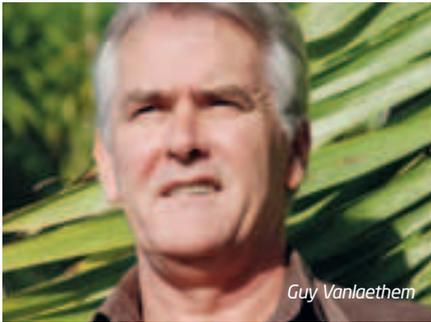


Personne ne nage à contre-courant, tout le monde se serre les coudes... ”

TRANSFERT VERS KOUTIO LA STRATÉGIE D'ACCOMPAGNEMENT DES RESSOURCES HUMAINES DU CHT



Elisabeth Cavalie



Guy Vanlaethem

Que ce soit à l'hôpital ou dans d'autres organisations, lorsqu'il y a un changement, la Direction des Ressources humaines est toujours en première ligne, justement parce que le changement touche les hommes et les femmes qui y travaillent. Le transfert vers le Médipôle ne déroge pas à cette règle.

L'impact pour les agents hospitaliers est multiple : obligation de mobilité géographique, gestion des compétences nouvelles, valorisation des carrières constituent autant de domaines pour lesquels la Direction des Ressources humaines doit rester attentive. Dans ce contexte, la DRH doit apporter à la fois une réponse adaptée aux souhaits des agents et aux besoins de l'établissement. Le Médipôle, c'est d'abord une amélioration considérable de

l'environnement et des conditions de travail. Mais c'est aussi des changements d'organisation dans tous les secteurs qu'ils soient soignants, techniques ou administratif. De ce fait, ce sont toutes les équipes qui devront s'approprier et s'adapter à leur nouvel environnement de travail. La DRH a donc travaillé à une stratégie en cohérence et en continuité des objectifs stratégiques pour le Médipôle et qui doit permettre à tous de s'adapter aux exigences des nouvelles organisations du travail sur Koutio.

TROIS MISSIONS CIBLES IDENTIFIÉES

L'ACCOMPAGNEMENT À LA PROFESSIONNALISATION

Les changements de métier ou de manières de travailler apparaissent comme des ruptures plus ou moins fortes et quelquefois même une remise en question de son poste de travail. Le service Formation accompagne d'une part, depuis quelque temps déjà, les agents par une vision claire des besoins nécessaires aux nouvelles organisations sur Koutio et travaille d'autre part, sur une analyse des compétences liées à l'emploi, par la détection des potentiels et l'accompagnement individuel par des projets professionnels, la formation, le reclassement ou la reconversion.

L'ACCOMPAGNEMENT À LA MOBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

En effet, le changement de lieu, même s'il ne s'agit que d'une dizaine de kilomètres, peut générer pour certains des difficultés de transport, de garde d'enfants, d'écoles, et des budgets qui en découlent. Consciente qu'il est nécessaire de préserver la sérénité des agents lors du déménagement, la DRH va travailler sur 3 axes afin de créer les conditions favorables à l'engagement du personnel du CHT : les transports en commun et l'écomobilité ; l'aide au relogement ; la garde des enfants.

Sous l'autorité du DRH, Leslie Levant, les pilotes sont Guy Vanlaethem (accompagnement à la professionnalisation) et Elisabeth Cavalie (mobilité géographique ; organisation du temps et des rythmes de travail).

L'ORGANISATION DU TEMPS ET DES RYTHMES DE TRAVAIL LIÉS AUX NOUVELLES ORGANISATIONS

Le déménagement sur Koutio et les nouvelles organisations induit nous offrent l'opportunité d'une refonte complète des temps de travail sur le Médipôle : horaires, amplitudes, rythmes, cycles et roulements vont faire l'objet de discussions avec les partenaires sociaux. L'objectif étant d'aboutir, par la négociation, et avant la fin de l'année 2015 à la conclusion d'un accord sur la gestion du temps de travail au Médipôle.



2016 L'ANNÉE DE TOUS LES TESTS

À compter de début janvier, le Médipôle entrera dans une nouvelle phase de sa préparation : la marche à blanc. Entre le 9 janvier et l'entrée des premiers patients, les ultimes travaux d'équipement seront menés à bien. L'aménagement des locaux, mais aussi l'installation des équipements biomédicaux, la vérification du bon fonctionnement des prises, réseaux d'eau, d'air et de gaz médicaux, des installations électriques et informatiques... Une phase test de la plus haute importance pour obtenir les autorisations nécessaires à l'entrée en fonctionnement et permettre un déménagement fluide.



ATTENTION

Si les visites des locaux par les agents peuvent se poursuivre durant cette marche à blanc, elles se feront dans un cadre strict et en fonction des opérations et travaux en cours (48 visites ont déjà eu lieu en 2014 et 2015 pour 500 visiteurs).

1 LA PREMIÈRE VIE DU MÉDIPÔLE

À compter du 9 janvier, dix mois resteront avant que patients et soignants ne prennent possession des lieux. Une période pendant laquelle l'hôpital va commencer à vivre par une gestion certes ralentie, mais indispensable. Techniciens chargés des derniers travaux, gardiennage, sécurité incendie, équipes d'entretien des locaux, de la climatisation, du réseau d'eau, informaticiens... autant de spécialistes qui auront accès au site selon des règles strictes.

2 DÉVERMINAGE

Avant la fin du mois d'août 2016, les équipes vont faire en sorte de lever un maximum de dysfonctionnements : une prise qui ne fonctionne pas, un réseau informatique défaillant, une serrure qui ne trouve pas sa clé, les contrôles de pressions ou de températures en bon état de marche... Un travail de fourmi, certes laborieux, mais indispensable pour éviter de se heurter à ces désagréments au moment de l'entrée en fonctionnement du Médipôle.

3 TESTS

Pour avoir l'autorisation d'exploiter les locaux, le CHT doit obtenir plusieurs feux verts. Cela passera, à partir d'août 2016, par des qualifications, autrement dit des tests sur les salles sensibles, à l'image des blocs opératoires. Une fois donnée cette qualification attestant que tout est en ordre, plus rien ne pourra être touché ! Des contrôles techniques seront également effectués avant le passage d'une commission de sécurité donnant à son tour son accord pour ouvrir sans risque l'établissement au public. Enfin, les services de santé du territoire seront les ultimes décisionnaires : ils sont les seuls à pouvoir donner l'autorisation définitive d'entrée en exploitation.



GREFFES : 2 ANS, 16 VICTOIRES

Suite et fin du dossier que nous vous proposons dans le précédent numéro de l'OB sur la greffe du rein, avec cette fois le point de vue du néphrologue. Dans le processus de la greffe, il tient lieu de fil rouge. Avant, il prépare ; pendant, il accompagne ; après, il suit. Un rôle aussi central que les autres maillons de la chaîne, du laboratoire HLA à la Réanimation, avec néanmoins une différence : la proximité avec le patient.

« La procédure que nous avons mise en place voilà un peu plus de

deux ans est aujourd'hui parfaitement opérationnelle, estime le Dr Nicolas Quirin, néphrologue au CHT. » Dans son service, cette réussite prend plusieurs formes concrètes. En effet, le néphrologue intervient à chaque étape de la greffe. En amont, il vérifie que, médicalement, le patient peut être inscrit sur la liste des receveurs et assure un premier lien avec l'équipe australienne qui pratiquera éventuellement une greffe. Lorsqu'un donneur décédé est identifié, l'accord des proches donné et la procédure lancée, le néphrologue a la charge de prévenir

les patients sélectionnés par le logiciel de biomédecine selon des critères de compatibilité et de priorité notamment. « Le patient est en général assez stressé au départ. Même si nous passons, Véronique Biche et moi-même, le temps nécessaire en consultation prégreffe pour aider les patients à se faire en amont à l'idée de la greffe. Mais ce serait sans aucun doute très profitable de disposer des compétences d'un psychologue à ce moment-là ». Reste que, une fois l'opération réalisée, le stress fait place à la joie d'avoir une nouvelle vie en dépit d'un lourd suivi pendant le temps nécessaire. « Les patients restent en moyenne un peu plus de deux mois en Australie, ajoute le Dr Quirin. À leur retour, nous les voyons toutes les semaines, puis les consultations s'espacent peu à peu ».

➤ PLUS DE DONS ?

Grâce aux donateurs et à leurs familles, sans lesquels rien n'aurait été possible et que le CHT tient à remercier, « 16 personnes transplantées » est déjà un bilan très favorable pour l'établissement calédonien et son partenaire australien, acteurs à chaque greffe d'une nouvelle vie et d'un dispositif unique en son genre. Mais bien sûr, le néphrologue aimerait voir un encore plus grand nombre de ses patients bénéficier d'une greffe de rein - et être ainsi, non pas guéris, mais tout de même débarrassés des contraignantes dialyses - et d'un retour à une vie normale.

“

C'est un circuit performant dont l'hôpital peut être fier”

Dr Nicola Quirin

ILS NOUS REJOIGNENT...

Près d'une quinzaine de nouveaux médecins rejoignent l'établissement d'ici à la fin de l'année. Présentation de ceux déjà dans nos murs....

CAROLE BASTARD - 31 ans

Médecin polyvalent

En poste depuis le 1^{er} août 2015

Le Dr Bastard a suivi toutes ses études de médecine au CHU de Clermont-Ferrand, dans le Puy-de-Dôme. C'est aux Antilles, entre la Guadeloupe et la Martinique, qu'elle passe son internat. Elle choisit de se consacrer à la médecine générale « pour la diversité qu'elle offre et l'approche globale du patient ». Elle poursuit sa carrière dans les territoires d'outre-mer : le docteur s'installe pendant plus d'un an en Nouvelle-Calédonie pour travailler au SMPU, le service de Médecine Polyvalente d'Urgence. Elle finit par repartir en Métropole, où elle continue à se former, notamment en gériatrie. Elle revient sur le Territoire en octobre 2014 et, depuis, enchaîne les missions de remplacement. « Depuis mon retour, j'ai exercé dans bon nombre de services du CHT. L'hôpital m'a alors proposé un contrat d'assistante en soins palliatifs et médecine polyvalente, bien que le service ne soit pas encore ouvert. » Il ouvrira prochainement ses portes à Nouville, puis intégrera dans un second temps le Médipôle de Koutiou. Et pourquoi revenir en Nouvelle-Calédonie ? Elle répond : « Bien entendu pour l'opportunité professionnelle, mais aussi le pays, particulièrement attrayant. En particulier quand on aime les activités sportives variées. »

HÉLÈNE GINOYER - 30 ans

Médecin généraliste - service Pneumologie-Oncologie GB

En poste depuis le 16 juin 2015

Diplômée depuis avril 2015 après sa dernière année d'internat passée à Gaston-Bourret, le Dr Ginoyer connaît très bien la Nouvelle-Calédonie. Arrivée à l'âge de 12 ans, elle suit ses années de collège à Baudoux, puis rejoint le Lycée Lapérouse où elle passe son Bac. Elle décide alors d'étudier la médecine : « J'ai toujours été intéressée par le médical et le paramédical ». Elle quitte le Territoire pour faire ses études de médecine au CHU de Marseille et complète sa formation par différents stages - cardiologie/USIC, gynécologie/pédiatrie, urgences - et des remplacements en cabinet.

Elle revient au CHT GB pour sa dernière année d'internat : après un premier stage de mai à novembre 2014 en neurologie, elle intègre le service des Urgences jusqu'à sa soutenance de thèse, en avril de cette année. Actuellement, elle fait un remplacement en oncologie, au service Pneumologie : « Pour moi, travailler dans différents services est très enrichissant : cela me permet d'acquérir de nouvelles expériences et d'élargir mes compétences ».

Si elle est revenue avec son compagnon - un Calédonien qui n'envisage pas de vivre ailleurs, le Dr Ginoyer espère bien intégrer le CHT dans un avenir prochain : « J'aime vraiment l'ambiance hospitalière. Et puis, pour moi, le contact avec les patients demeure essentiel : les gens sont respectueux et reconnaissants pour ce qu'on essaie de faire pour eux. C'est très gratifiant ».



MATHIEU SÉRIE - 38 ans

Médecin anesthésiste-réanimateur GB

En poste depuis le 21 août 2015

Après des études de 1^{er} et 2^e cycles au CHU de Bordeaux, le Dr Série effectue son internat au CHU de Tours. À la recherche de nouvelles expériences, il décide alors de partir deux ans au Canada, à Montréal. Il y fait un "fellowship", c'est-à-dire moniteur clinique, poussé « par une envie de compléter sa formation médicale ailleurs que dans le milieu européen ».

De retour à Paris, il enchaîne les remplacements en clinique et en hôpital. Parallèlement, il reprend des études et passe un master de sciences politiques en affaires publiques, filière santé, « ... par curiosité et pour essayer de trouver une activité mixte entre le travail en clinique que j'aime et des actions associatives et administratives ». Et si le Dr Série a choisi de se spécialiser en anesthésie-réanimation, c'est pour « l'approche à la fois technique et médicale, le travail en équipe, l'activité en milieu hospitalier, la diversité, la mobilité... » Ce qu'il a trouvé au CHT Gaston-Bourret.

Deux séjours riches en expériences professionnelles et personnelles en Nouvelle-Calédonie, en 2003-2004 et en 2005, lui ont donné envie de revenir s'installer en famille. C'est chose faite aujourd'hui !



NTUMBA-KAZUMBA KABEYA
45 ans

Médecin pneumologue, GB
En poste depuis le 13 juillet 2015

Originaire du Congo, le Dr Kabeya, alors adolescent, suit ses parents en Algérie où il étudiera la médecine et se spécialisera en pneumologie, et plus particulièrement dans la pathologie de la tuberculose. « *Quand la situation politique le permettra, j'espère rentrer au Congo pour soigner mes concitoyens. La tuberculose fait toujours des ravages dans mon pays* ».

En 2002, il décide de s'installer en France : pour obtenir son équivalence et pouvoir pratiquer, il se formera encore trois ans durant au CHU de Dijon. C'est là qu'il complète sa formation de spécialiste en pathologie respiratoire du sommeil. Il intègre alors l'hôpital de Dijon où il exercera pendant neuf ans et deviendra responsable du Centre pour troubles du sommeil de 2008 à 2014. Ce qui ne l'empêche pas de partir chaque année dans les DOM-TOM pendant ses congés pour des remplacements et ainsi « *joindre l'utile à l'agréable...* » C'est au cours d'un stage de trois mois qu'il découvre la Nouvelle-Calédonie : « *j'ai eu envie de m'installer ici avec ma famille, car j'ai retrouvé des éléments de ma culture chez les Kanaks : la tradition orale, l'alimentation, les tenues vestimentaires, la nature des gens...* » Sans oublier sur le plan médical l'opportunité de développer le travail sur la pathologie respiratoire du sommeil.



ALICE PRÉAULT - 33 ans

Médecin anesthésiste-réanimateur GB
En poste depuis le 1^{er} août 2015

Installée depuis février 2014 en Nouvelle-Calédonie pour raisons familiales, le Dr Préault a choisi très rapidement de se spécialiser en anesthésie. « *Très tôt, j'ai su que je devais m'orienter vers une spécialité qui me donnerait des opportunités de mobilité et une liberté professionnelle. C'est donc tout naturellement que je me suis orientée vers l'anesthésie pour sa variété et la possibilité de trouver du travail partout.* » Diplômée en octobre 2013, après son internat de cinq ans au CHU de Nantes, elle fait un remplacement de trois mois à l'hôpital de La Roche-sur-Yon. Puis, elle accompagne son mari, muté à Nouméa, et obtient un CDD en réanimation à Gaston-Bourret. Après un passage de quelques mois à la clinique de la Baie-des-Citrons en anesthésie comme remplaçante, elle travaille conjointement pour la société FGIWORLD pour l'assistance médicale des évacuations sanitaires en urgence vers Sydney, en provenance de Calédonie, du Vanuatu et de Wallis-et-Futuna. « *Mais la réanimation me manquait...* », confie-t-elle. Le CHT lui propose alors d'intégrer le service Anesthésie-Réanimation de GB. C'est avec beaucoup d'enthousiasme qu'elle a rejoint l'équipe en place : « *Je m'épanouis vraiment professionnellement et j'ai beaucoup de plaisir à aller travailler* ».



ODETTE CARCELES - 36 ans

Néphrologue à Magenta
En poste depuis le 17 août 2015

Après avoir passé son adolescence à Tahiti, le Dr Carceles rejoint le CHU de Bordeaux pour y effectuer ses études de médecine. Elle passe son internat à Caen, dans l'institut de néphrologie, plus particulièrement spécialisé en dialyse péritonéale. « *Cette technique de dialyse à domicile m'a passionnée...* », explique-t-elle. Après un passage à Nantes où elle fait un clinat en greffe rénale, elle s'installe en Auvergne, à Vichy, pour trois ans. Pourtant le Dr Carceles rêve d'autres horizons, notamment de partir s'installer en Nouvelle-Calédonie où elle a séjourné enfant. « *On vient ici parce qu'on aime la nature, les gens ; il y a une richesse culturelle, un patrimoine, une joie de vivre...* » Elle fait un premier remplacement en décembre 2014 : « *Du point de vue professionnel, c'était super ! J'ai découvert une équipe de néphrologues exceptionnelle. Entre le CHT de Magenta, l'association ATIR* et la clinique de la Baie-des-Citrons, les six spécialistes du Territoire travaillent ensemble avec une réelle volonté d'améliorer le service aux patients. En plus, nous nous répartissons les astreintes de nuit et les week-ends, ce qui facilite nos conditions de travail* ». Le Dr Carceles participera également au projet de la greffe rénale qui a été lancé fin 2013 - début 2014, grâce à « *la "petite" expertise que j'ai acquise dans mon parcours* ». Elle rappelle qu'elle a aussi été recrutée dans le cadre du Projet de Koutio : « *On va déménager, devoir trouver une nouvelle organisation. Dans une carrière professionnelle, c'est rare d'arriver au début d'un tel projet : le potentiel est énorme !* »

DU CMCP AU CSSR : AUX PETITS SOINS POUR LES PATIENTS !

Le Centre de soins de suite et de réadaptation est le premier établissement médical situé sur le site du Médipôle à ouvrir ses portes. Une de ses particularités : être le fruit d'un partenariat public/privé. Premiers retours après quelques mois de fonctionnement sur le parcours du personnel venu du Col-de-la-Pirogue...

Le CSSR est le fruit, pour une partie, du transfert des activités du secteur hospitalier public : celles du Centre médical du Col-de-la-Pirogue (CMCP), fermé en avril, et du service de Médecine physique et de réadaptation, situé dans les murs du CHS à Nouville. Pour une autre (10% de l'activité), il accueille des patients venus du secteur médical privé.

Le Centre a accueilli son premier patient fin mai. Aujourd'hui, quasiment tous les services sont opérationnels avec déjà des patients en attente. Comme le souligne la directrice des soins, Michèle Lessard, « seule l'activité liée à la cardiologie n'a pas encore démarré : nous sommes en cours de recrutement du cardiologue-rééducateur. Ce qui, nous l'espérons, ne devrait plus tarder... ». Et des patients sont effectivement déjà en attente.

LE RAPPORT AVEC LES PATIENTS

Certains soignants appréhendaient le transfert ; depuis, ils ont été largement rassurés. L'emplacement privilégié et l'environnement du Centre font l'unanimité : le bâtiment est une vraie réussite architecturale (prise en compte du personnel et des patients, conception fonctionnelle...). Le personnel a certes dû s'adapter à un nouveau mode de fonctionnement, beaucoup plus structuré. Les patients ont ainsi des activités quotidiennes, avec des plannings de prise

en charge individualisée. Mais, comme le rappelle Emmanuelle Glen, infirmière, « avant, on avait une relation privilégiée avec le patient. Cela heureusement reste vrai, mais en plus on "partage" avec les kinés ou les diététiciens : il y a beaucoup plus d'acteurs... »

UN PARTENARIAT PRIVILÉGIÉ

Si le CSSR a pu voir le jour, c'est grâce à la volonté et à la persévérance d'Étienne Latrasse, kinésithérapeute du secteur privé et aujourd'hui PDG de SAS Calédonie Santé qui exploite le CSSR. Il a porté le projet durant 13 ans. « Depuis le début, nous avons travaillé et collaboré avec la direction du CHT. Nous nous sommes appuyés sur leurs compétences et leur technicité. Les médecins du MPR et le Dr Nathalie Deboucher ont élaboré le projet médical, le Dr Élisabeth Lhote s'est particulièrement investie dans ce projet. »

L'hôpital met à disposition une quinzaine de fonctionnaires de l'hôpital et bénéficie de lits d'aval pour ses propres patients. « Ce qui donne une "bouffée d'oxygène" au CHT, vu le niveau de saturation en lits de l'ensemble des services. Le développement de l'ambulatoire permettra la prise en charge des suites d'hospitalisation complète et le développement d'alternatives », explique Michèle Lessard. Étienne Latrasse conclut : « Le résultat est à la hauteur de nos attentes. Ce partenariat public-privé est une vraie réussite, à la fois pour les soignants et les patients ! »



LE CSSR, C'EST...

- > 85 lits d'hospitalisation dont 65 lits de rééducation (neurologie, locomoteur, cardiologie, métabolique) et 20 lits de service de suite polyvalente et neurologique
- > 15 places d'hôpital de jour à visée neurologique et cardiologique
- > un personnel (médical, paramédical et administratif) totalisant 105 membres)
- > un plateau technique comprenant : grande salle de rééducation, salle d'isocinétisme, salle de sport, piscine de balnéothérapie, salle d'ergothérapie et orthèse, cuisine thérapeutique, salle d'éducation thérapeutique
- > trois bungalows d'appartements thérapeutiques
- > un plateau sportif
- > une rampe de promenade



LES MISSIONS DU CSSR

Soins médicaux (curatifs et palliatifs) de la rééducation et de la réadaptation, actions de prévention et d'éducation thérapeutique, préparation et accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle.



LES TÉMOIGNAGES



EMMANUELLE GLEN

Infirmière

« J'ai passé 13 ans au CMCP : une bien belle histoire ! Là-bas, je faisais beaucoup d'éducation pour les patients. Je poursuis ce travail au CSSR, mais sous une nouvelle forme avec, par exemple, la mise en place d'une planification type et des ateliers très structurés. Avant, nous étions une petite équipe, presque une famille ; aujourd'hui, nous sommes de nombreux professionnels qui devons collaborer. Chacun a un rôle défini. C'est enrichissant car cela donne une bonne dynamique de groupe. Et puis, tout tourne autour du patient : c'est essentiel ! Bien sûr, il reste des choses à améliorer pour une prise en charge optimale du patient, mais je suis ravie de changer et le site est magnifique ! »



MICHEL STRETER

Aide-soignant

« Avant d'être aide-soignant, j'ai été brancardier puis ambulancier. Je suis arrivé au CMCP en 2005. Je vais terminer à CSSR : il me reste deux ans avant le départ à la retraite. Il a fallu donc s'adapter : ici, c'est comme au CHT, on travaille en binôme. Là-haut, je connaissais bien les patients, on était comme une grande famille. Maintenant, ils sont vraiment très nombreux et il y a beaucoup de règles à suivre. Au début, j'étais un peu réticent aux changements, mais la cadre Sandra a toujours été là pour nous soutenir et nous aider. Je suis content de finir ma carrière au CSSR. »



NATHALIE DEBOUCHER

Médecin

« J'ai commencé à travailler au Col-de-la-Pirogue en 2003 : j'étais responsable de service et le seul médecin sur place pour 34 lits. C'était à la fois un travail de suivi et d'accompagnement. Au CSSR, le rapport avec le patient n'a pas changé ; en fait, c'est celui avec mes collègues qui est radicalement différent. On était plus proches ; aujourd'hui, c'est plus cloisonné. Ceci dit, j'apprécie beaucoup le site du CSSR, très agréable à vivre, et surtout l'outil de travail qu'on attendait depuis des années. Maintenant, on a une piscine, une cuisine thérapeutique, une salle de gym... Il manque encore un parcours extérieur de marche : les patients aiment être dehors. Ce serait la cerise sur le gâteau ! Sinon, on est un peu débordés par tout ce qui est évaluation et organisation : mais les choses se mettent en place, c'est en cours. Et puis, il n'y a pas grand monde qui, dans sa carrière, a l'occasion de rentrer dans un nouvel hôpital ! »



LE POOL DE PPH SE RENFORCE

La Pharmacie du CHT a les yeux rivés sur Koutio. Pour répondre aux ambitions du futur hôpital, l'établissement renforce son équipe de préparateurs en pharmacie, en effectifs, mais également en compétences.

Trois jeunes préparateurs en pharmacie viennent de conclure avec succès leur spécialisation, les trois suivants viennent de partir vers la Métropole... « L'objectif ? Il est impératif de se doter d'un maximum de préparateurs en pharmacie hospitalière (PPH) afin de répondre au niveau de technicité attendu maintenant par la pharmacie. Et le brevet professionnel (BP) dispensé par les chambres consulaires ne suffit plus, souligne Guy Van Laethem, chef de service Pôle social et Gestion de l'emploi. Nous avons donc dû innover en la matière et mettre en place un dispositif particulier ». Des jeunes du territoire, titulaires du BP de préparateur en pharmacie, sont, à l'issue d'une sélection, embauchés au CHT en CDD. Durant ces quelques mois, l'agent concerné s'engage à passer avec succès les entretiens de sélection organisés par le centre de formation des PPH du CHRU de Lille. Le jeune préparateur part alors dans la région lilloise pour y suivre sa formation durant 10 mois, dans le cadre d'un contrat d'apprentissage avec un CH métropolitain partenaire du CHT.

SUR MESURE

À l'issue de son contrat d'apprentissage, et à la condition qu'il soit titulaire du diplôme de PPH, l'agent est réembauché au CHT en CDD cette fois. Ce dispositif, Anne-Laure Angonin (CH de Roubaix) et Ludovic Vincent (CH d'Armentières), tout juste de retour et fraîchement diplômés, en ont déjà bénéficié. Trois jeunes préparateurs viennent de commencer leur contrat d'apprentissage : Laureen Léostic et Anaïs Téouri (GHICL) ainsi que Virgil Villedieu (CH de Dunkerque). Et ce dispositif est aussi renforcé par la formation continue. Ainsi Caroline Glavieux, a décroché son diplôme de PPH en 2014 après une formation d'un an au CHRU de Lille.

AGENT DE PALIER, UNE OCCASION D'ÉVOLUER

Lorsque le Médipôle ouvrira ses portes, le métier d'agent hôtelier disparaîtra. À la place, verra le jour celui d'agent de palier. Une nouvelle fonction à laquelle seront dévolues des tâches primordiales.

Chaque jour, les blouses jaunes des agents hôteliers s'affairent dans les services du CHT. Ils réceptionnent les chariots alimentaires, distribuent les plateaux, les récupèrent ensuite. Lorsque Koutio ouvrira ses portes, le mode de fonctionnement changera. Pour une raison de philosophie du projet avant tout, puisqu'il place le repas au cœur de la chaîne de soins. Dès lors, il reviendra aux soignants de s'occuper de ces étapes de la journée. Ensuite à cause de la conception elle-même du futur hôpital. « Au Médipôle, l'ensemble des flux entrant et sortant destinés aux services de soins transitera par les paliers logistiques où arriveront les AGV, les véhicules autoguidés qui transporteront les chariots depuis le Logipôle », précise Guy Van Laethem, chef du service Pôle social et Gestion de l'emploi. Chaque palier desservira deux services d'hospitalisation et à chaque palier sera affecté un agent pour assurer la logistique de ces deux services. L'agent de palier aura la charge d'assurer la réception et la mise à disposition des approvisionnements et des désapprovisionnements (alimentation, linge, pharmacie, magasin et déchets) des services en fonction de la rotation des AGV.

SANS EUX, PAS D'APPROVISIONNEMENT DANS LES SERVICES !

Depuis trois ans, les équipes de la DRH et de la DALT travaillent à la mise en place de cette nouvelle équipe d'une cinquantaine de personnes. « C'est une belle occasion pour les agents hôteliers d'évoluer dans leur carrière. Une formation spécifique sera dispensée pour que ces nouveaux professionnels acquièrent les méthodes de travail et prennent conscience du rôle central qu'ils auront à jouer dans le bon fonctionnement de l'établissement ».

LES INFOS DU CESU

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

LE CESU S'EXPORTE....

La 5^e formation de la GUMI, Gestion des urgences en milieu isolé, a eu lieu début septembre à Koné. Cette formation créée par le CESU 988 à la demande des Provinces, a pour objectif d'améliorer la formation des médecins et infirmiers des centres médicosociaux à la gestion des urgences de tout type.

D'une durée d'une semaine, elle permet de passer en revue l'ensemble des situations d'urgence que peuvent rencontrer ces acteurs sur le terrain. Un exercice commun avec les sapeurs-pompiers des communes concernées doit aussi permettre à ces équipes de pouvoir se rencontrer, de partager leurs savoirs et d'améliorer la prise en charge des victimes d'accidents routiers. L'exercice, en temps réel, a intégré les manœuvres autour d'un véhicule accidenté et de ses victimes.



LE CESU S'IMPORTE AU CHT... PLUS DIFFICILEMENT

L'équipe du CESU 988 tient à préciser que la décision d'annulation d'une formation s'impose aux formateurs lorsque le minimum de 8 agents est atteint. En deçà de ce nombre, le CESU ne sera pas payé (tout simplement !).

Bien que faisant pleinement partie du CHT, le financement du CESU ne se fait que par la rémunération de toutes les formations. Nous sommes conscients et désolés des conséquences que cela peut avoir sur le fonctionnement des services, le nôtre en étant tout autant impacté par une perte financière réelle. Il convient aussi de rappeler que le nombre de formations dispensées par le CESU 988 en 2015 a évolué suite à la mise en place du dispositif institutionnel de formations obligatoires complémentaires à l'AFGSU dès le plan de formation 2015.

EN BREF

Le CESU988 travaille actuellement avec la Direction de la Coordination des Soins à la mise en place de l'évaluation du chariot d'urgence version 2014. Elle a pour but d'améliorer la gestion de ce nouveau chariot par une évaluation complète dans tous les services.

Un reportage a été effectué par NCTV sur le CESU988 en juin dernier, celui-ci est passé lors de l'émission *la quotidienne* du 17 juillet 2015 et est visible à cette adresse : <http://www.nctv.nc/la-quotidienne-n299-170715/>

LE PLANNING DES FORMATIONS À VENIR

DATES DEX FORMATIONS	TYPEX DE FORMATIONS	HORAIRES	LIEUX
1 au 2 octobre	AFGSU I	8h-11h/13h-16h	CESU ALMA
5 au 7 octobre	AFGSU II	8h-11h30/13h-16h30	CESU ALMA
8 au 9 octobre	AFGSU I	8h-11h/13h-16h	CESU ALMA
26 au 28 octobre	AFGSU II (Gouvernement de la NC)	8h-11h30/13h-16h30	CESU ALMA
29 octobre	RECYCLAGE (Gouvernement de la NC)	7h30-11h30/12h30-16h30	CESU ALMA
30 octobre	RECYCLAGE	7h30-11h30/12h30-16h30	CESU ALMA
2 au 6 novembre	GUMI	8h-11h30/13h-16h30	KONE
9 au 11 novembre	AFGSU I	8h-11h/13h-16h	CESU ALMA
12 au 13 novembre	AFGSU I	8h-11h/13h-16h	CESU ALMA
16 au 18 novembre	AFGSU II	8h-11h30/13h-16h30	CESU ALMA
19 novembre	EBOLA	8h-11h30/13h-16h30	CESU ALMA
20 novembre	EBOLA	8h-11h30/13h-16h30	CESU ALMA
23 au 25 novembre	AFGSU II	8h-11h30/13h-16h30	CESU ALMA
26 au 27 novembre	AFGSU I	8h-11h/13h-16h	CESU ALMA

NB. Ces dates peuvent-être, malheureusement, sujettes à modification. Le temps venu, rapprochez-vous du CESU pour vérification.

MAÎTRISE DU RISQUE INFECTIEUX

LES PRÉCAUTIONS STANDARD

UN MASQUE, UN USAGE !

Suite des fiches pratiques de l'OB sur les précautions standard en matière de prévention des risques infectieux...

Pour limiter la propagation des microorganismes qui se diffusent par voie aérienne, différents masques sont à la disposition des équipes soignantes et des patients. Leur bon usage au sein de l'établissement est essentiel, au même titre que l'hygiène des mains.



3 MASQUES, 3 OBJECTIFS

MASQUE DE SOINS OU CHIRURGICAL

Il évite de contaminer les autres lorsque l'on est porteur d'une bactérie ou d'un virus qui survit hors de l'organisme. Il forme une barrière entre les projections (éternuement, toux) et l'air ambiant en filtrant l'air expiré par la bouche et le nez. Il doit être porté par un soignant enrhumé, par un patient atteint d'une infection respiratoire lorsqu'il sort de sa chambre, mais aussi par les soignants lors de certains soins : pose d'une voie veineuse centrale, accouchement, au bloc opératoire.

S'il est porté en continu, il doit être changé toutes les 3 heures ou dès qu'il est mouillé.

MASQUE RESPIRATOIRE FFP2, DIT « MASQUE CANARD »

Il préserve son porteur de l'inhalation de microorganismes présents dans l'air. On peut ressentir une résistance minime en respirant avec ce type de masque (ceci est le témoin de son bon ajustement), mais il empêche les bactéries d'entrer dans les bronches. Le port de ce masque respiratoire est obligatoire en cas de suspicion ou de tuberculose confirmée, que ce soit par les soignants ou les visiteurs. Il est efficace pendant 8 heures s'il est porté en continu.

MASQUE DE SOINS À VISIÈRE

C'est une alternative au port d'un masque de soins et de lunettes de protection. Il est destiné à protéger le porteur du masque contre les éventuelles projections de liquides biologiques. Son utilisation doit être systématique dans certaines situations : la kiné respiratoire, l'aspiration trachéale, en hémodialyse lors de la ponction d'une fistule, lors d'une intervention chirurgicale, un accouchement...



Pour être efficace, un masque doit être ajusté sur le visage et couvrir la bouche et le nez !”



MASQUE «CANARD»

➤ DANS LES SERVICES

> Suspicion de tuberculose chez un patient

Dans un premier temps, la porte de la chambre du patient doit demeurer fermée. Ensuite, chaque personne qui entre (soignants et visiteurs) doit se laver les mains ou se frictionner les mains avec la solution hydroalcoolique et mettre un « masque canard » AVANT d'entrer dans la chambre puis l'enlever APRÈS avoir passé la porte sans oublier de se laver les mains ou faire une friction hydroalcoolique ensuite. Si le patient doit sortir de sa chambre, il portera pour sa part un masque de soins AVANT de sortir de sa chambre.

> Soignant enrhumé

Il doit porter en permanence un masque de soins (à changer toutes les 3 heures avec lavage des mains ou friction hydroalcoolique avant et après le changement de masque).

> Patient grippé

La maladie ne se transmet pas par l'air, mais par contamination directe par les projections de salive notamment. Les soignants doivent porter un masque chirurgical simple, suffisant pour faire barrière. Si le patient doit sortir de sa chambre, il portera pour sa part un masque chirurgical simple avant de sortir de sa chambre.

➤ AU BLOC OPÉRATOIRE

Dans son document *Qualité de l'air au bloc opératoire et autres secteurs interventionnels - hygiènes - volume XXIII - n° 2*, la Société française d'hygiène hospitalière rappelle, dans sa recommandation 27 que : « Il est recommandé de porter **un masque chirurgical** dès l'entrée en salle d'opération et pendant toute la durée du séjour du patient en salle d'intervention ».



MASQUE
CHIRURGICAL

➤ À LA MATERNITÉ

Avis de la Société française d'hygiène hospitalière du 20 avril 2005 sur *Port du masque respiratoire et infection à streptocoques du groupe A en maternité*

« La survenue d'un nouveau décès, en relation avec une infection à streptocoques du groupe A, chez une accouchée, nous conduit à rappeler que :

- a/ le pharynx est le réservoir principal de *Streptococcus pyogenes* ou streptocoques du groupe A.
- b/ le port d'un **masque chirurgical*** est indispensable pour toute personne (sage-femme ou accoucheur) réalisant un **accouchement par voie basse** :
 - dès la rupture des membranes ;
 - dans toute maternité d'établissement public ou privé ou lors des accouchements réalisés à domicile.
- c/ le port de masque chirurgical est également requis **dès la rupture des membranes pour tout geste obstétrical** (toucher vaginal, prélèvement vaginal...). »

Attention : cet avis de la Société française d'hygiène hospitalière (SFHH) ne peut être diffusé ou reproduit que dans son intégralité.

* voir Guide SFHH 2003 "Prévention et surveillance des infections nosocomiales en maternité".



ACHATS : ANALYSER LES BESOINS

Depuis juin 2014, la fonction achats est l'un des objectifs, en matière d'optimisation de ses coûts de fonctionnement, du CHT- Nouméa. L'objectif est l'uniformisation des pratiques prescripteurs / acheteurs pour définir le juste besoin. Et cela commence par bien définir le besoin : rappel ci-dessous des règles à mettre en œuvre par le duo prescripteur / acheteur.

Pour l'acheteur, analyser le besoin est le meilleur outil pour maîtriser l'efficacité de l'achat. Cependant, certains freins peuvent entraver cette démarche : l'habitude, le manque de temps, le manque d'innovation et la difficulté de mise en œuvre des savoir-faire (technicité, économie, relationnel). Un défaut d'analyse

du besoin se traduit souvent par l'insatisfaction de l'utilisateur, une perte budgétaire en maintenance et une perte de crédibilité de l'acheteur, en interne et en externe. L'analyse du besoin, sérieuse et méthodique, permet de déterminer la qualité requise, les critères techniques et économiques de la concurrence et des choix et, finalement, de mieux gérer les deniers publics.

S'INSÉRER DANS DES RÉSEAUX ET DANS LE MARCHÉ LOCAL

Le CHT-Nouméa souhaite poursuivre son partenariat avec le tissu économique local dont il attend une valeur ajoutée supplémentaire : capacité des approvisionneurs à être réactifs et à assurer, par exemple, la maintenance.

QUI EST QUI ?

- > **Prescripteur / utilisateur :** celui qui définit et exprime un besoin
- > **Acheteur :** celui qui identifie le bon produit pour le bon besoin avec une vision plus globale (en intégrant le coût des consommables, des éventuels recyclages), afin de voir si le même besoin ne s'exprimerait pas ailleurs ou si le produit demandé par le prescripteur correspond au juste besoin et au juste prix.
- > **Approvisionneur :** celui qui livre le produit commandé.

ANALYSER LE BESOIN EN 3 ÉTAPES



1. Hiérarchiser les besoins

Le respect de la réglementation : (respect des normes, des performances requises, des exigences fonctionnelles ou environnementales...).

La prise en compte du caractère d'urgence, notamment lorsque la sécurité est en jeu. Dans le code des marchés publics, l'urgence se définit par des besoins liés à des contraintes majeures, notamment des problèmes graves de sécurité auxquels les marchés contractualisés n'apportent pas de réponse immédiate et pour lesquels les délais ordinaires de procédure ne peuvent pas être respectés.

La contrainte budgétaire, nécessaire en investissement et en fonctionnement.

L'évaluation budgétaire : une étape importante pour élaborer le coût global, de l'acquisition à la maintenance en passant par le coût énergétique.



2. Définir le besoin pour déterminer les grandes lignes du marché (volume, qualité, rythme, capacité)

Les questions récurrentes : quelles fonctions et quel usage ? Quel lieu d'utilisation ? Quelle fréquence et période d'utilisation ? Quelles quantités prévoir ? Quel niveau de sécurité ? Une phase qui permet d'identifier le « juste niveau de qualité » technique que requiert le besoin en évitant la sous-qualité (prépondérance du prix) et la surqualité (prescriptions techniques excessives par rapport aux besoins réels), écueils qui feront augmenter les coûts induits.

Les éléments d'achats durables et spécifications techniques : quelles normes (performance environnementale, qualité, accessibilité, sécurité, dimensions, emballage, production...) et quels documents de référence accessibles aux candidats ? Quelles performances ou exigences fonctionnelles ? Tout cela pour permettre aux candidats de connaître exactement l'objet du marché et au CHT de l'attribuer au mieux.

Traduire en cahier des charges : l'acheteur ressort les éléments majeurs de la prestation attendue. Ils seront repris tout au long du dossier de consultation jusqu'au choix. Les autres éléments, moins importants mais nécessaires, seront définis précisément.



3. Analyser le besoin d'un point de vue technico-commercial pour définir le cahier des charges techniques et s'assurer de la faisabilité commerciale

L'analyse technico-commerciale :

- connaître le milieu concurrentiel. L'étude du marché est un acte important que l'acheteur doit effectuer en permanence. Il analyse la tendance du secteur d'achat pour pouvoir anticiper ou réagir, pouvoir apprécier le réel niveau de concurrence et adapter sa stratégie ;
- étudier la capacité de réponse des opérateurs économiques. Concrètement, le milieu commercial peut-il répondre au besoin exprimé ?

Certains types d'achats, notamment en investissement, requièrent un minimum de prospective technique, ne serait-ce que par leur caractère de maîtrise dans le temps. L'acheteur doit s'interroger sur le nombre de fournisseurs potentiels ou d'entreprises pouvant assurer les prestations, celles qui disposent des éléments techniques requis, le niveau du rapport commercial offre/ demande et le niveau exigé des candidats ;

L'analyse économique :

Pour obtenir la meilleure proposition, les critères techniques et ergonomiques sont tout aussi importants que le critère prix. L'acheteur envisagera la solution économique la plus avantageuse pour la collectivité (acheter, louer, permettre ou non la sous-traitance... ?).

Économiquement, une logique de coût global est essentielle !

UNE CARRIÈRE FAITE D'URGENCES

Le Dr Francis Durand a quitté les Urgences de Gaston-Bourret début septembre. Celui qui en occupait le poste de chef de service depuis près de 20 ans a ainsi refermé le chapitre professionnel de sa vie. Place désormais à d'autres horizons.

Il avait mis en sommeil son syndrome de la bougeotte pendant presque deux décennies. Pour relever les défis des Urgences du CHT et mettre en place des projets importants et fédérateurs. Aujourd'hui, le Dr Durand a des envies d'Asie, d'Europe, de famille, de lecture... « *Je ne m'inquiète pas du tout quant à savoir comment je vais passer ma retraite, s'amuse-t-il quelques semaines avant son départ. Il y aura bien sûr un temps d'adaptation, mais ensuite tout ira très bien !* » Rien de plus logique après une vie passée auprès des patients et des équipes médicales.

VOIE NATURELLE

Né à Paris, Francis Durand a grandi dans une famille de médecins. Son père, chirurgien, l'aurait volontiers vu marcher dans ses pas. « *Mais mon premier passage au SMUR pendant ma quatrième année d'études a confirmé que les Urgences et la Réanimation étaient ce qui me plaisait* ». En 1982, le voilà médecin anesthésiste-réanimateur - bien plus réanimateur qu'anesthésiste reconnaît-il volontiers - à Lyon. Il rejoint ensuite le centre de traitement des brûlés avant de sentir l'appel du large.

En 1991, il part en coopération au Burundi où pendant plus de quatre ans, il monte les Urgences de l'hôpital de Bujumbura, apprend à travailler dans des conditions parfois difficiles, enseigne et soigne. Mais les violences de 1995 poussent le

médecin et sa famille à regagner la France et le SAMU de Lyon.

« *Mais j'avais encore envie de voyager ! Mon épouse était d'accord pour repartir s'il s'agissait de la Nouvelle-Calédonie dont nous avons beaucoup entendu parler au Burundi* ». Il guette alors ce coin de terre au milieu du Pacifique Sud. Un poste se présente en 1997 et le voilà sur le Caillou pour endosser d'emblée la casquette de chef de service.

APPRENDRE LA PATIENCE

Beaucoup était à faire ! Alors dans les murs du service actuel de Radiologie, l'étréitesse posait déjà un véritable problème. Mais le nouveau chef de service de s'en accommoder sachant que l'équipe allait investir un nouvel espace. « *Nous savions dès le départ que même les nouveaux locaux seraient rapidement trop exigus. Mais il a fallu faire avec et s'organiser en conséquence* ». En fan de nouvelles technologies qu'il a toujours été - s'il n'avait pas choisi la médecine, il aurait sans doute pris cette voie-là - le Dr Durand milite pour obtenir des équipements de pointe, à l'image de petits cardioscopes légers et performants disponibles au CHT avant même qu'ils ne le soient dans certains hôpitaux métropolitains. « *J'ai toujours été branché informatique, confie le médecin. L'informatisation du SAMU avec un logiciel de haut niveau a été pendant cinq ans l'un de mes chevaux de bataille par exemple* ». Un projet qui a fini



par aboutir à force de patience. « *Car c'est bien là quelque chose que l'on apprend sur le territoire, avoue-t-il : faire preuve de patience pour voir les idées prendre forme et les objectifs se concrétiser.* »

ACTEUR DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Il a certes fallu être patient, mais cette réalité a été compensée par une autre au fil des ans. « *L'accessibilité des populations, c'est la clé ! Pour donner au SAMU son rôle pivot, nous avons travaillé directement avec la DASS, la sécurité civile, le Gouvernement, les pompiers. C'est d'ailleurs ce qui fait que je suis resté aussi longtemps !* » Une organisation qui fait, à juste titre, de l'équipe des Urgences, un véritable acteur de la santé publique en Nouvelle-Calédonie. Au chapitre des satisfactions, Francis Durand compte la mise en place d'un transport aérien structuré et règlementé, même s'il a fallu une décennie pour y parvenir. Sans oublier la cohésion maintenue au sein d'un service passé d'une dizaine de médecins, voilà vingt ans, à trente aujourd'hui et un personnel de cent-dix membres au total.

➤ LES URGENCES : UNE BELLE VITRINE

Il a participé à construire des Urgences efficaces, belle vitrine pour le centre hospitalier. « Nous voudrions toujours plus et mieux, mais nous avons de bonnes raisons d'être fiers ! »

Avec notamment un SAMU reconnu dans le système de santé calédonien et des Urgences qui se sont forgé une bonne réputation. « Nous recevons même des lettres de remerciements depuis quelques années : c'est nouveau et cela fait plaisir ».

« C'est très dur quand on y est, mais professionnellement, les pathologies et les traumatismes rencontrés sont intéressants. Nous disposons de surcroît de bons professionnels, d'un bon matériel, et médecins et infirmiers ne travaillent plus 24 h ! Beaucoup en Métropole nous envie tout cela ! »



➤ UN REGRET ?

« Celui de ne pas avoir vu aboutir la mise en place d'un SMUR entièrement public, qui serait une grande avancée pour le fonctionnement de ce service », même si le dossier est aujourd'hui en bonne voie.

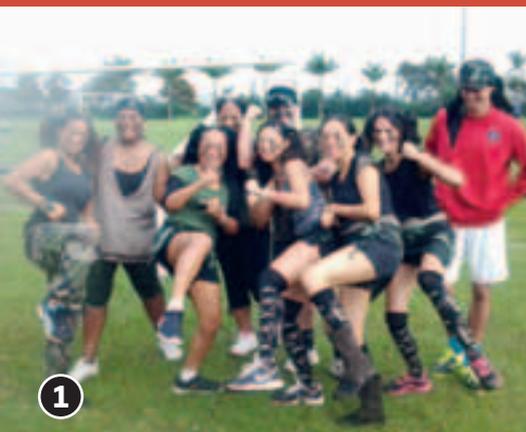
Et un pincement au cœur ? « Ne pas pouvoir participer à l'entrée dans les murs du Médipôle, un beau projet » dans lequel il s'est beaucoup investi. « Mais je suis content de passer la main ! »

LE TOURNOI EN PHOTOS

Retour, sur le tournoi de foot interservices qui a eu lieu le 1^{er} août au stade Maurice-Sotirio. Bravo à nouveau à tous les participants et aux vainqueurs. Merci aussi de votre large participation à la traditionnelle soirée festive la semaine d'après, à la Pergola.



La REEDUCA
TEAM
et les
TRANCE,
1^{ers} et 2^{es}.



1



2



3



4



5

- 1 LES WARRIORS
- 2 LES DALTON
- 3 LA COFFEE TEAM
- 4 LES BIOSCAM
- 5 FAIT JOLI TON CŒUR



LA REEDUCA TEAM FÊTE SA VICTOIRE

