

ILS FONT L'ACTU
Strathfield en visite

8

**EN ROUTE
VERS KOUTIO**
Blocs, Sté... regroupés

17

COMMUNICATION
Le Médipôle en image
sur l'Intranet

21

DANS LES MURS
La page CRF
est tournée

30

L'Ouvre Boîte

AVRIL - JUIN
2016

➤ **65**

LE JOURNAL INTERNE DU CHT



**SÉCURITÉ,
1^{RE} MAINTENANCE...**
La marche à blanc,
c'est partie !





NOUVEAUX MÉDECINS



**AURÉLIE SUNHARY
DE VERVILLE**
32 ANS
Médecin
en Diabétologie

En poste depuis le 18 février 2016

Après avoir effectué toutes ses études de médecine - externat et internat - à Marseille, le Dr de Verville se destine dans un premier temps à la médecine générale. Pendant l'un des stages de son internat, elle se découvre alors un véritable intérêt pour la diabétologie : « Mes chefs m'ont suggéré de passer un Diplôme d'études spécialisées complémentaires de nutrition. J'ai donc fait un an d'internat au service Diabétologie du CHU Sainte-Marguerite, suivi par deux ans de post-internat dans le même service ». Fin 2013, pour vivre de nouvelles expériences à la fois professionnelles et personnelles, elle décide de s'installer avec sa famille en Nouvelle-Calédonie, son diplôme de médecine générale et son DESC en poche. La jeune femme commence par remplacer le Dr Deboucher au Centre médical du Col de la Pirogue pour un mois. C'est alors que la chef du service Diabétologie, Isabelle Descamps, apprend son parcours en diabétologie et lui fait intégrer le service pour des remplacements. Deux ans plus tard, il lui a donc été proposé un poste de médecin-assistant qu'elle espère pouvoir effectuer entièrement au service Diabétologie, auprès des patients hospitalisés. Le Dr de Verville se confie, en souriant : « Nous nous plaisons beaucoup ici, malgré l'éloignement familial. C'est une vie idéale avec et pour des enfants en bas âge ! ».

NOUVELLEMENT EN POSTE

Ont également été nommées médecins-assistants :

- > Valérie Chariou Tilliez
(oncologie, au 4 janvier 2016)
- > Hélène Ginoyer
(Urgences MGTA, au 4 janvier 2016)

L'Ouvre Boîte

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



SOMMAIRE

08

ILS FONT L'ACTU

- > Les cardiologues du Strathfield en visite
- > Démarrage de l'audit des risques psycho-sociaux
- > Nouvelles tables rondes des cadres
- > Le projet médical de l'Unité de Diabétologie et de Médecine Polyvalente (UDMP)
- > Le DU de Traumatologie

21

COMMUNICATION



Les images du Médipôle
sur l'Intranet



La Stérilisation
travaille sur son
regroupement
p. 18



Au bénéfice de tous

La bonne marche d'un établissement de soins (notre métier n'a d'ailleurs pas le privilège de cette exigence...) passe par des règles de fonctionnement, des « organisations », connues de tous et cohérentes entre elles. Et bien évidemment, la dernière ligne droite de la préparation du transfert vers le Médipôle (ou ses premières conséquences concrètes dans nos services) fait de cette nécessité une exigence encore plus forte...

Certes, une organisation écrite est souvent vécue comme une contrainte par les acteurs. Mais elle est nécessaire à la vie professionnelle. Ne serait-ce que par le fait que les actions et les tâches des uns et des autres sont connectées, ont des impacts « en cascade »... Et, qu'évidemment, les organisations des uns ne doivent pas compliquer les tâches des autres et générer du stress supplémentaire. Il en va de même pour la désorganisation éventuelle du supérieur hiérarchique (quel que soit le niveau) qui ferait supporter au subordonné une charge de travail et mentale supplémentaire.

C'est donc une responsabilité commune.

CLARTÉ

C'est la raison pour laquelle je m'attache à ce que tous les acteurs présentent leurs organisations, qu'elles soient compatibles avec celles des autres. Outre les gains financiers, ce travail est aussi bénéfique pour le patient, qui voit sa prise en charge sécurisée et globalisée.

Qui dit organisations, dit règles et respect de ces règles. La méthode SOIHM, les règlements intérieurs et procédures, mais aussi l'amélioration des outils, comme l'informatisation, sont mis à disposition par le CHT pour y aider.

Notre performance pour les patients et la communauté hospitalière l'exigent.

Et ce qui a été fait pour les lits délocalisés au CHS et ce qui est en cours à l'UMCP illustrent à point nommé mon propos.

**Dominique
Cheveau**
Directeur du CHT

15

EN ROUTE VERS KOUTIO

- > La marche à blanc, c'est parti
- > Sté et Blocs : en cours de regroupement !
- > Le coordonnateur des opérations

22

DANS LES MURS

- > Formation « maîtrise des risques infectieux » : premier bilan
- > Groupe « Bientraitance » du comité d'éthique : la charte
- > Zoom sur : l'Éducation thérapeutique
- > Aide médicale à la procréation
- > CRF : l'émotion et les souvenirs des équipes

Mutualiser pour mieux soigner

La mutualisation des services et des moyens recoupe différents dispositifs tendant à la rationalisation des dépenses et à la réalisation d'économies d'échelle. Elle peut s'appréhender tant au travers des règles applicables aux transferts de compétences que dans un cadre conventionnel défini par l'institution. La mutualisation s'inscrit dans une démarche de management. Associée à des mots-clés tels que fédérer, solidariser, partager, elle renvoie à différents concepts : partenariat, économies d'échelle, optimisation, gain de temps, projet coopératif, valeur ajoutée, interopérabilité, métadonnées harmonisées, structure de mutualisation, communauté virtuelle. Mais pourquoi vouloir travailler ensemble ? Cela ne se décrète pas mais se prépare et s'organise. Pour réussir une mutualisation, il faut

qu'elle soit ancrée dans la stratégie globale de l'institution, que ce soit en termes de stratégie économique ou de valorisation. Cela entraîne forcément, au sein de l'établissement hospitalier, une modification de l'organisation du travail, des habitudes à changer, des peurs à lever, la création d'interdépendances. Mutualiser implique de se poser des questions pour trouver la configuration adaptée à chaque situation, de déterminer ce que l'on veut recevoir et ce que l'on peut apporter, ce qui n'est pas partageable. Enfin, mutualiser permet de répondre aux exigences de qualité de service (réactivité, continuité, simplicité d'accès), de développer des services à valeur ajoutée (agrégation de contenus, accès à des ressources hétérogènes) au travers d'un centre commun de ressources, d'une plate-forme et/ou d'un portail fédérateur. Dans la perspective du déménagement

en fin d'année au Médipôle de Koutio où des mutualisations de ressources, de compétences, de produits et de services sont projetées nos actuels services de stérilisations et de blocs opératoires ont d'ores et déjà initiés les rapprochements leur permettant dès à présent de travailler ensemble en préfigurant ce que sera demain sur une plateforme commune. L'expérience est innovante et bouscule les schémas et autre modèles organisationnels auquel nous sommes habitués au CHT dans la conduite de nos changements, c'est la raison pour laquelle ce 65^e numéro de *L'Ouvre Boîte* est allé à la rencontre des acteurs qui pilotent et font vivre cette mutualisation afin de la faire partager à notre communauté hospitalière notamment à travers le dossier spécial de ce numéro de rentrée.

Bonne rentrée et bonne lecture.
Marc-Christian PLA

ACCIDENTS DU TRAVAIL



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

46 AT

Dont : AES⁽²⁾ 10 AT
TMS⁽³⁾ 21 AT (dont 17 lombalgies)

AT / SERVICE MENSUEL

Maintenance GB : 3 AT / SAUUHCD SAMUSMUR GB : 3 AT
Bloc Opératoire GB : 1 AT

AT⁽¹⁾ de janvier à février 2015

Cumul à fin février

46 AT

Dont : AES⁽²⁾ 10 AT
TMS⁽³⁾ 11 AT
(dont 5 lombalgies)

AT / SERVICE MENSUEL

Pédiatrie : 5 AT / Chirurgie
Orthopédique 1 : 2 AT / DBRI :
2 AT / Soins Intensifs : 2 AT





FERMETURE DE RAOUL-FOLLEREAU

Émouvante cérémonie, le 27 janvier, sous les ombrages du magnifique parc du Centre Raoul-Follereau, à l'occasion de la fermeture de celui-ci.

Plus d'informations ? Lire aussi, les témoignages et les souvenirs des membres de l'équipe, en pages 30 et 31 de cet OB.

INFOS URGENTES SUR L'INTRANET

Depuis le changement de la page d'accueil de l'Intranet, toute info brève et urgente peut être publiée dans le bandeau défilant des actualités urgentes en haut de cette page, en l'espace de quelques minutes. Pour toute publication, adressez vos informations à La cellule SOIHM - KOUTIO (Aurélia Duchesne, a.duchesne@cht.nc), la DG (Glenda Garnier, g.garnier@cht.nc) ou directement à l'agence de communication (onenparle@onenparle.nc).

DON DU SANG

Comme souvent à cette même époque, les réserves sanguines du CTS n'ont pas le niveau optimal souhaité. Mobilisez votre entourage : rappelez-leur que donner son sang est facile, sans risque et ne prend que peu de temps.



JMR 2016

Succès, le 10 mars, pour la Journée mondiale du rein, en particulier à la Salle d'honneur de la Mairie de Nouméa qui accueillait le public de 9h à 16h.

Madame Valentine Eurisouké, membre du gouvernement en charge de la santé en a fait l'inauguration. À noter la visite de 4 classes de CM, encadrées tout au long de la journée par les étudiants de seconde année de l'IFPSS et les équipes du RESIR.

> **Plus d'information :**

RESIR - Cécile Caillaba et Caroline Florit, coordinatrices

Téléphone : 26 90 90 - Mobilis : 78 04 22 / 75 65 54

contact@resir.nc

ASSO DU CHT

Le nouveau bureau de l'association est en place.

Présidente :

Sylvana GIRAUD

Vice-président :

Cyril BONNENFANT

Trésorier :

Mathieu LAFITTE

Trésorier adjoint :

Maria VAITANAKI

Secrétaire :

Claude-May DOMO

Secrétaire adjointe :

Isabelle AJAPUHNIA



À bientôt pour le programme des activités et services de l'association !

PARLONS-EN

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

EPU "HÉMORRAGIES ET LEURS TRAITEMENTS"

Cette EPU a été animée, le 3 mars, par le Professeur Yves Gruel, Chef de service d'Hématologie-Hémostase du CHRU de Tours, Coordonnateur du Centre Régional de Traitement de l'Hémophilie et Président du GFHT (Groupe Français d'études sur l'Hémostase et la Thrombose) ; le Dr Anne Godier, Anesthésiste Réanimateur à la Fondation Rothschild ; et le Dr Frédéric Touzain, Chef du service de Transfusion sanguine du CHT. Sont également intervenus les Dr Pochard et Samin.

UNE PLAQUETTE « PANSEMENTS » DISPONIBLE SUR YES

La complexité et la grande variété des différents pansements rend nécessaire la présence d'outils d'aide à la décision.

Le tableau disponible sur YES (téléchargeable en PDF) reprend les différents pansements disponibles à la pharmacie en détaillant leur classe, leur nom de marque et en les faisant correspondre aux différents stades de la plaie, en fonction de leurs indications et de la qualité d'exsudats.

Cet outil se veut à la fois concis et pratique afin d'aider le personnel soignant dans son choix de traitement.

> Plus d'informations :

Marie Leduc - Marie.LEDUC@cht.nc - DECT1654

LES SMS DU CŒUR...

Merci de relayer cet appel de Béatrice Monnier, la Présidente de l'association « Les petits pansements du cœur » et de toute la Pédiatrie. La campagne pour la réalisation des rêves, des enfants malades chroniques, a débuté ce lundi 14 mars 2016.

Un simple SMS suffit : tapez don, puis envoyez au 3677. Le prix de ce SMS est de 220 FCFP. La somme sera intégralement reversée à l'appc, grâce à la participation de l'OPT et d'ASM.

Ce geste, vous pouvez le renouveler autant de fois que vous voulez, et, ce jusqu'au 16 mai inclus. Cette année, l'objectif est d'atteindre les 5000 SMS (nous sommes 250000 à avoir un abonnement Mobilis en NC).

Participez ! Faites rêver nos jeunes patients...



OUVERTURES DE CONCOURS

Le CHT a sollicité l'ouverture des concours sur titres pour la filière santé et social auprès du Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie pour l'année 2016.

Voyez ci-dessous les emplois concernés et le planning prévisionnel :

Intitulé de l'emploi	Nbre	Clôture des inscriptions	Date des épreuves
Infirmier(ère) en soins géné.	33	20/04/2016	23/05/2016
Aide-soignant (e)	13	14/04/2016	17/05/2016
Technicien de laboratoire	1	03/05/2016	30/05/2016
Cadre santé	1	22/06/2016	18/07/2016
Préparateur en pharma.	3	20/10/2016	14/11/2016

Ces concours sur titres sont ouverts aux agents ayant bénéficié et réussi le circuit de formation interne. Suite et version actualisée de ce planning consultable sur le site de la DRH fonction publique : www.drhfpnc.gouv.nc

Rappel relatif à la planification des congés 2016

Compte tenu de l'ouverture prévisionnelle du Médipôle de Koutio en novembre 2016, il **n'est pas possible de déposer des demandes de congés annuels du 15 octobre 2016 au 23 décembre 2016.** La planification annuelle doit en tenir compte.

MODIFICATION DU CONTENU DES ÉTIQUETTES PATIENT

Depuis le lundi 14 mars 2016,
le contenu des étiquettes patient
éditées à partir de Dx Care a changé.

Ces étiquettes reprennent dorénavant
les abréviations utilisées dans DX Care, à
savoir :

- > **UH** : Unité d'Hospitalisation
(Unité de responsabilité)
- > **PDT** : poste de traitement
(localisation du patient)
- > **NIP** : numéro d'identité permanent
(= N°IPP CPAGE)
- > **NDA** : numéro d'admission
(numéro du séjour du patient - attribué
pour chaque séjour = N°Doss CPAGE)

Cette nouvelle présentation, réalisée
à l'initiative de la Cellule d'Identito-
vigilance, vise à améliorer l'identification
du patient, de sa localisation et de son
service de responsabilité.

- > **Plus d'information :**
Déborah Miramont,
d.miramond@cht.nc
25.71.63

Sexe de la personne + DDN

TONTON
Marcelline
CAGOU

UH 2900
PDT 2060

UH
Unité Hospitalisation
= UF
Unité Fonctionnelle
de Responsabilité

F - né(e) 11/10/1957 08/12/2014

NIP 000000090959 NDA 013630555

PDT
Poste de Traitement
= Unité Fonctionnelle
de localisation

NIP
N° identifiant
permanent

NDA
N° d'admission = N° de séjour

Poste	NIP	PDT	Nom	Prénom	Date naissance	Age	NIP	Chambre	NDA
2000 / 2000	000000000000	2000	TEST	ARNO	01/03/1965	51 ans	000000000000	00000000	00000000
2000 / 2000	000000000000	2000	SAPBERT	DAVID	16/03/1963	53 ans	000000000000	00000000	00000000
2000 / 2000	000000000000	2000	ANIC	ALAIN	18/04/1943	72 ans	000000000000	00000000	00000000

PDT
Poste de Traitement
= Unité Fonctionnelle
de localisation

Unité Hospitalisation
= Unité Fonctionnelle
de Responsabilité

NIP
= N° identifiant
permanent

NDA
N° d'admission
= N° de séjour



LOI CLAEYS-LEONETTI : QU'EN EST-IL ?

Promulguée au JO le 02/02/2016 et au JONC le 12/02/2016 la loi Claeys-Leonetti s'inscrit dans l'esprit des trois lois récentes de santé, en renforçant le principe d'autonomie du patient.

Elle rappelle le droit à avoir une fin de vie digne et accompagnée, interdit l'obstination déraisonnable. Elle va plus loin dans les directives anticipées qu'elle rend contraignantes dans la plupart des situations.

Elle ouvre le droit à une « *sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience, maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie* », à la demande du patient. Il s'agit uniquement d'un malade, en phase terminale de sa pathologie, porteur d'une souffrance réfractaire ou dont l'arrêt des traitements est « *susceptible d'entraîner une souffrance insupportable* ».

Il ne s'agit dans l'esprit du législateur pas d'euthanasie et on ne peut en aucun parler ici de suicide assisté.

Bien que passée au JONC, la loi ne sera applicable que dix jours après la publication en métropole des décrets d'application, à condition que ceux-ci comportent la mention « applicables en Nouvelle-Calédonie »

> **Plus d'information :** Dr Chantal Barbe, chantal.barbe@cht.nc

CARDIOLOGIE

STRATHFIELD PREND À CŒUR NOS EVASANS

Les 18 et 19 février, le service Cardiologie du CHT a reçu la visite d'une délégation de cardiologues de l'hôpital Strathfield (Australie). Le but : se rencontrer, se connaître et échanger, alors que le gouvernement calédonien vient de décider d'en faire le partenaire unique des Evasans pour les pathologies cardiovasculaires.

Accueillis par la chef de service Corinne Braunstein et le cardiologue Olivier Axler, le PDG de l'hôpital et cinq cardiologues sont venus rencontrer leurs homologues calédoniens avec qui ils travaillent depuis déjà plusieurs années sur les Evasans. Comme le souligne Ian Wilcox, co-directeur du service Cardiologie de la structure australienne, « *il est très important de nous présenter physiquement, d'apprendre à nous connaître, pour discuter et échanger sur les procédures mises en place pour les Evasans, trouver des axes d'amélioration à la fois pour faciliter le travail des praticiens à distance et pour une meilleure prise en charge du patient, qui reste le centre de la procédure* ».

Ce déplacement a été également l'occasion de présenter l'étude des résultats comparés de la chirurgie cardiaque, effectuée en parallèle sur les patients en provenance de Nouvelle-Calédonie et les patients australiens, avec une attention particulière notamment pour la comparaison des



De gauche à droite : Richmond Jeremy, Matthew Bayfield, Ian Wilcox, Michele McGrady, Paul Darcy, Michael Byron et Olivier Axler.

facteurs de risque. En fonction du type de chirurgie comme les pontages, les valves ou les problèmes d'aorte, des complications peuvent survenir lors du traitement. En répertoriant et en analysant chacun des patients via la base de données australienne très complète, les deux équipes médicales souhaitent justement anticiper les complications et améliorer ainsi la qualité de leurs interventions communes.

AMÉLIORER LE TRAITEMENT ET LE SUIVI DES EVASANS

Deux types de patients sont évacués sur Sydney : les patients en urgence (infarctus, dissections, endocardites,

La durée moyenne du séjour d'un patient évasané à Sydney est d'à peu près trois semaines : huit à dix jours pour l'intervention et ses suites immédiates, et à peu près deux semaines pour la rééducation et les risques de complication immédiats.

thromboses de valve...) et les patients programmés pour des pontages aorto-coronaires, des prothèses valvulaires, soit aortiques pour les personnes âgées, soit les valves mitrales et/ou aortiques souvent en rapport avec le rhumatisme articulaire aigu qui touche trop de jeunes Calédoniens. « *Pour les urgences très graves, précise le Dr Axler, le délai d'intervention peut être extrêmement rapide : entre huit et dix heures à partir du moment*



UN PARTENAIRE

« Depuis janvier 2016, le gouvernement, à la demande de la Cafat, a choisi de travailler avec un seul centre référent sur Sydney pour les patients relevant de la cardiologie, qu'ils soient traités au CHT ou en cliniques et cabinets privés. Ce centre peut (et doit) proposer un service de qualité pour toutes les thérapeutiques que nous demandons à des prix négociés. C'est pourquoi l'équipe australienne est venue nous rencontrer pour la mise en place d'une communication optimale avec réactivité et échanges de part et d'autre. Ils se sont d'ailleurs engagés à aller dans ce sens car parfois, de notre côté, nous n'étions pas entièrement satisfaits de leurs retours et de nos relations. Aujourd'hui, les choses vont dans le bon sens. L'équipe australienne a réellement été à l'écoute de nos besoins et de nos attentes que ce soit au niveau de la communication, de la réactivité, de la disponibilité. La filière pour la prise en charge des patients calédoniens a été largement améliorée. »

Dr Corinne Braunstein,
chef du service Cardiologie
du CHT

Ian Wilcox, cardiologue, co-directeur du service Cardiologie, Strathfield Private Hospital

« C'est la troisième fois que je viens à Nouméa, d'autres collègues sont venus aussi ici plusieurs fois. Nous voulons rencontrer et échanger avec nos homologues sur les processus d'évasans et les processus de retour sur le territoire. Nous sommes un groupe de douze cardiologues qui exerçons à la fois à l'Université de Sydney, à l'hôpital Strathfield et en cabinet privé. Notre mission est surtout de traiter les cas plus compliqués. Nous travaillons dans un esprit de traitement moderne des maladies cardiaques : nous décidons ensemble quel traitement appliquer, quels soins donner. Nous sommes, en quelque sorte, interchangeables et donc très disponibles. »

THE STRATHFIELD PRIVATE HOSPITAL

Situé à environ 12 km à l'ouest de Sydney et facilement accessible, l'hôpital Strathfield offre une gamme complète de services hospitaliers. Il est l'un des centres privés de soins cardiaques les plus renommés d'Australie. Il a été classé comme un hôpital "Top 10" en termes de satisfaction des patients.

où nous prenons la décision d'évasaner le patient et le moment où il se retrouve sur la table opératoire de l'hôpital australien. Nous sommes reconnaissants à l'équipe pour ses compétences, sa réactivité et sa disponibilité ». Il faut toujours garder en tête que certaines opérations, notamment la chirurgie cardiaque, ne pourront jamais être traitées sur place compte tenu de la taille de la population calédonienne (raisons budgétaires et techniques : nombre de chirurgiens cardiaques disponibles, nombre d'interventions quotidiennes insuffisantes...). « C'est pourquoi la collaboration avec un centre de soins, comme celui de Strathfield, est indispensable. »

POUR UNE COMMUNICATION OPTIMALE

Lorsque le patient revient d'Australie, « Il est important de rencontrer son cardiologue très vite. Nous insistons beaucoup là-dessus », explique le Dr Axler. Pour un simple contrôle, et ensuite pour lui expliquer son traitement, les conséquences, réexpliquer ce qui s'est passé en Australie. « Entre médecins, nous communiquons énormément dans ces moments-là : chacun d'entre nous est d'ailleurs dans la boucle des échanges et donc peut prendre le relais à chaque instant. C'est très important dans notre démarche de qualité et de sécurité vis-à-vis de nos malades, pour adapter le traitement, pour être le plus efficaces possible et résoudre les problèmes qui se posent. »

RISQUES PSYCHOSOCIAUX : LANCEMENT DE L'AUDIT

Conformément à la loi de pays du 18 février 2014, et suivant l'avis du CHSCT de juin 2015, le CHT a décidé d'élaborer un plan pour la qualité des relations de travail. En amont de cette mise en œuvre, il convient d'établir un diagnostic initial concernant les risques psychosociaux. C'est l'enjeu de l'audit en cours de réalisation et dont les résultats seront présentés au personnel fin octobre 2016.

Après avoir établi un cahier des charges et lancé un appel d'offres, le CHT a notifié le marché au prestataire retenu ce début mars. Celui-ci, en collaboration avec le comité de pilotage du CHT, entamera sa mission début avril en faisant connaissance avec tous les services afin de mieux appréhender le fonctionnement du CHT. Une étape nécessaire en vue d'élaborer un questionnaire le plus en phase avec les spécificités de notre milieu professionnel.

UN QUESTIONNAIRE PROPOSÉ DÈS FIN MAI

Ce questionnaire accompagnera les feuilles de paie de mai et juin. Comme tient à le préciser Marlène Horst, médecin du travail et membre du comité de pilotage du projet : « *Chacun d'entre nous est invité à le remplir et à le remettre dans les urnes qui seront disposées à cet effet tant à Magenta qu'à GB. Bien évidemment, ce*

questionnaire demeurera parfaitement anonyme ; aucun nom propre n'y figurera. Il vous sera simplement demandé de préciser votre service, votre âge, votre ancienneté et votre profession. Autant de critères qui permettront d'affiner l'analyse des données recueillies ; lesquelles permettront, à leur tour, la meilleure élaboration du plan d'action. » Le concours du plus grand nombre est donc requis. Plus les réponses seront nombreuses, meilleure sera l'analyse et les actions qui pourront être imaginées en aval.

Parallèlement à ce questionnaire, le comité de pilotage et le prestataire retenu entameront l'analyse des indicateurs des risques psychosociaux : temps de travail, mouvements du personnel, accidents du travail, maladies professionnelles, activité du service, santé au travail, etc. Autant d'indicateurs qui, croisés avec les réponses du questionnaire, permettront d'établir la cartographie la plus fine possible de

la situation actuelle et des facteurs de risques psychosociaux par service, emploi, etc.

La restitution aura lieu au plus tard en octobre. Outre des réunions publiques auxquelles l'ensemble du personnel sera convié, une synthèse du rapport final fera l'objet d'une parution dans la newsletter et/ou dans une édition de *L'Ouvre Boîte*. Le plan d'action, lui, s'inscrira naturellement dans la perspective de l'emménagement sur le site de Koutio.



➤ RISQUES PSYCHOSOCIAUX : DÉFINITION

On qualifie de risques psychosociaux les éléments qui portent atteinte à l'intégrité physique et à la santé mentale des salariés au sein de leur environnement professionnel. Ces risques peuvent recouvrir différentes formes : le stress, le harcèlement, l'épuisement professionnel et même la violence au travail. De manière générale, les RPS sont la combinaison d'un grand nombre de variables, à l'intersection des dimensions individuelles, collectives et organisationnelles de l'activité professionnelle, d'où leur complexité et leur caractère souvent composite.



RÉUNIONS D'ENCADREMENT : NOUVELLE FORMULE

Transmettre les informations institutionnelles et ouvrir l'échange entre les cadres du CHT. Tels sont les objectifs des tables rondes mises en place par la Direction de la Coordination des Soins, de la Clientèle et de la Qualité (DCSCQ) depuis fin 2015.

Le constat était clair : il fallait optimiser les réunions d'encadrement. Elles réunissaient jusqu'alors 40 à 50 personnes presque tous les mois pour de nécessaires transmissions d'informations mais avec un temps d'échange réduit. La DCSCQ a donc testé, depuis le mois de décembre, une nouvelle formule qui semble porter ses fruits. « *Nous avons maintenu trois réunions d'information annuelles avec l'encadrement de proximité, des rendez-vous auxquels s'ajoutent désormais des tables rondes mensuelles* », résume Marie-Claire

Kabar, directrice de la Coordination des Soins, de la Clientèle et de la Qualité. Les participants sont répartis sur deux tables rondes - organisées hors de l'établissement pour prendre de la distance sur leurs obligations quotidiennes - permettant ainsi une meilleure communication entre les cadres. Les premières, organisées début décembre, ont permis de partager les informations institutionnelles importantes mais aussi de laisser aux professionnels la possibilité d'échanger entre eux sur différents sujets. Un modèle qui a plu et qui a donc été repris dès ce début d'année avec la possibilité pour les professionnels de définir eux-mêmes l'ordre du jour.

SECTEURS ET GARDES

Les 2 et 4 février, les cadres ont ainsi participé à de nouvelles tables rondes centrées sur deux questions majeures. D'abord la présentation des secteurs du Médipôle et leur composition. « *Ainsi, les cadres peuvent se projeter en connaissant les secteurs, la répartition des services, les postes qui seront créés...* » Un dossier d'autant plus

important que les mutations des cadres sont globalement bloquées depuis 18 mois pour assurer la stabilité de l'établissement jusqu'au déménagement, mais avec néanmoins des possibilités de mutations a minima en fonction des futurs besoins de l'hôpital de Koutio. « *L'organisation de la cardiologie, par exemple, va changer avec quatre cadres au lieu d'un seul aujourd'hui. Ils auront des secteurs différents avec la coronarographie et soins intensifs pour l'un, puis l'électrophysiologie dans le deuxième chantier anesthésique, les explorations fonctionnelles sur le plateau de consultation pour un troisième et l'hospitalisation traditionnelle pour le dernier* ». D'où l'importance d'expliquer les mouvements internes, même en faible nombre, possibles aujourd'hui. Ensuite les mobilités reprendront au moins trois mois après le déménagement. Le second sujet portait sur l'organisation des gardes des cadres à Koutio. Un sujet sur lequel les participants ont travaillé en petits groupes afin d'apporter leurs idées et suggestions. Une synthèse et une restitution ont été réalisées par la DCSCQ lors des tables rondes des 15 et 17 mars.

UN NOUVEAU SERVICE DU CHT IMPLANTÉ AU CHS

Depuis le 2 février, un nouveau service, l'Unité de Diabétologie et de Médecine Polyvalente (UDMP), a pris possession des 15 lits d'une aile du CHS. Avec sa double activité d'Endocrinologie-Diabétologie et de Soins palliatifs, ce service présente une singularité non sans conséquence en termes de structuration des soins et de formation du personnel.



Précedemment occupés par le MPR⁽¹⁾, les 15 lits dont dispose le CHT au CHS devaient originellement accueillir un service associant de la

Médecine polyvalente à orientation gériatrique et des Soins palliatifs. La fermeture anticipée du centre Raoul-Follereau (CRF) qui, outre les deux derniers résidents hanséniens (*lire aussi p.30*), hébergeait des patients diabétiques, a nécessité la modification de ce projet.

L'unité est donc composée de 7 lits de Médecine polyvalente et Soins palliatifs et de 8 lits affectés à l'Endocrinologie-Diabétologie.

DES PATIENTS DIFFÉRENTS

La typologie des patients dévolus au service d'Endocrinologie est identique à celle qui prévalait au CRF, ce que confirme le Dr Myriam Lungo : « Nous accueillons des patients, ou venant d'un service du CHT après la phase aiguë, ou adressés

par un médecin traitant ou un dispensaire pour rééquilibrage glycémique, bilan des complications et éducation thérapeutique. Peuvent s'y ajouter des bilans en endocrinologie. »

Côté Médecine polyvalente, « Il s'agit principalement de patients en fin de vie qui ne peuvent rester à domicile ou des patients en soins palliatifs nécessitant la mise en place d'aides à domicile avant ce retour chez eux (car n'ayant plus besoin sinon de rester à proximité d'un plateau technique hospitalier), précise le Dr Chantal Barbe. Nous pouvons enfin effectuer des entrées directes en provenance du domicile des patients, leur évitant ainsi un passage par les Urgences, mal adaptées à ce type de situation ».

ACCOMPAGNEMENT

Pour les Soins palliatifs, des aménagements particuliers ont été mis en place. Ainsi, les patients bénéficient-ils systématiquement de chambres individuelles. De même, le service jouit d'horaires de visite élargis

(dont les patients en Diabétologie bénéficient donc également). La possibilité peut être également offerte à un membre de la famille de passer la nuit sur place. Par ailleurs, une diététicienne, un kinésithérapeute, une assistante sociale et, prochainement, un psychologue, viennent renforcer, à temps partiel, les équipes sur place et contribuent grandement à l'efficacité des soins prodigués.

DES FORMATIONS ADAPTÉES À LA DOUBLE ACTIVITÉ

La double activité de ce service a également sollicité la mise en place de formations spécifiques car si l'UDMP repose sur deux équipes médicales distinctes, Eliuti Gahetau, cadre supérieur de santé, rappelle que « l'équipe para-médicale⁽²⁾ est transverse avec la capacité d'exercer indifféremment sur les deux activités ». Afin de répondre à ce défi, le Dr Myriam Lungo et une IDE, Anne-Marie Mleko, ont ainsi présenté la physiopathologie des différents types



DÉMÉNAGEMENT : UN "MÉDIPÔLE EN MINIATURE"

Eliuti Gahetau, cadre supérieur de santé, prend les devants avec le sourire pour éviter tout malentendu : « *le déménagement du CRF vers l'UDMP est bien évidemment une répétition à toute petite échelle de celui prévu en novembre vers Koutio* ». Mais tout de même, les faits sont là : il a fallu organiser ce déménagement dans des conditions proches de celui qui va mobiliser les énergies ces prochains mois, avec l'obligation d'assurer, par exemple, une continuité de soins pour les patients du CRF ; et « *tous les services support du CHT ont ainsi été sollicités* » nous précise encore Mme Gahetau. Une première réussie avant la grande première !



QUEL AVENIR POUR L'UDMP ?

Sans surprise, ce service a vocation à disparaître dès l'emménagement dans les murs du Médipôle achevé. Eliuti Gahetau précise que « *la Diabétologie rejoindra la filière Neurologie et les Soins palliatifs rejoindront celle d'Hépatogastroentérologie* ». Toujours est-il que l'UDMP restera une expérience enrichissante pour ceux qui auront contribué à son éclosion. Comme le dit le Dr Carole Bastard (Soins palliatifs), « *participer à l'ouverture d'un service reste une expérience rare dans une carrière. Cela nous a permis de mettre en place une organisation qui correspond à nos attentes, en tenant compte des contraintes budgétaires. Cette expérience permet également de se pencher sur les aspects administratifs et logistiques du service, dépassant ainsi le cadre habituel de notre activité médicale* ».

de diabète, les thérapeutiques mises en œuvre, etc. Et d'autres formations vont intervenir à compter du mois d'avril, avec l'appui d'une diététicienne, Delphine Routhe, des IDE d'éducation et des médecins.

L'équipe mobile de soins palliatifs n'a pas été en reste. Le Dr Chantal Barbe a présenté les généralités, l'historique et les différentes lois encadrant les soins palliatifs tandis que Stéphanie Aurin (IDE)

a rappelé les symptômes courants en fin de vie et décrit les protocoles médicaux pour les prendre en charge. Enfin, Marlène Leloutre (psychologue) est également intervenue pour aborder la prise en charge psychologique des patients en fin de vie. Au total, 10 heures de formation ont ainsi été dispensées pour préparer au mieux le changement d'activité, auprès d'un personnel très volontaire et motivé. Et même s'il est encore tôt pour savoir les

bénéfices réels de cette expérience, les différentes équipes se félicitent d'ores et déjà de disposer d'une structure qui était très attendue, plus particulièrement en termes d'accueil des patients en soins palliatifs.

- 1 Pour rappel, ce service de Médecine de Physique et Ré-éducation a cessé son activité à l'ouverture du Centre de Soins de Suite et de Réadaptation à Koutio en mai 2015.
- 2 L'équipe paramédicale de l'UDMP est constituée, pour le personnel à temps complet, de 7 IDE, 7 AS, 3 ASH et d'un cadre de santé.

UNE FORMATION DIPLÔMANTE AU SERVICE DES PATIENTS

En compagnie de 32 collègues (16 urgentistes, 16 réanimateurs), Charles-Henri Montagne, médecin anesthésiste réanimateur et initiateur du projet, a suivi une formation d'une quarantaine d'heures intitulée « Prise en charge du traumatisé grave dans les premières 24 heures ». Une démarche personnelle impliquante pour chacun de ces praticiens...

Fort d'une expérience au CHU Kremlin-Bicêtre (Paris) et conscient des enjeux particuliers de la Nouvelle-Calédonie face aux nombreux patients polytraumatisés, avec notamment des temps de transfert vers le CHT plus longs qu'en métropole, Charles-Henri Montagne a contribué à la délocalisation d'un Diplôme Universitaire parisien bien connu « destiné à permettre principalement un meilleur partage des compétences et des pratiques entre les médecins urgentistes et réanimateurs, dont la parfaite collaboration et la qualité du travail conjoints sont vitales face à ces situations, tout en effectuant une remise à niveau générale de nos connaissances grâce à la qualité et à l'expériences des intervenants ».

DES FORMATEURS EN PROVENANCE DU KREMLIN-BICÊTRE

Si chacun des praticiens a dû s'acquitter de droits d'inscription d'un montant d'environ 150 000 F, une partie non négligeable du coût de la formation a toutefois été pris en charge par le CHT et l'IFAP. Ceux-ci ont, de manière générale, pris en charge la "délocalisation" de la formation, en assurant le transport et les frais d'hébergement des cinq membres du Kremlin-

Bicêtre venus animer les sessions en novembre 2015 et février 2016, organisées en soirée de 17h à 21h sur le temps libre personnel de chacun. En mai prochain, les médecins seront invités à passer une épreuve écrite pour valider la formation ; laquelle n'aura pas d'incidence en terme de rémunération ou de qualification. Comme le souligne Charles-Henri Montagne, il s'agit réellement « d'un choix personnel, d'une volonté de formation continue pour gagner en expertise et être en mesure d'apporter aux patients les solutions les plus adaptées aux situations que nous rencontrons ».



DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES À L'HORIZON ?

Même s'il s'agit encore d'un projet, les praticiens métropolitains et calédoniens ont exprimé le souhait de voir un véritable compagnonnage s'établir entre leurs entités hospitalières respectives ; lequel devrait notamment avoir pour objectif la publication commune d'articles scientifiques sur des thématiques partagées. À suivre...

UN D.U. EN NEURO- RÉANIMATION PAR VISIO-CONFÉRENCE

Outre le D.U. en "traumato" en cours, des médecins du CHT ont entamé une formation en "neuro-réanimation" par le biais de visio-conférences organisées en collaboration avec le CHPF (Tahiti), où se tiennent physiquement les sessions animées par l'équipe du Pr Payen du CHU de Grenoble.

EN ROUTE VERS KOUTIO

MARCHE À BLANC C'EST PARTI!

Prise en main des équipements, en particulier ceux de sécurité, formation, mise en place des rondes, coordination avec les entreprises qui traitent les réserves suite à la fin de chantier... La marche à blanc du futur hôpital est maintenant une réalité que vivent les équipes de la nouvelle direction technique.

C'est la « sécurité » au sens large qui mobilise d'abord les équipes : gestion du contrôle d'accès aux bâtiments, formation à l'utilisation des équipements de dernière génération du PC sécurité... Mais c'est aussi la maintenance quotidienne : mise en place des rondes, tirage d'eau...



SOMMAIRE

- > **p. 16**
Les brèves de Koutio
- > **p. 17**
Blocs opératoires, Stérilisation...
regroupement en cours
- > **p. 20**
Coordonnateur des opérations :
une nouvelle fonction



LES VISITES DU MÉDIPÔLE VONT REPRENDRE

Comme cela avait été instauré avant la fin de l'année et la période dédiée à la prise de possession du Médiopôle par le CHT, les visites du futur hôpital réservées au personnel vont reprendre d'ici peu. Dès le mois d'avril, deux ou trois groupes pourront se rendre chaque semaine sur le site de Koutio pour une visite globale de l'établissement mais surtout un arrêt prolongé dans leur futur service. « *L'objectif est bien de permettre à chacun d'appréhender les lieux et de s'approprier son futur environnement de travail* », précise Jérôme Desmottes, coordonnateur des Opérations pour le Médiopôle. Imaginer l'organisation, se projeter dans les nouveaux murs, identifier les modes de fonctionnement... La cellule Koutio a clairement l'ambition de diminuer au maximum la surprise de la découverte et, ainsi, de réduire le stress inhérent à un tel changement. Pour gérer une telle organisation et permettre à plusieurs dizaines de personnes de réaliser chaque semaine cette visite, la cellule SOIHM se mobilise fortement pour disposer de « guides » aptes à faire découvrir le Médiopôle au personnel. S'ajouteront certainement à ce rythme déjà soutenu des visites à la demande des institutions notamment. « *Nous y accéderons dans la mesure du possible, mais la priorité demeure aux soignants* », termine Jérôme Desmottes, en charge de l'organisation et de la coordination de ces déplacements sur site.



LE MÉDIPÔLE EN QUELQUES CHIFFRES

- > **Surface** : 90 000 m² de surface utile.
- > **Capacité** : construit pour 645 lits et places contre 453 actuellement, soit une augmentation de 17 % de la capacité d'accueil de l'hôpital. 528 lits et places seront disponibles à l'ouverture.
- > **Places d'hospitalisation de jour** : 51 places à l'ouverture (contre 28 actuellement).
- > **Budget d'investissement** : 50 milliards CFP.
- > **Horaires** : ouverture de 6h à 21h / ouvert aux visites du public de 6h à 7h30 et de 12h à 20h sauf services aux visites restreintes (Néonatalogie, Soins intensifs) / consultations de 7h à 17h en continu / imagerie ouverte de 7h30 à 17h hors urgences ouvertes 24h/24.
- > **Poids dans les dépenses de santé** : l'hôpital pèse aujourd'hui 33 % dans les dépenses de santé du territoire, une proportion qui restera stable avec le Médiopôle.



ENQUÊTE RH

Retrouvez sur l'Intranet « En Route vers Koutio » les résultats complets de l'enquête RH sur les « besoins sociaux pour le Médiopôle » (décembre 2015). Voir Menu principal / RH - Formation.



D'UN SEUL BLOC !

Comme tous les services de Magenta et Gaston Bourret, celui des Blocs Opératoires a le regard tourné vers Koutio et n'aura pas attendu l'emménagement dans les nouveaux murs du Médipôle pour se projeter vers l'unification programmée. La réorganisation en cours a en effet été entamée dès le premier semestre 2013...

La réorganisation et l'unification d'un service auquel sont rattachés plus d'une centaine de personnes* ne sont pas des opérations anodines. Et ce d'autant plus qu'au fil du temps, les services "blocs op" de Magenta et de GB ont naturellement suivi leur bonhomme de chemin en s'écartant progressivement l'un de l'autre : qu'il s'agisse d'organisation, de management, de matériel utilisé, de pratiques médicales, etc. Pour le dire franchement, « les équipes de Magenta et de GB ne se connaissaient pas ou plus ; chacun vivait un peu sa "vie" avec une grande dose d'autonomie » nous dit Marc Fermaut, cadre de santé. Dans ce contexte particulier et du fait de la singularité du service de Magenta, tourné exclusivement vers la chirurgie gynéco-obstétrique, il n'est pas étonnant que près de trois ans auront été nécessaires pour mener à bien l'ensemble du

processus qui doit conduire à l'unification de l'équipe paramédicale à Koutio.

DES ÉQUIPES PRÊTES POUR LE MÉDIPÔLE

François Perraudau, également cadre de santé et qui partage désormais la charge d'encadrement global avec son acolyte Marc Fermaut, rappelle les enjeux cruciaux de cette période : « Il convenait tout à la fois d'amener les équipes amenées à travailler ensemble à se connaître, de veiller à une mise à niveau des pratiques médicales, de conforter les compétences réciproques pour garantir une homogénéité dans les soins apportés aux patients et de mettre en place, peu à peu, des planning permettant à du personnel de Magenta de venir travailler à GB ; et réciproquement. »

D'ici septembre 2016, tous les IBODE et IADE de Magenta auront ainsi effectué des rotations sur le plateau technique de

OBJECTIF "GROUPES DE TRAVAIL"

Pour Marc Fermaut, cadre de santé, il convient désormais de parvenir à « constituer des groupes de travail communs entre les équipes de Magenta et de GB, en amont du déménagement à Koutio, afin de discuter activement d'un certain nombre de sujets touchant au quotidien de notre activité ». Pas si simple cependant concède bien volontiers François Perraudau : « On touche là aux limites de l'exercice d'unification car nous continuons à exercer sur des sites différents. Difficile donc de réunir les équipes en un seul lieu sans pénaliser les uns ou les autres en terme de déplacement. » Vivement demain ?

GB. Comme le précise François Perraudau, « en trois ans, il y a eu une vraie évolution dans la prise en compte des efforts à mener pour être prêts le jour J. Aujourd'hui, les équipes ont des repères communs et sont prêtes à franchir le cap ».

* En amont du processus d'unification des équipes, 29 personnes étaient affectées aux 3 blocs de Magenta ; à GB les données étaient de 79 personnes pour 8 blocs.

De gauche à droite : José Polutele, agent de stérilisation, Sophie Lecomte, cadre de santé à la Stérilisation Centrale, Pascal Dussud, cadre supérieur de santé, Yannick Gauquelin, pharmacien référent de la stérilisation et Jean-Paul Toebin, agent de stérilisation.



STÉRILISATION : VERS UN SERVICE UNIFIÉ

Lors de l’emménagement au Médipôle, un seul service de Stérilisation subsistera en lieu et place des deux services existant actuellement. À l’image de tous les services du CHT, celui de la Stérilisation centrale prépare activement cette échéance et a entamé, dès novembre 2015, un « regroupement » qui lui permettra d’être parfaitement opérationnel dès l’entrée dans les nouveaux murs, tout en ayant remodelé, dans l’intervalle, une partie de son organisation.

Depuis novembre 2015, Sophie Lecomte, cadre de santé à la Stérilisation Centrale, est en charge de l’encadrement global et de la validation des processus des deux équipes de stérilisation (Magenta et Gaston Bourret). Cette nomination est la première pierre de l’édifice qui doit conduire à l’unification de l’équipe de Magenta (composée actuellement de 5 personnes) et de celle de GB (12 personnes). Depuis début mars, des échanges de personnel permettent aux équipes actuelles d’appréhender leur future organisation tout en veillant à homogénéiser les pratiques.

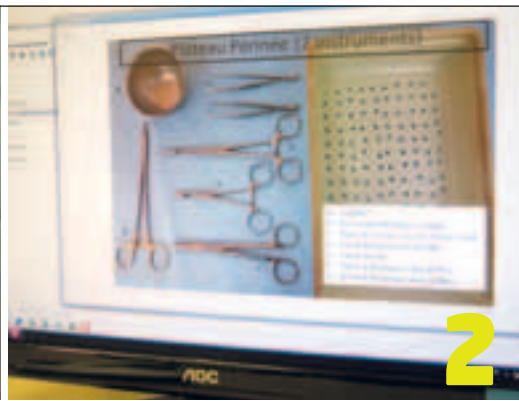
DES NAVETTES ENTRE LES DEUX SITES

L’étape suivante interviendra à l’orée du second semestre comme le précise Yannick Gauquelin, pharmacien référent de la Stérilisation : « en juillet, nous fermerons définitivement le service de Magenta. Des navettes seront alors mises en place pour acheminer le matériel depuis Gaston Bourret ». Une organisation de “navette” loin d’être exceptionnelle et que le CHT maîtrise pleinement comme le rappelle Sophie Lecomte : « Cette procédure est régulièrement mise en œuvre lorsque des travaux ou des missions de maintenance sur l’un des sites sont

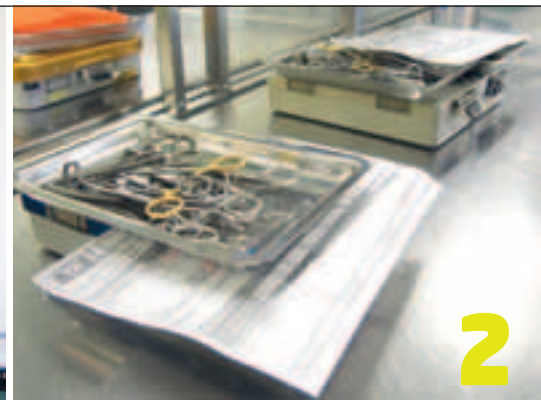
effectués et nous disposons d’ores et déjà des bacs de transport et des sachets de protection nécessaires. » Tout au plus, précise Sophie Lecomte, « conviendra-t-il d’acquiescer éventuellement quelques instruments afin de disposer d’un stock-tampon plus adapté ». Cette fermeture coïncidera également avec le déplacement du matériel de Magenta, plus récent, vers le site de Koutio où celui-ci devra faire l’objet d’une requalification tandis que le matériel neuf en cours d’acquisition fera, lui, l’objet d’une qualification. Dans le même temps des opérations de contrôle de l’air auront lieu afin de s’assurer que l’ensemble sera pleinement opérationnel le jour J.



1



2



2



3



4



4

➤ LE PROCESSUS DE STÉRILISATION

Petit rappel : le processus de stérilisation, dont l'objectif principal est d'éviter la transmission des germes d'un patient à un autre et de prévenir ainsi la transmission de maladies nosocomiales, comporte trois phases principales : le lavage, le conditionnement et la stérilisation en autoclave. Lors de la dernière phase, la norme française impose un passage en autoclave durant au moins 18 minutes à une température minimale de 134 °C.

LES ÉTAPES

- 1 : les instruments font d'abord l'objet d'un lavage.
- 2 : chaque boîte d'instruments est ensuite spécifiquement préparée en fonction d'une liste pré-établie.
- 3 : les boîtes sont ensuite traitées dans un des autoclaves (18 minutes à 134 °C - norme française).
- 4 : enfin, les boîtes (près de 1 000 au CHT) sont stockées dans des pièces attenantes aux blocs opératoires, prêtes à l'emploi, avec des dates de péremption individuelles.

➤ FORMATION...

Préalablement à l'unification des services qui aura lieu en juillet, une étape importante aura été franchie en mars en termes d'organisation, comme nous l'explique Pascal Dussud, cadre supérieur de santé : « Nous allons former le personnel actuel pour qu'il soit en mesure de préparer, recomposer et vérifier les boîtes de stérilisation ; une opération précédemment dévolue aux IBODE. Le service va donc gagner en autonomie et, de facto, en responsabilité. À cet effet, un(e) IBODE est en cours de recrutement. Une fois nommée, cette personne sera détachée auprès du service "sté" pour former l'ensemble des agents à ces pratiques ».

Dans le même temps, et toujours dans l'objectif de gagner en performance, Sophie Lecomte indique que « nous allons également réactualiser tous les listings de préparation des boîtes d'instruments et numériser les photos de chacun d'entre eux. Ainsi, les agents pourront visualiser, via le logiciel T-doc, les instruments nécessaires à chaque emploi et les pointer lorsqu'ils effectueront les check-list, avant mise en autoclave, afin d'écartier tout risque d'erreur. »

“

À Koutio, nous disposerons d'une surface de travail de plus de 1 000 m².”

Yannick Gauquelin, pharmacien référent de la Stérilisation

COORDONNER, ASSISTER...

Avec l'organigramme revisité de la direction pour être en adéquation avec les besoins du Médipôle, de nouvelles fonctions sont apparues. Parmi elles, un coordonnateur des opérations, une fonction dévolue à Jérôme Desmottes depuis quelques semaines.

Intégré au comité de direction du 11 janvier dernier, le fauteuil de coordonnateur des opérations vient compléter un ensemble de compétences dédiées à l'organisation et à la préparation du déménagement et de l'entrée en fonctionnement du Médipôle de Koutio. Avec différentes

prérogatives, le poste arrive en support et en appui au directeur général et aux directeurs adjoints. Le service juridique et l'équipe de vagemestres, structures opérationnelles transversales,

sont rattachés à ce poste. Avec cette casquette, les missions de Jérôme Desmottes sont multiples :

➤ **Coordonner l'ensemble des projets :**

Que ce soit pour modifier une organisation ou un service ; faire avancer la certification ; planifier des travaux à réaliser ; faire évoluer des pratiques... le coordonnateur des opérations a une vision transversale de ce qui se déroule dans l'établissement. Il a la charge de centraliser tous les projets, du plus petit au plus grand, et de rendre tout cela cohérent. Le but premier est alors de visualiser les besoins de chaque projet en ressources et en temps et de les prioriser selon leur urgence et leur importance. « *Il est également important de faire en sorte que, une fois validé, chaque projet soit accompagné en termes de méthodologie pour aller jusqu'à sa réalisation* », ajoute Jérôme Desmottes.

➤ **Contribuer à améliorer l'efficacité hospitalière et le service au patient :**

Il s'agit là de poursuivre le développement du « lean management » (une organisation de groupe à laquelle chacun apporte ses forces et ses compétences), de garder la dynamique impulsée par la méthode SOIHM et d'assurer la pérennité des efforts

fournis en amont du déménagement. De nouveaux relais SOIHM seront formés pour venir en soutien de la démarche et les outils continueront de se développer.

➤ **Travailler avec la DCS à optimiser le processus de soins :**

Il s'agit bien là du cœur de l'établissement et le coordonnateur de projet est aussi désigné pour travailler avec la DCSCQ à l'analyse des flux des patients pour les optimiser.

➤ **Assister la direction dans la communication :**

Une mission qui prend déjà forme mais qui s'intensifiera à l'approche du déménagement et après l'ouverture de l'établissement... le coordonnateur de projets se tient aux côtés des directeurs adjoints afin de valoriser le travail fourni par chacune de leurs équipes.

➤ **Soutenir le projet Médipôle au sens large :**

L'appropriation par les équipes, l'organisation du déménagement, mais aussi l'accompagnement qui sera nécessaire après. « *Un autre travail commencera alors qui sera de favoriser la dynamique de groupe et de conserver la motivation des équipes après les mois de pression liée au changement d'établissement* ».



À l'heure où les professionnels de santé sont plus que jamais soumis à de fortes contraintes en terme de qualité et d'efficacité, le Coordonnement des Opérations à l'hôpital peut constituer un formidable levier d'amélioration. ”

LE MÉDIPÔLE SUR L'INTRANET



Une section particulière de l'Intranet est consacrée à l'ensemble des documents et informations en rapport avec le Médipôle. Mais depuis quelques semaines, cette section (« En route vers Koutio ») est celle qui vous accueille quand vous vous connectez. Sans doute trouverez-vous pratique d'y retrouver, en quelques clics, les éléments que vous recherchez concernant Koutio. Bonne navigation...

À GAUCHE, KOUTIO

Sur la page d'accueil, des menus intuitifs vous renvoient facilement vers les grands sujets... la vie du Médipôle (« Le nouveau pôle », SOIHM, le déménagement ; la politique RH (« RH / Formation ») ; d'autres grands chapitres pouvant s'ouvrir dès que ce sera nécessaire. Sur la gauche : des accès directs « en un clic » vers les informations les plus récentes (Actus, photos, vidéos...). Et tout en bas, toujours à gauche, l'accès aux actus du CHT postées aussi sur la page d'accueil du reste de l'Intranet.

À DROITE, LES « ACCÈS RAPIDE »

Cette nouvelle page d'accueil n'oublie pas de vous donner accès à ce que vous utilisez le plus souvent sur l'Intranet (Yes, recherche téléphone...). Et vous souhaitez retrouver la page d'accueil « générale » de l'Intranet ? Cliquer sur le logo CHT ou sur le bouton « Intranet du CHT ».



Rien de plus simple pour lire les dernières informations...



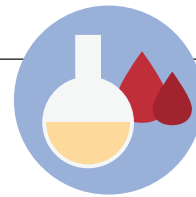
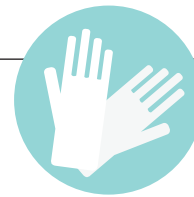
... ou visionner les dernières photos, les diaporamas diffusés par ailleurs sur les écrans du Self, ou les vidéos !



Retrouvez également tous les documents de travail et les validations finales des groupes de travail SOIHM classés par N° de groupe.



**DES COMMENTAIRES, DES SUGGESTIONS ? DES INFORMATIONS À PUBLIER ?
CLIQUEZ EN BAS DE PAGE SUR « NOUS ADRESSER UN MAIL ».**



FORMATION 2015 : À L'HEURE DU BILAN

Les Journées de formation obligatoire (JFO), dispositif institutionnel à caractère obligatoire, lancées en avril 2015 s'inscrivent dans la politique de formation du CHT. Son enjeu majeur ? La maîtrise du risque infectieux associé aux soins.

Un an plus tard, c'est l'occasion de faire le bilan sur ce projet ambitieux et nécessaire : organiser cent une journées en neuf mois et poursuivre le projet.

Ce dispositif particulier, élaboré et géré par le service Formation (sous la houlette de Gabrielle Moussy), se veut adapté aux différents métiers du paramédical et du médico-technique en proposant cinq types de journées, découpées en plusieurs modules. Nathalie Kaluzny, assistante de formation dédiée à l'opération, est en charge de la coordination de ces sessions avec les services de soins et la logistique administrative.

L'équipe de formateurs, composée uniquement d'agents issus de l'établissement, dispense des modules tels que l'identitovigilance (intervenante Sophie David), l'hygiène (intervenantes Christine Le Provost, Cornélia Rouchon et Sylvie Chevalier) et les abords veineux (intervenante Nathalie Simon).

UN TAUX DE PARTICIPATION ÉLEVÉ

« Si le lancement de l'opération a suscité un peu d'appréhension pour l'équipe, l'implication de l'encadrement de proximité permet d'optimiser le taux de remplissage », comme le souligne Nathalie Kaluzny. L'adhésion du personnel et la richesse des échanges avec les formateurs valident la pertinence de ce dispositif. Son caractère obligatoire permet aussi, pour les formatrices en hygiène, de toucher la totalité des personnels paramédicaux, tous services



confondus. Assiduité, investissement, le personnel paramédical se fédère autour de ce « code de bonnes pratiques ». Ainsi, ces sessions, adaptées aux besoins et à l'activité de chacun, ont rassemblé 574 agents, soit un taux de participation de 76 %. Un bon résultat pour un projet créé de toute pièce en interne.

UN PLAN INTERACTIF

Cette formation permet de faire un diagnostic de l'existant. « Ces journées sont un terrain propice à l'expression du personnel » argumente Nathalie Simon, infirmière détachée à la Formation. Les participants ont l'opportunité de donner leur avis sur les protocoles et leur faisabilité. Ils peuvent poser des questions. « Mon rôle est de transmettre un message mais aussi de faire remonter toutes les informations ». Triées et analysées, ces données sont transmises aux différents services : Biomédical,

Pharmacie, Informatique, Qualité, direction des Soins. Un travail de coopération transversale s'établit pour répondre aux interrogations du terrain.

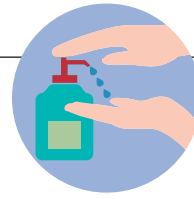
Grande nouveauté 2016 annoncée par Gabrielle Moussy, responsable formation, « une foire aux questions, émanant de cette formation, est désormais disponible sur l'intranet ». Quand formation rime avec communication.

ET LA SUITE ?

En 2016, la formation a repris de plus belle dès février et se terminera en août. Forte de son succès, deux nouvelles journées de formation viennent s'ajouter au dispositif et l'enrichir : l'une pour les cadres supérieurs et les cadres de santé, l'autre pour les sages-femmes et les manipulateurs radio. Enfin, une formation spécifique en bionettoyage est dédiée aux agents des services hospitaliers. De mars à mai, ces derniers assisteront à une journée théorique suivie d'une journée pratique directement sur le site du Médipôle pour découvrir le nouveau matériel et leur nouvel environnement de travail. Ainsi surveillance, prévention des risques, hygiène, actes de soins et gestion de la propreté de l'univers hospitalier sont abordés de façon exhaustive.

Un dispositif de formation aussi complet que possible pour aborder « l'ère Koutio » sur des bases communes solides.

JOURNÉES DE FORMATIONS OBLIGATOIRES PROGRAMME ET NOUVEAUTÉS 2016



JFO / CSS-CDS

- cadre supérieur de santé
- cadre de santé

MODULES

Hémovigilance
Identitovigilance
Hygiène
Voies veineuses périphériques
Chambres en cathéter implantables
Pompes à morphine
Administration des chimiothérapies

JFO 1 / IDE-PUER-IADE

- infirmier(ère) diplômé(e) d'état
- infirmier(ère) puéricultrice
- infirmier(ère) anesthésiste diplômé(e) d'état

MODULES

Hémovigilance
Identitovigilance
Hygiène
Voies veineuses périphériques
Chambres en cathéter implantables
Pompes à morphine
Administration des chimiothérapies

JFO2 / AS - AP - AMBULANCIER - TECH.LABO - REEDUCATION - DIET-PSY - IBODE

- aide-soignant(e)
- auxiliaire puéricultrice
- technicien de laboratoire
- rééducation : kinésithérapeute/ergothérapeute/orthophoniste/neuropsychologue
- diététicien(ne)
- psychologue
- infirmier(ère) de bloc opératoire diplômé(e) d'état

MODULES

Incendie
Hygiène
Identitovigilance

JFO 5 / Branc-Cours

- brancardier
- coursier

MODULES

Hygiène brancardier
Identitovigilance
Bonnes pratiques de transport

JFO 6 / SF-ManipRadio

- sage-femme
- manipulateur radio

MODULES

Hygiène
Voies veineuses périphériques
Hémovigilance
Identitovigilance

PROCHAINES DATES :

JFO1 : 23 et 30 mai - 6, 13, 20 et 28 juin / **JFO2** : 17, 24 et 31 mai - 7, 21 et 30 juin

JFO5 : 23 juin - 18 août / **JFO6** : 19 mai - 16 juin - 11 juillet



➤ Sheyla, témoignage enthousiaste d'une infirmière formée à la JFO 1

« Cette formation m'a permise de me mettre en phase avec les nouveaux protocoles » explique Sheyla Harrault, infirmière en endoscopie bronchique. « Il est facile de se laisser gagner par la routine. La formation permet de se réappropriier les bons réflexes dans le travail » développe-t-elle. Pour cette dernière, une journée de ce type est aussi l'occasion de partager des expériences avec des collègues et d'échanger sur les protocoles. Un bilan positif très motivant.

UNE CHARTE POUR LA BIEN-TRAITANCE

Durant quelques semaines, un groupe de travail issu du comité d'éthique a travaillé sur la notion de bien-veillance. Grâce aux efforts conjugués d'un large panel de services et de catégories socio-professionnelles, une charte a finalement vu le jour en décembre dernier. Le comité s'apprête désormais à la diffuser largement.

En 2016, le CHT passe à l'action en matière de bien-veillance ! Non que les professionnels de l'établissement ne soient pas déjà dans cette démarche, mais des habitudes, des attitudes prises au fil du temps et ancrées à mauvais escient dans les usages peuvent rapidement devenir des éléments allant à l'encontre de la bien-veillance. « *La technicité de la médecine moderne et la pression que subissent les services sont des réalités, reconnaît bien volontiers Florence Pécourt, responsable du groupe de travail sur la bien-veillance. Néanmoins, cela ne doit pas faire oublier l'humain qui sous-tend à toute activité médicale ou paramédicale* ». Déjà en 2011, le comité d'éthique s'était interrogé sur cette notion, rédigeant un rapport resté quelques années en suspens. S'il a certes fallu un peu de temps pour en faire ressortir des projets, la réalisation de la charte en trois réunions efficaces démontre aujourd'hui l'investissement de l'ensemble du personnel.

MISE EN PRATIQUE

Pour arriver à ses fins, le groupe s'est appuyé sur des textes déjà existants,



Trois des membres du groupe de travail, de gauche à droite : Florence Pécourt, Laurence Bouton-Tuikalepa et Érica Mancel.

tout en les adaptant au contexte local et notamment aux spécificités culturelles de la Nouvelle-Calédonie. « *La charte est assortie d'un tableau de mise en pratique et pointe des exemples auxquels il nous faut être particulièrement attentifs* », ajoute Florence Pécourt. Service par service, le document annexé liste les améliorations à apporter : l'achat de blouses opaques pour les patients, le respect du repos des patients en limitant les lumières trop vives ou les bruits dans les couloirs, adapter si possible les heures de repas, frapper avant d'entrer dans une chambre, éviter le tutoiement systématique ou les noms un peu trop familiers... Les détails à améliorer ne manquent finalement pas.

DIFFUSER LA CHARTE

Pour permettre à tous de s'approprier les dix commandements de la Charte

de bien-veillance du patient au CHT de Nouméa, une synthèse a été présentée au directeur et aux directeurs adjoints début mars. Une occasion pour l'encadrement de prendre possession du texte avant de le faire connaître et de le décliner dans les services et unités. « *Chaque direction doit se l'approprier pour mieux diffuser la charte, estime Érica Mancel, la présidente du comité d'éthique. Ainsi, les cadres supérieurs et cadres des services pourront à leur tour s'en faire le relais auprès de tout le personnel* ». En complément, un comité d'éthique abordera également, fin mars, le sujet pour parfaire la communication à grande échelle : impression et affichage de la charte dans les services, mais aussi intégration du texte dans le livret d'accueil des nouveaux agents et des patients. « *Tout cela pour le bien du patient, conclut Érica Mancel, sans oublier que ce sera précieux dans la poursuite de la démarche de certification* ».



CHARTRE DE BIENTRAITANCE DU PATIENT AU CHT DE NOUMÉA

- 1. Adopter en toute circonstance une attitude professionnelle** d'écoute et de discernement à chaque étape du parcours du patient : éviter le tutoiement sauf son autorisation, ainsi que le langage trop familier, se présenter à lui, l'informer de ce que l'on va faire. Considérer la chambre du patient comme un espace personnel.
- 2. Donner au patient et à ses proches une information accessible**, individuelle et loyale dans un contexte personnalisé, avec un temps dédié adéquat et dans un espace préservant l'intimité et la confidentialité des échanges médicaux. Prendre en compte les données culturelles.
- 3. Garantir au patient d'être co-auteur de son projet** en prenant en compte sa liberté de choix et de décision notamment pour toute activité d'exploration invasive (radiologie, endoscopie, électro encéphalogramme, etc.). Expliquer au patient les objectifs attendus et les éventuels risques encourus, favoriser son expression et accueillir sans jugement ses choix.
- 4. Mettre tout en œuvre pour que le patient garde une bonne estime de soi**, respecter son intégrité physique et psychique, sa dignité et son intimité : privilégier l'usage de blouses opaques, changer les trousseaux mis à disposition du patient si besoin (slips jetables par ex.), respecter l'usage des contentions sur prescription médicale et être vigilant sur l'utilisation des barrières. Frapper avant d'entrer dans la chambre. Utiliser à bon escient les « protections hygiéniques » ou « changes » afin de maintenir l'autonomie et le respect du patient.
- 5. S'imposer le respect de la confidentialité** des informations relatives au patient.
- 6. Agir contre la douleur** aigue et/ou chronique physique et/ou morale dans un délai adapté à la demande du patient.
- 7. S'adapter au niveau d'autonomie de chacun.** Accompagner la personne et ses proches dans la fin de vie.
- 8. Rechercher constamment l'amélioration des prestations** d'accueil, d'hôtellerie, d'hygiène, de transport : éviter la lumière trop vive, les bruits dans les couloirs et veiller à l'adaptation de la température ambiante (climatisation trop forte ou faible). Le rythme et l'assistance aux repas doivent faire l'objet d'une attention particulière.
- 9. Garantir une prise en charge médicale et soignante** conforme aux bonnes pratiques et recommandations, de jour comme de nuit, en semaine comme le week-end : verticalisation, mise au fauteuil, nursing, etc.
- 10. Évaluer et prendre en compte la satisfaction des patients** et de leur entourage dans la dynamique d'amélioration continue des services proposés : veiller à la distribution et à la présentation du livret d'accueil à l'entrée du patient.

L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE, UNE FORMATION SUR MESURE

Pour accompagner et aider au mieux les patients souffrant d'une pathologie chronique, plusieurs services du CHT intègrent l'éducation thérapeutique dans la prise en charge de leurs patients. Dans le service de Diabétologie, trois programmes seront dispensés en 2016.

L'éducation thérapeutique est un processus de soin qui fait, aujourd'hui, partie intégrante de la prise en charge des patients pour les aider à comprendre leur pathologie, à l'accepter et surtout à vivre avec au quotidien. Dans ce sens, elle concerne toutes

les pathologies chroniques. Ainsi, au CHT, plusieurs services offrent à leurs patients la possibilité d'une éducation ciblée en fonction de leur maladie : l'Endocrinologie-Diabétologie, la Cardiologie, la Néphrologie, la Pédiatrie et la Médecine de la douleur. En ce qui concerne le service Diabétologie, toute l'équipe a été formée à l'éducation thérapeutique : les deux médecins, le Dr Isabelle Descamps et le Dr Myriam Lungo, les trois infirmières d'éducation, la podologue et les diététiciennes. L'équipe est aussi aidée par des psychologues et des kinésithérapeutes.

POUR FORMER, IL FAUT ÊTRE FORMÉ

Pour les soignants, l'enjeu est de taille. Aussi, depuis plusieurs années déjà, le CHT s'est donné les moyens de financer

la formation à l'éducation thérapeutique pour nombre d'entre eux, que ce soit des médecins, des infirmières, des psychologues, des kinésithérapeutes, des diététiciennes... C'est l'Ifap (Institut de formation à l'administration publique) qui a été chargé de former le personnel du CHT. Les sessions ont été assurées par deux formateurs spécialisés, venus de Métropole.

PRÉVENIR LE DIABÈTE ET VIVRE AVEC

Comme le souligne le Dr Lungo, « aujourd'hui, on connaît l'importance de l'éducation thérapeutique sur la qualité de vie des patients, ses effets bénéfiques. C'est pourquoi nous avons mis en place trois programmes, adaptés aux différents types de diabète ». Sur les trois, celui qui concerne le diabète

➤ PÉRENNISER ET SYSTÉMATISER

« L'équipe du service Diabétologie réfléchit actuellement à une organisation dans laquelle nous pourrions intégrer ce programme d'éducation dans nos plannings et ainsi en offrir la possibilité à tous les patients, quelle que soit la période de leur hospitalisation. En fait, nous aimerions le faire tourner en permanence, sinon certains patients n'y auront jamais accès et c'est vraiment dommage ! C'est en les accompagnant et en leur donnant accès à ce programme thérapeutique qu'on les aidera à mieux comprendre les enjeux de leur pathologie, pour qu'ils soient acteurs de leur maladie. Ce qui à terme limitera les complications chez les patients, même si nous devons encore attendre quelques années pour vraiment constater les effets bénéfiques. »

Dr Myriam Lungo, médecin endocrinologue diabétologue PH

➤ LES PROGRAMMES DU SERVICE DE DIABÉTOLOGIE

1^{er} programme :

INITIATION À L'INSULINOTHÉRAPIE

Il s'adresse aux diabétiques de type 1 et aux diabétiques de type 2 traités uniquement par insuline afin de les initier et donc de leur permettre d'appliquer le concept de traitement par insuline. L'insulinothérapie fonctionnelle consiste à adapter sa dose d'insuline en fonction de l'alimentation et, plus précisément, de la quantité d'aliments sucrés (ou glucides) ingérée. Son application nécessite un apprentissage et une maîtrise à la fois de la cinétique des différentes insulines et de la composition nutritionnelle d'un repas.

de type gestationnel porte plus sur la prévention : en effet, ces jeunes femmes présentent un fort risque (multiplié par 7 selon certaines études) de développer un diabète de type 2 plus tard. « *Un programme destiné donc à une population jeune.* » Les deux autres programmes visent les patients qui ont déjà développé un diabète. Le premier, proposé à cinq groupes de patients depuis début 2014, s'adresse aux diabétiques de type 1. Il aide les patients à gérer leur dose d'insuline en fonction de leur alimentation. Le second, pour les diabétiques de type 2, propose aux patients de participer à divers ateliers : sur l'alimentation, l'auto-surveillance glycémique, l'hygiène de vie, les risques du diabète, la podologie... Très investie, le Dr Lungo conclut : « *L'éducation thérapeutique est essentielle pour la qualité de vie des patients* ».



2^e programme :

DIÉTÉTIQUE... ET PLUS

Adressé aux diabétiques de type 2, ce programme a pour objectif de leur apporter des informations en termes de diététique, d'activité physique, de physiopathologie et de thérapeutique, et sur les risques de complications aiguës (hypoglycémie) et chroniques, afin de les aider à "mieux vivre avec le diabète".



3^e programme :

GROSSESSE

Il s'adresse aux femmes enceintes présentant un diabète gestationnel. L'objectif est de faire prendre conscience aux futures mamans de la nécessité de modifier leurs habitudes en termes d'alimentation et d'activité physique, afin de prévenir le risque de développer un diabète de type 2 dans les années futures.

➤ LA PREMIÈRE DU PROGRAMME N°2

En février dernier, a eu lieu la première session du programme destiné aux diabètes de type 2. Pendant une semaine, l'équipe a organisé des ateliers pour les patients hospitalisés au CHS où ils sont accueillis depuis la fermeture du Centre Raoul-Follereau. Médecin, podologue, diététicienne, kinésithérapeute, infirmière d'éducation diabétique : ils ont animé les ateliers en fonction des thèmes abordés : l'alimentation, le traitement, les risques thérapeutiques, le vécu de la maladie, l'activité physique... Des temps d'échanges ont également été aménagés soit entre patients, soit avec le personnel soignant. Comme

le rappelle Stéphanie Coridun, infirmière d'éducation diabétique, « *nous avons invité l'ensemble des patients à y participer : ils ont tous accepté. Le volontariat est une démarche essentielle en éducation thérapeutique. De plus, l'effet de groupe est très positif* ».

L'AIDE MÉDICALE À LA PROCRÉATION, EFFICACE ET PRÉCIEUSE

Naguère, une structure privée gérait l'activité d'aide médicale à la procréation (AMP). Depuis un peu plus d'un an, le CHT a repris l'activité à son compte, soutenu dans la démarche par le Gouvernement. Une équipe soudée et impliquée au service de nombreux couples calédoniens.



Les embryons congelés sont conservés dans des conteneurs stockés dans une pièce dédiée aux gamètes ou embryons congelés.



Les paillettes de sperme sont congelées dans l'azote à -196°C.



Dans le cas d'une FIV ICSI, un spermatozoïde est introduit dans un ovule.

Depuis 1990 la Nouvelle-Calédonie se tient aux côtés des couples qui éprouvent des difficultés à concevoir un enfant. Si une organisation privée a longtemps piloté le dispositif en lien avec le CHT, la question de l'avenir de l'AMP s'est posée fin 2014, lors du renouvellement de l'agrément de la structure, étape à franchir tous les cinq ans. « *Le secteur privé ne souhaitait plus poursuivre mais la Nouvelle-Calédonie, les professionnels du CHT et l'hôpital lui-même ne voulaient pas voir disparaître l'AMP. Elle a donc intégré le CHT en janvier 2015* », raconte le Dr Clotilde Dechanet, coordinatrice de l'unité de médecine de la reproduction située sur le site de Magenta. Un choix en parfait accord avec la philosophie de service public de l'établissement et qui permet de poursuivre

une mission d'aide et de soutien auprès de nombreux couples.

MÉCONNAISSANCE DE LA SPÉCIALITÉ

Soyons honnête, l'activité coûte cher. Pour autant, les chiffres montrent clairement la nécessité de l'AMP. En Nouvelle-Calédonie comme en Métropole, 1 couple sur 7 vient consulter pour une difficulté à concevoir un enfant, une prévalence de quelque 15 % qui concerne des couples essayant d'avoir un enfant depuis au moins 18 mois. « *Sur le territoire, nous rencontrons surtout un problème de retard de consultation*, précise le Dr Dechanet. *Les couples mettent en moyenne cinq ans à venir consulter !* » Un constat qui trouve ses origines dans une méconnaissance du système de soins et de

ses offres et dans l'ancrage encore solide d'un tabou autour de l'infertilité pour une partie de la population. Lorsqu'elles se présentent, les femmes ont en moyenne 35 ans contre 32 en Métropole, un délai qui compte : à 25 ans, une femme a une chance sur quatre de tomber enceinte à chaque cycle ; à 40 ans, elle n'a plus que 5 à 10 % de chance par mois... Reste aujourd'hui à donner une meilleure visibilité à l'activité mais aussi à la pérenniser en lui donnant les moyens techniques de poursuivre sa mission. « *Nous pratiquons plusieurs techniques et nous congelons les embryons pour de futurs transferts embryonnaires ainsi que le sperme pour les hommes*, conclue la coordinatrice, *mais aujourd'hui nous manquons de capacité de stockage et ne pourrons bientôt plus proposer ces services aux couples.* »

➤ LA CONGÉLATION ULTRA-RAPIDE (aussi nommée vitrification)

Depuis 2011, dès l'autorisation de cette méthode en Métropole, le CHT utilise la congélation ultra-rapide dans différentes situations. Les embryons sont congelés en quelques secondes à -196°C (technique qui permet de descendre selon les systèmes de 3 000 à 20 000 $^{\circ}\text{C}$ par minute). Mais aujourd'hui, l'unité rencontre un véritable problème de stockage : il n'y a plus de place, ni pour le sperme, ni pour les embryons, une problématique qui devrait être résolue lors de l'entrée au Médipôle. Dans le cas de maladie comme les cancers, le sperme est congelé avant le début du traitement. Pour les femmes, le CHT ne peut pas encore pratiquer la vitrification ovocytaire (congélation des ovules) mais devrait pouvoir réaliser ces opérations à Koutio, notamment, là encore, dans le cas de cancers dont les traitements peuvent entraîner l'infertilité. Enfin, la congélation d'embryon est une technique très efficace : une fois décongelé, l'embryon est replacé dans l'utérus de la patiente au moment propice de son cycle hormonal. Une technique plus légère que la FIV et qui donne de bons résultats.

QUELQUES CHIFFRES

- 180 cycles de FIV par an, 87 transferts d'embryons congelés et 50 inséminations intra-utérines.
- En 2015, une IUI apportait 23% de chance de grossesse (presque égal au taux naturel) et une FIV permettait d'obtenir 41% de chance de grossesse après un transfert embryonnaire.
- Coût : 700 000 francs / FIV et 800 000 francs / FIV ICSI
- Financement : 60% CAFAT et 30% mutuelles. Mais le tiers-payant n'étant pas appliqué, les patients doivent avancer 30% des frais. Après remboursement, il ne leur reste plus que 10% à leur charge.
- En 2014 : 10% des enfants issus de l'AMP sont nés prématurés.



La FIV ICSI se pratique à l'aide d'un appareil dédié extrêmement précis et sophistiqué.



De gauche à droite : Krystel Moereo, Jean-Marc Masson, le Dr Patrick Hiltenbrand, Corinne Goeytes, Nathalie Colas, le Dr Émilie Grange, le Dr Clotilde Dechanet.

➤ LES DIFFÉRENTES TECHNIQUES

- 1. Insémination intra-utérine (IUI) :** des injections d'hormones stimulent l'ovulation. Le sperme préparé est ensuite déposé dans l'utérus. Il s'agit de la technique la moins invasive, surtout utilisée pour l'infertilité masculine modérée, les troubles de l'ovulation, et les infertilités inexplicables.
- 2. Fécondation in-vitro (FIV) :** les ovaires sont stimulés par les injections d'hormones, puis les ovocytes sont prélevés par ponction sous anesthésie générale ou sous hypnose. Les spermatozoïdes et les ovocytes sont mis dans une boîte de culture pour que la fécondation ait lieu. Des embryons se forment puis un ou deux sont placés dans l'utérus. Un test de grossesse peut être pratiqué deux semaines plus tard. On peut par ailleurs congeler les autres embryons pour des transferts ultérieurs éventuels en cas d'échec ou pour agrandir plus tard la fratrie. La FIV est utilisée dans les cas d'infertilité féminine essentiellement (infertilité tubaire, échecs d'IUI).
- 3. FIV ICSI :** cette technique a révolutionné l'infertilité masculine. Depuis 2004 en Nouvelle-Calédonie, elle permet, grâce à un microscope inversé et un système de micromanipulateurs, de maintenir un ovocyte prélevé pour y introduire un spermatozoïde avec une aiguille de quelques microns. Le 1^{er} bébé ICSI en Nouvelle-Calédonie est né le 14 février 2005.



L'ÉQUIPE DE L'UNITÉ DE MÉDECINE DE REPRODUCTION

- Cadre du service de Gynécologie : Corinne GOEYTES
- Équipe biologique : Dr Émilie GRANGE, Dr Patrick HILTENBRAND
- Équipe clinique du CHT : Dr Clotilde DECHANET (coordinatrice de l'activité), Dr Samuel SALAMA
- Équipe clinique vacataire : Dr Anne DESPAROIR, Dr Joël AGENOR, Dr Rémy TETEFORT
- Sage-femme : Nathalie COLAS
- Techniciens de laboratoire : Charlotte QUACH, Jean-Marc MASSON
- Secrétaire : Krystel MOEREO

CENTRE RAOUL-FOLLEREAU : LA FIN D'UNE ÈRE

Début février, la dernière léproserie de Nouvelle-Calédonie, le Centre Raoul-Follereau (CRF), fermait ses portes, venant ainsi clore un long chapitre de l'histoire locale, entamé en 1883 lorsque le premier cas de lèpre a officiellement été confirmé sur le territoire. Cette fermeture, avancée du fait de la suppression de la subvention de fonctionnement qui assurait son fonctionnement, coïncide avec celle du service de Dermatologie du CHT qui était étroitement lié à l'existence du CRF.

Pour Henri Chapus, cadre de santé, la fermeture du Centre Raoul-Follereau aura été un moment d'une intense émotion. C'est que le CRF n'était pas, comme en témoigne Suzanne Hnawosse, ASH au CRF de 2003 à 2016 « un simple établissement hospitalier ; c'était un lieu de vie, un lieu de partage et de convivialité où nous entretenions avec les patients des liens quasi familiaux ». Henri Chapus, qui a travaillé au CRF de 1992 à 2016, « presque toute une carrière », ne dit pas autre chose lorsqu'il évoque « les liens tout à fait différents qui existaient avec les patients du Centre, dans ce lieu dont l'esprit était plus celui d'un dispensaire de brousse ».

UN LIEN DIFFÉRENT AVEC LES PATIENTS

Outre le fait que nombre des patients étaient quasi à demeure au CRF, ce constat de liens quasi-familiaux témoignait aussi d'une réalité souvent tue : l'isolement que continuaient à subir certains hanséniens. Même si le regard sur les personnes atteintes de la lèpre a logiquement évolué, si le caractère tabou de cette maladie s'est très largement estompé au fil du temps, Suzanne rappelle que « nous étions souvent leur seule

famille. Les malades comptaient sur nous pour aller faire des petites courses et nous étions intimement associés aux événements de leur vie, qu'il s'agisse de moments heureux ou malheureux ».

ÉMOTION

La peur de cette maladie demeurait même si les patients du Centre (exception faite des nouveaux cas qui faisaient l'objet d'un isolement provisoire) « étaient blanchis » comme disait le personnel, c'est-à-dire qu'ils n'étaient plus contagieux. Une peur que Jacqueline Alikié, ASH au CRF de 2008 à 2016, concède « avoir connu lors de ses premiers jours au Centre, avant de constater que les hanséniens étaient des malades "comme les autres" ; si ce n'est que j'avais des liens affectifs avec eux bien plus forts que ceux que j'avais pu avoir précédemment, en travaillant sur le site de Gaston Bourret ». L'émotion, toujours. Celle encore qui aura accompagné le transfert des deux derniers hanséniens à l'UDMP dans l'attente d'un placement espéré en maison de retraite. Une émotion encore palpable chez les membres du personnel du CRF qui poursuivent leur activité à l'UDMP, aux côtés de ces deux anciens résidents de feu le Centre Raoul-Follereau.

➤ QU'EST-CE QU'UN HANSÉNIEN ?

Ainsi nomme-t-on les personnes atteintes de la lèpre. Un mot dérivé du nom du médecin bactériologiste et dermatologue norvégien, Gerhard Henrik Armauer Hansen (1841-1912), dont le nom est resté associé à la découverte, en 1873, de la bactérie responsable de la lèpre (*Mycobacterium leprae*). Une découverte historique puisqu'elle établissait, pour la première fois dans le monde, une relation de causalité entre une bactérie et une maladie connue.



Suzanne Hnawosse

Collection Serge Kakou cliché Paul Fonbonne, 148 Fi 27 - Nouméa, presqu'île de Ducos, M'Bi - ©Archives NC



➤ QUI ÉTAIT RAOUL FOLLEREAU ?

Écrivain et journaliste français (1903-1977), Raoul Follereau aura œuvré toute sa vie pour lutter contre la lèpre et l'exclusion des malades atteints par cette pathologie. Outre la fondation qui porte son nom, on lui doit notamment la création de la journée mondiale des lépreux, dont la première édition eut lieu en 1954, et qui se tient encore chaque année le dernier dimanche de janvier. La léproserie de Ducos prit son nom en 1958 après deux visites de Raoul Follereau sur le Caillou, en 1952 et 1956.



Jacqueline Alikié

➤ DEUX DERNIERS « PENSIONNAIRES »

Il restait donc deux hanséniens début 2016, alors même qu'à l'arrivée d'Henri Chapus, en 1992, le Centre hébergeait encore une quarantaine de malades et qu'on estimait à plusieurs milliers le nombre de personnes atteintes à la fin du 19^e siècle. Les nouveaux traitements auront, peu à peu, permis d'éloigner définitivement le spectre de l'isolement à vie et les rares nouveaux malades (entre 5 et 10 annuellement) peuvent désormais, si le diagnostic est établi suffisamment tôt, continuer à vivre normalement, sans avoir à subir de lourdes séquelles. Dorénavant, même si rien n'est encore acté, les nouveaux cas devraient être pris en charge au CHT par la médecine générale.

➤ LA LÈPRE EN NOUVELLE-CALÉDONIE ET DANS LE MONDE

Si de nouveaux cas voient encore le jour chaque année en Nouvelle-Calédonie, la lèpre n'est cependant plus considérée comme un problème de santé publique mondiale, avec une prévalence désormais inférieure à un cas pour 100 000 habitants. Quant au regroupement des malades dans des léproseries, comme mesure essentielle de prophylaxie, il n'est plus guère d'actualité grâce au traitement médical mis en œuvre (une polychimiothérapie associant trois antibiotiques) qui permet de détruire l'agent pathogène et de guérir les malades dans un délai de 6 à 24 mois, selon la forme de la maladie.

RÉSERVES INSUFFISANTES **DONNEZ** VOTRE SANG.



**NOUS EN AVONS BESOIN
POUR LA NOUVELLE-CALÉDONIE !
N° VERT 05 51 00 OU 25 66 61**

CENTRE DE DON DU SANG

TOURS PACIFIQUE ARCADE - 1 bis, rue d'Austerlitz - Nouméa

De 7h15 à 14h00, du lundi au jeudi

De 7h15 à 12h00, les vendredis et veilles de jours fériés

