

ILS FONT L'ACTU

De nouveaux services en Médecine

12

RH

Formation RPS des managers

19

DANS LES MURS

Le point sur les travaux réalisés en 2018

24

HORS LES MURS

Bien vieillir en Nouvelle-Calédonie

36

L'Ouvrage Boîte

JANVIER - MARS 2019

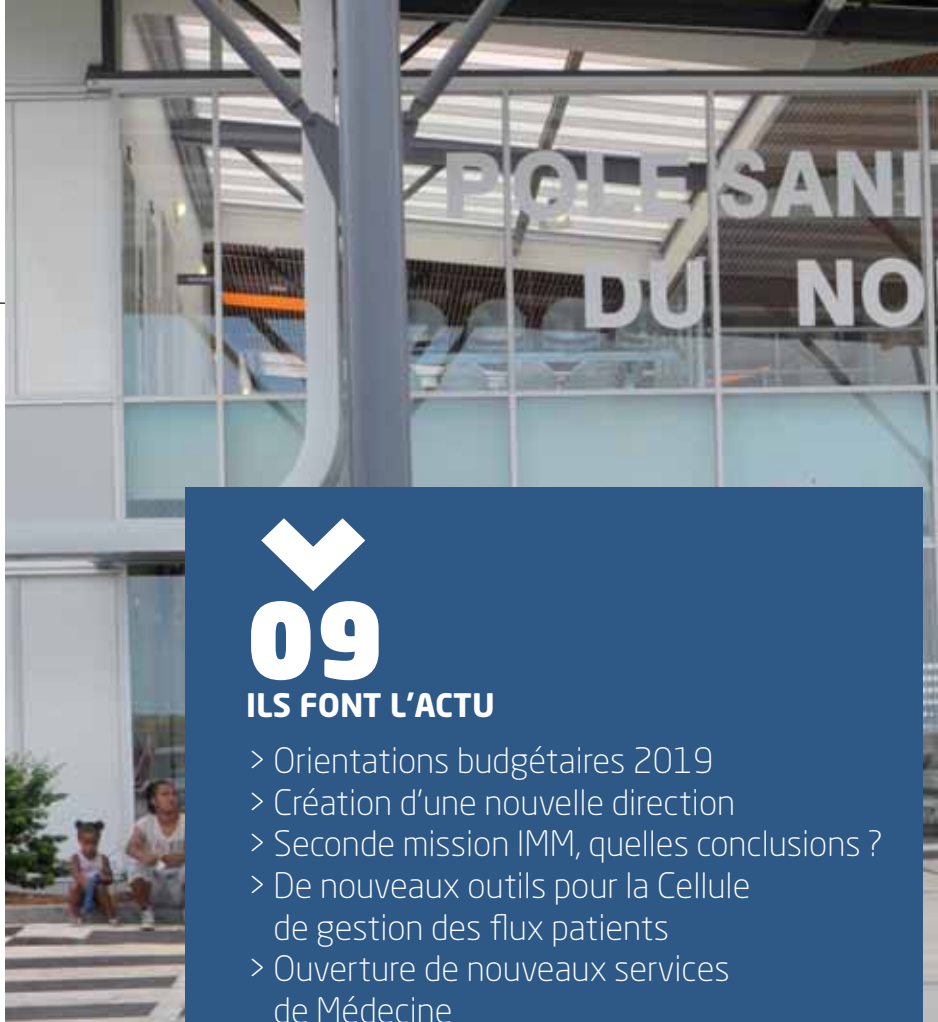
➤ 74

LE JOUR... HT



**ENQUÊTE AUPRÈS
DES PATIENTS
HOSPITALISÉS :
94 % DE
SATISFACTION !**





SOMMAIRE

MOUVEMENTS DU PERSONNEL



ENTRÉES

Intégration dans la fonction publique territoriale

BAILLY Vanyal (AS)
 BEALAU Édith (AS)
 BELHOMME Sandrine (IDE soins généraux)
 BOITEAU Éloïse (AS)
 BOURGINE Aurore (IDE soins généraux)
 CILANE Marjorie (réducteur)
 CREPEAU Maxime (IDE)
 CRÉPIN Michael (réducteur)
 CRONSTEADT Shirley (AS)
 DEBRUYNE Robin (IDE soins généraux)
 DIAB Constance (IDE soins généraux)
 DUCLAUX Timothé (IDE)
 DUPIT Orlane (IDE soins généraux)
 DUQUESNE Lauria (AS)
 EL KHADER Myriam (IDE soins généraux)
 EL MENAOUER Agnès (AS)
 ENOKA Christine (AS)
 FAARUJA Faahei (AS)
 FAIDY Gaëlle (auxiliaire de puériculture)
 FAONALAVE Malekalita (AS)
 GANE Nadège (AS)
 GARO Sabrina (AS)
 GAVA Martha (AS)
 GÉILLER Coralie (réducteur)
 GOPE Antoine (AS)
 GRAILLE Nelly (AS)
 GUICHARD Louisa (AS)
 HERISSE Alexandre (IDE)
 HILLION Alizée (AS)
 HLEMUE Florye (AS)
 JACOB Nathalie (AS)
 JAINE Hélène (AS)
 JONE Cécile (AS)
 KARJADI Kevin (technicien)
 KIALIKI Gaëlle (IDE soins généraux)
 LAGARDE Céline (réducteur)
 LE FLECHER Audrey (IDE soins généraux)
 LECORDIER Julie (AS)
 LEOSTIC Marine (IDE soins généraux)
 LOUBRY Martin (IDE soins généraux)
 MAETTI Loïc (IDE soins généraux)
 MARCHIVÉ Eve (IDE soins généraux)
 MICAS Isaline (IDE soins généraux)
 MONNOT Kevin (IDE soins généraux)
 Moustel Carole (IDE soins généraux)
 NICHOLLS Karyll (AS)
 PHAM Jennifer (réducteur)
 PINTO Héléne (auxiliaire de puériculture)
 SAIHU Reine-Claude (réducteur)
 SCHIARI Baptiste (IDE soins généraux)
 SEITE Solenn (diététicienne)
 SELE Wacamane Suzanne (IDE soins généraux)
 SELEFFEN Larissa Tauhere (attachée)
 SIMON Marie (orthophoniste)
 TARTAGLIA Mélanie (IDE)
 THILLIER Louise (IDE soins généraux)
 TOFIL Cladys (AS)
 TOLOFUA Aude (IDE soins généraux)
 TRANTY John (technicien)
 UULLE Jeannine (AS)
 VANON Vanessa (IDE soins généraux)

VERDEILLE Isabelle (IDE soins généraux)
 VIEIRA Aurélie (IDE soins généraux)
 VIGNE Jonathan (IDE soins généraux)
 WAGUETA - KAPOERI Alice (AS)
 WAHEO Brendon (AS)
 WAHNGOJ Rachelle (réducteur)
 WAIA Henriette (AS)
 WANGUENE Jellona (AS)
 WASZCZINSKI Youri (technicien supérieur)
 WAKO Joséphine (AS)
 WJHRLIN Evelyne (IDE soins généraux)
 XOWIE Alphonsine Weneilo (réducteur)

Nouveau détachement

ARROYO Aurélie (IBODE)
 CARRON Sandra (Masseur-kinésithérapeute)
 GROBOL Michaël (IBODE)
 LAPORNIK Céline (cadre de santé)
 MAYOR Julie Marine (masseur kinésithérapeute)

CDI

BABEL Anise (ASH)
 DANARADJOU Pascal (ASH)
 DOKUNENGO Viviane (ASH)
 HNAMUKO Koine (ASH)
 HNAUTRA Jean-Pierre (ambulancier)
 PAITA Gladys (ASH)
 PIPSEGA Taniela (agent de palier)
 QENENOJ Mene (agent de palier)
 TAKASI Telesia (agent de palier)
 WABOULA Cyriaque (ASH)
 WAKELI Rose (ASH)
 WALABO Louise (ASH)
 ZONGO Glory (ASH)

SORTIES

Mutation vers un autre établissement

BOUCHERIE Claire (auxiliaire de puériculture)
 TAGISIA Patitia (technicien)

Fin de détachement

ROYER Françoise (cadre de santé)

Détachement

LEGER Linda (IDE)
 BODY Jennifer (cadre de santé)

Disponibilité

AJAPUHINA Isabelle (AMA)
 BENIZEAU Laëtitia (puéricultrice)
 DRZEWSKI Cyril (sage-femme)
 LAFITTE Mathieu (ingénieur DT)
 MOREAU Damien (technicien DT)
 RENET Emilie (IDE)
 WAMINYA Verméla (AS)

Retraite

HMAE Hélène (agent de stérilisation)
 OLEART Martine (AS)
 PERDRIAT Jean-Luc (agent de restauration)
 PONIA TEMARII Astrid (assistante médico-administrative)
 ROUSSEAU Colette (IDE soins généraux)

Départ

FONT Audrey (IDE)
 LEGRAND Marie Gabrielle (Masseur-kinésithérapeute)

09

ILS FONT L'ACTU

- > Orientations budgétaires 2019
- > Création d'une nouvelle direction
- > Seconde mission IMM, quelles conclusions ?
- > De nouveaux outils pour la Cellule de gestion des flux patients
- > Ouverture de nouveaux services de Médecine
- > L'enquête de satisfaction patients
- > Alcool et stupéfiants : nouveau règlement
- > Des voiturettes pour les enfants du Bloc
- > La prise en charge des maladies hémorragiques

19

RESSOURCES HUMAINES

- > RPS : formation des managers
- > Procédure d'inaptitude : un contrat d'engagement
- > Recrutement, les principes de la charte

21 QUALITÉ

- > Fiche pratique : la gestion des excréta
- > Nouveaux indicateurs

L'Ouvre Boîte

Directeur de la publication : Dominique Cheveau

Création maquette, rédaction & réalisation : Agence On En Parle ! 23 23 80

Impression : Artypo, sur papier à base de 30% minimum de papier recyclé, 26 26 11

Crédit photos : On En Parle, CHT, Théo Rouby, Delphine Mayeur, CHN, Association du CHT, S. Jobert





A Koné, le Pôle sanitaire du Nord est ouvert.

24 DANS LES MURS

- > Retour sur les travaux 2018
- > Le suivi à long terme des cancers infantiles
- > Implants cochléaires, depuis 2010 au CHT
- > Développer les compétences des sages-femmes
- > La thrombectomie cérébrale
- > L'antibio-résistance en Nouvelle-Calédonie
- > Départ de Denis Lecourieux
- > Nouveaux médecins

36 HORS LES MURS

- > Une crèche à proximité du Médipôle
- > Bien vieillir en Nouvelle-Calédonie
- > Ouverture du Pôle sanitaire à Koné



LE MOT DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

En octobre 2018, la direction de la Coordination des soins, de la clientèle et de la qualité a réalisé une enquête de satisfaction auprès des patients hospitalisés : cette enquête a été menée lors d'entretiens assurés par des agents de notre établissement.

La qualité des soins, leur sécurité, la prise en charge paramédicale et médicale, l'écoute des soignants, la qualité de l'hôtellerie répondent, à 95 %, aux attentes des patients.

Ces résultats excellents, dont tous peuvent être fiers, témoignent de l'engagement de toute la communauté hospitalière et de tous ses métiers, de son sens du service public et de son respect des valeurs hospitalières qui nous unissent.

Nous ne voyons que trop souvent nos difficultés et nos marges de progression. Si celles-ci existent et que nous devons toujours chercher à améliorer notre offre de soins et la qualité de nos prestations, nous ne devons pas oublier les résultats pour nos patients.

Nous tenions, avec les administrateurs, à vous remercier de la qualité de ces résultats, qui nous permettent de porter haut les valeurs du CHT Gaston-Bourret.

Jacqueline Bernut,
Présidente du conseil d'administration

Dominique Cheveau,
Directeur général

Permettez-nous, par ailleurs, de vous adresser, ainsi qu'à vos proches, nos meilleurs vœux pour 2019.

Depuis quelques années, la thématique du « bien-vieillir » se répand dans les médias et elle est devenue un enjeu politique.

Elle lie le vieillissement aux notions de bien-être et de bonne santé et trouve un écho particulièrement important parmi les seniors.

Le concept du « bien-vieillir » est né en 1987, lorsque des chercheurs américains en gérontologie ont proposé le concept de « *successful aging* », en opposition à une approche de la vieillesse qu'ils jugent trop centrée sur la dépense et la vulnérabilité des personnes âgées.

Dans les années 1970, Simone de Beauvoir (*La vieillesse*, Paris, Gallimard, 1970) met en avant la situation des seniors relégués dans les hospices.

Depuis, de nombreuses tentatives ont été réalisées afin de proposer un autre regard sur le vieillissement, de ne plus voir les personnes âgées comme des consommateurs de soins coûteux mais comme des personnes à part entière.

Le concept de bien-vieillir mise sur la prévention. Il encourage les personnes âgées capables de rester autonomes et de respecter des règles d'hygiène de vie afin de leur permettre de rester en bonne santé le plus longtemps possible.

On retrouve donc, autour de la notion de bien vieillir, les loisirs, l'activité physique, l'alimentation, la sociabilisation, les soins ou encore la mobilité. Les soins et la mobilité dépendent des collectivités et des politiques de santé publique, mais les activités et l'alimentation, par exemple, dépendent de la responsabilité de chacun. En Nouvelle-Calédonie, Valentine Eurisouké et Christopher Gygès, membres du Gouvernement en charge de la santé, ont récemment missionné le CHS afin de structurer une filière gériatrie à l'échelle du territoire qui puisse améliorer la prise en charge des personnes âgées polyopathologiques dans un parcours patient territorial cohérent et sécurisé.

Tous les professionnels du secteur sont associés à cette démarche territoriale et le

CHT est pleinement concerné par son offre de soins en gériatrie. C'est la raison pour laquelle tous nos médias de communication interne relaieront systématiquement, dans les semaines et les mois à venir, les avancées du projet et les étapes de la démarche.

« *Aider et accompagner son prochain* », c'est dans ce cadre essentiellement humain et humaniste que se fonde cette démarche territoriale qui nous permet, dans un monde fou et dans une société malade, de terminer cette année 2018 sur une belle note d'Humanité, d'espoir et d'espérance... L'instant, pour toute la rédaction de *L'Ouvre Boîte*, d'adresser, à chacun d'entre vous ainsi qu'à vos familles, nos vœux les plus vifs et sincères pour 2019.

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

Marc-Christian Pla

ACCIDENTS DU TRAVAIL



AT⁽¹⁾ de janvier à novembre 2018 (cumul à fin novembre)

256^{AT} Dont : AES⁽²⁾ **66 AT**
TMS⁽³⁾ **66 AT**
(dont 51 lombalgies)

AT / SERVICE MENSUEL

Bloc opératoire CHT Médipôle : **3 AT** / Chirurgie orthopédique : **2 AT** / Chirurgie viscérale : **2 AT** / Pédiatrie/HDJ Péd. : **2 AT** / SICS Médipôle : **2 AT**

AT de janvier à novembre 2017 (cumul à fin novembre)

313^{AT} Médecine interne / Infectiologie : **2 AT** /
Bloc opératoire CHT Médipôle : **1 AT** / Chirurgie
orthopédique A1 : **1 AT** / Néphrologie /
Hémodialyse : **1 AT** / Neurologie / Diabétologie :
TMS⁽³⁾ **86 AT** **1 AT** / Pédiatrie : **1 AT** / Pneumologie / HDS de
(dont 56 lombalgies) **1 AT** / Pneumologie : **1 AT** / Réanimation polyvalente :
1 AT / Urg.Adult.&Pédiatriq./UHCD/SMUR/Camp
Est : **1 AT**

RETROUVEZ
LES PRÉSENTATIONS
DES JMC SUR LA PAGE
WEB DÉDIÉE !



Sur la page www.jmc.nc, vous retrouverez les présentations en format PDF des conférences des Journées médicales calédoniennes.

RETOUR SUR LA JOURNÉE MONDIALE DU SIDA AU MÉDIPÔLE

Un vrai succès pour cette première édition ! Le stand de dépistage, avec la première utilisation du test rapide (Trod) en Nouvelle-Calédonie, a connu une forte affluence dès son ouverture, au-delà même des attentes des organisateurs...

Ce sont des visages ravis qui tenaient le stand de dépistage et de prévention au cœur du grand hall du Médipôle, le lundi 3 décembre. Les membres de l'association Solidarité SIDA-NC et les médecins du CHT (infectiologues et biologistes), qui organisaient avec la DASS-NC cette opération, ont reçu, sur le stand, de nombreuses personnes... La formule a beaucoup plu ! « Nous avons renseigné et dépisté des personnes de tous horizons : cela va d'une mamie de 80 ans, ravie de pouvoir enfin faire le test, à des plus jeunes, qui se dépistent quelques mois après une grosse prise de risque, en passant par des groupes de copines, qui se lancent ensemble... Nous avons eu des visiteurs, des agents, des patients et même des actifs venus pendant leur pause déjeuner », explique l'équipe de Solidarité SIDA-NC. En effet, grâce à la couverture médiatique en amont de l'événement, certains se sont rendu exprès au Médipôle. Il faut dire que les avantages du Trod

ont pesé dans la balance : pas de prise de sang avec piqûre et un résultat en direct. « En général, les personnes dépistées ont été très surprises de la rapidité du test. Alors que l'anxiété augmente pendant le prélèvement, le résultat en direct permet d'avoir une réponse et - le plus souvent - un soulagement immédiats », témoigne le Dr Ann-Claire Gourinat, responsable du Laboratoire de Microbiologie au CHT. Ce test rapide individuel, qui doit, pour l'instant, être réalisé sous le contrôle d'un biologiste médical, a connu un véritable succès pour sa première campagne calédonienne. Certaines personnes ont voulu absolument profiter de cette opportunité et ont attendu parfois jusqu'à une heure, alors que quatre médecins assuraient pourtant les entretiens et dépistages... Au total, 73 tests ont été réalisés, explosant les objectifs du projet. L'équipe à l'origine de cette démarche réfléchit déjà à une seconde opération, pourquoi pas au printemps, pour le Sidaction.

LES AVANTAGES DU STAND DE DÉPISTAGE RAPIDE

C'est une réelle opportunité :

- > Certains n'osent pas le demander à leur médecin traitant ;
- > Cela permet d'optimiser l'attente d'un RDV ou d'un proche au Médipôle ;

C'est pratique et rapide :

- > C'est sans RDV et on repart avec le résultat ;
- > Le site du Médipôle s'y prête bien : on est au cœur d'un hôpital, qui est accessible et à proximité de zones d'activité.

Il n'y a pas de prise de sang.

Le résultat des TROD est facile à interpréter : Un seul point ? le test est négatif.



« À travers cette campagne, nous souhaitons encourager la régularité des dépistages. Bien sûr, nous sommes aussi là pour informer sur la réalité du VIH et faire de la prévention. Parfois, le conseil s'étend à la santé sexuelle de manière générale, en abordant les IST, voire les violences sexuelles. »



73 dépistages rapides ont été réalisés

PROMOTION DE LA PRESCRIPTION DE DÉPISTAGE CHEZ LES PATIENTS HOSPITALISÉS OU EN CONSULTATION

Vous avez été nombreux à vous mobiliser à l'occasion de cette semaine sous le signe de la lutte contre le Sida : ce sont 98 dépistages sanguins qui ont été réalisés en quelques jours, soit 17 % de plus qu'habituellement ! N'hésitez pas à continuer de le proposer à vos patients, toujours dans un objectif de prévention et de prise en charge précoce.

PROGRAMMATION CULTURELLE ET ARTISTIQUE DE JANVIER

- > **Tous les mardis, à 16 h, à l'espace Cinévasion :** projection d'un dessin animé pour les enfants.
- > **Vendredi 18 janvier, à 14 h 30, à l'espace Cinévasion :** *Voyage sonore* d'Émilie Féron et Olivia Buna. Les deux artistes proposent un spectacle musical sur le thème des animaux. Elles jouent des instruments de musique intuitifs et méditatifs pour inciter les tout-petits et leurs parents à la détente et à la rêverie.

Venez découvrir l'exposition du grand hall, des tableaux originaux de Corinne Belgeri Jusiak sur le thème de la vie, du temps et de l'humain. Les photographies d'Éric Dell'Erba sur le festival Waan Danse de 2016, *L'œil et le mouvement*, habillent toujours les murs de l'Interpôle.



Voyage sonore avec chants, comptines et marionnettes d'ombre pour les petits.

AGENDA DES PROCHAINES MISSIONS MÉDICALES ET VISITES AU CHT

- > **HÉMATOLOGIE**
en février 2019 : mission du Pr Ho (Sydney)
- > **CHIRURGIE PÉDIATRIQUE - UROLOGIQUE**
Du 25 au 31 mars 2019 : mission du Pr Dobremez (Bordeaux)
- > **NÉONATOLOGIE**
28 et 29 mars 2019 : mission du Pr Sholler (Sydney)
- > **NEUROCHIRURGIE**
1^{er} semestre 2019 : mission du Dr Dexter (Sydney)

RÉSEAU D'ENTRAIDE POUR UNE URGENCE À TAHITI

Le CHT de Polynésie française s'est retrouvé en pénurie d'aracytine, pour soigner un enfant leucémique en réanimation. Ni une ni deux, le Dr Valérie Guillemain, chef de service Pharmacie au Médipôle, via le transporteur SDV, a remis les précieux flacons au commandant de bord d'un vol Aircalin pour Auckland, qui a lui-même transmis les médicaments à son homologue d'Air Tahiti Nui, via les chefs d'escapes, pour une livraison express !

« L'urgence était complexe à gérer, explique le Dr Guillemain, car la demande est intervenue en plein week-end, donc sans possibilité de fret classique. Seule solution : un transport via les équipages des compagnies aériennes, ce qu'Aircalin et Air Tahiti Nui ont accepté de faire. Depuis, les nouvelles de Tahiti sont bonnes, l'enfant va mieux et a pu sortir de Réanimation. Opération réussie ! »

	Nbre de déclarations	Dont EIG	Dont EP	Dont chutes	Dont incidents radioprotections	AT hors FEI
Janvier	181	5	19	-	-	-
Février	190	3	11	-	-	-
Mars	203	19	18	-	-	-
Avril	174	5	13	-	-	-
Mai	180	11	24	-	-	-
Juin	166	2	21	-	-	-
Juillet	164	3	18	-	-	-
Août	119	3	4	-	-	-
Septembre	93	1	6	22	0	23
Octobre	129	7	15	10	0	19
Novembre	109	2	7	10	0	23

ÉVOLUTIONS POUR LA CELLULE D'HYGIÈNE

La Cellule d'hygiène du CHT forme une nouvelle équipe (à la suite du départ du Dr Blandine Placet et de la disponibilité de Marylène Haustien), constituée du Dr Julien Colot, de Christine Le Provost et Sylvie Chevalier, toutes deux IDE, et de Rachel Dambreville, secrétaire. L'équipe s'assure du respect des conditions d'hygiène au sein des services et de la limitation de la diffusion des bactéries multi et hautement résistantes grâce à la mise en place de précautions complémentaires. Elle réalise des audits de pratiques et des formations paramédicales et peut intervenir sur des thématiques transverses comme actuellement sur le bionettoyage ou la biberonnerie. En relation permanente avec les services de soins, le laboratoire de Microbiologie, le laboratoire d'Hygiène et d'environnement, les services techniques et la Qualité, elle est très sollicitée. « *L'équipe est très impliquée sur de nombreuses thématiques et fait en sorte d'être réactive* », explique le Dr Colot.



La cellule d'hygiène du CHT : Dr Julien Colot, Christine Leprovost, Rachel Dambreville et Sylvie Chevalier.

L'organisation devrait encore évoluer dans les mois à venir, puisque la DASS souhaite mettre en place une équipe d'hygiène territoriale, porteuse d'une vision globale. Constituée d'un médecin et d'un IDE, le binôme encadrera les équipes ou les référents des établissements de santé sur tout le territoire (centres hospitaliers, cliniques, dispensaires, maisons de retraite etc) pour uniformiser et partager les bonnes pratiques.

DÉVELOPPEMENT DES MISSIONS À WALLIS-ET-FUTUNA

Le 11 décembre s'est tenu le premier comité de coordination entre l'Agence de santé de Wallis-et-Futuna et le CHT, à la suite de la convention-cadre signée sous le patronage du Gouvernement de Nouvelle-Calédonie et le préfet de Wallis-et-Futuna.

L'Agence de Santé est devenue un payeur de bonne tenue et elle développe une activité qui tourne entre 350 et 500 millions de francs par an. À l'heure où les ressources sont rares pour l'établissement, le partenariat, outre le besoin de soins pour les patients voisins, doit se construire avec intérêt.

Le CHT a présenté à l'Agence son rapport d'activité et le « *case-mix* » afférent, ainsi que les projets de missions médicales dans différentes spécialités. Les neurologues devraient se rendre sur place en mars prochain et Le Dr Gervolino, pour le département d'Information médicale, accompagnera la direction et le Dr Merlin (représentant de la CME), afin de travailler sur l'organisation des archives médicales.

COLLABORATIONS AVEC LA CLINIQUE KUINDO-MAGNIN

Les 14 et 15 novembre, des rencontres ont été organisées avec la direction de la clinique Kuindo-Magnin et les équipes médicales, en présence de la DASS, pour construire, de manière plus organisée, les collaborations, notamment les coopérations en matière de prise en charge de la douleur, de soins palliatifs mais aussi d'oncologie.

« *Dans ces domaines, nous envisageons des projets communs, afin d'avoir des parcours de soins cohérents et des standards de prises en charge* », explique Dominique Cheveau, le directeur du CHT. « *À la demande du Gouvernement, nous entamons également, avec la clinique et la DASS, un travail sur l'e-santé, afin de développer en commun un serveur d'identité, la messagerie sécurisée de santé et, surtout, l'hébergement des données de santé.* »

MESSAGE DE L'ASSOCIATION DES NEURONES HEUREUX

L'association des Neurons heureux existe depuis quelques années au sein du service de Neurologie. Elle œuvre pour faciliter le séjour des patients du service (confort, petites attentions...), en récoltant des fonds à travers de nombreuses actions. Elle souhaiterait se rapprocher d'autres associations similaires au sein de CHT, dans l'optique de monter des actions communes.

Président : Dr Thierry De Greslan, vice-président : Eric Wanotohuma, trésorier : Frédéric Othus, vice-trésorier : Belynda Hodjoda, secrétaire : Naline Karembeu, vice-secrétaire : Géraldine Pinson
Contact : 20 81 16.

LES ORIENTATIONS BUDGÉTAIRES DU CHT POUR 2019

Le Congrès de la Nouvelle-Calédonie a fixé, pour les prochaines années, les objectifs des établissements hospitaliers et leur évolution budgétaire. Jusqu'en 2020, cette dernière doit être nulle...



L'évolution naturelle des dépenses étant à la hausse (glissement vieillissement technicité, inflation, augmentations des taxes, mesures exogènes), le CHT devra optimiser son fonctionnement pour les absorber. Ceci, sans impacter l'offre de soins ni le tableau des emplois permanents... Sur quels leviers jouer alors ? L'efficacité économique et de meilleure organisation et gestion des ressources. Il faudra, notamment, travailler à optimiser le parcours patient en développant l'ambulatoire et en améliorant les durées de séjour et limiter les actes redondants. Ces actions devront être portées par l'ensemble du personnel pour atteindre cet objectif budgétaire.

LE BUDGET 2019 EN CHIFFRES

Budget de reconduction : ressources nécessaires au fonctionnement de l'établissement, à moyens constants.

> 270 millions XPF, dont 185,6 millions XPF de dépenses de personnel et 83,8 millions XPF d'autres dépenses (médicales, pharmaceutiques, hôtelières, logistiques...)

Budget d'investissement :

> 200 millions XPF de travaux,
> 360 millions XPF de renouvellement d'équipement, dont 200 millions XPF pour de l'équipement médical,
> 1,08 milliards XPF de remboursements d'emprunt.

MODIFICATION DE L'ORGANIGRAMME DE LA DIRECTION

Les audits menés, le contexte actuel et les projets prévus ont mis en évidence le besoin, au sein de la gouvernance du CHT, d'un interlocuteur dédié aux affaires médicales et à l'aspect universitaire.

À la suite des différents audits menés, et des travaux entrepris avec les partenaires sociaux après le conflit de septembre 2017, une réforme de la gouvernance s'est montrée nécessaire. Elle sera entreprise dans le cadre institutionnel, en 2019. Pour la partie opérationnelle, dès à présent, un changement a été décidé.

Avec, d'une part, le projet de valence universitaire, qui renforcerait l'enseignement et la recherche au CHT, et, d'autre part, la nécessité de mieux accompagner les médecins dans leur recrutement et leur carrière, mais aussi dans les difficultés qu'ils peuvent rencontrer, le poste de chef de service Qualité a été transformé en poste de directeur adjoint chargé des Affaires médicales, de la recherche, de l'enseignement et de la qualité.

Son champ d'actions concernera :

- > Affaires médicales : recrutement, formation, permanence des soins, gestion administrative des RH, RPS médicaux et HSCT médical
- > Qualité : certifications et labels
- > Enseignement et recherche : structuration de ces secteurs.

De par ce nouveau statut, ce directeur adjoint disposera d'une délégation de pouvoir, de responsabilité et de signature.

MISSIONS CHIRURGIE CARDIAQUE : BILAN POSITIF !



➤ RÉDUIRE LES ÉVASAN

Le coût moyen d'une Évasan en Australie est de 6,9 millions de francs par patient. Si, en 2019, le partenariat avec l'IMM est confirmé, 300 patients seront pris en charge sur le territoire au lieu d'être opérés en Australie. Pour le Ruamm, le budget de 2 milliards, imputables aux Évasan pour les opérations de chirurgie cardiaque en Australie, bénéficierait d'une économie de 700 à 900 millions de francs !

Cette année, deux missions-tests en Chirurgie cardiaque ont été organisées au Médipôle, avec la participation du service de Cardiologie et de l'Institut mutualiste Montsouris (IMM). Après un premier bilan positif (humain, financier et professionnel), l'objectif est de poursuivre et pérenniser ce partenariat pour prendre en charge annuellement, sur le territoire, environ 300 patients pour lesquels l'intervention peut être programmée.

Après les 29 interventions réalisées lors de la première mission, en juin dernier, ce sont 42 patients qui ont été opérés, en novembre, au CHT : 24 d'entre eux ont bénéficié de chirurgie lourde (remplacements de valves, pontages, etc.), 18 de cardiologie interventionnelle. À leur plus grande satisfaction, ils ont pu être pris en charge dans leur environnement habituel et rester auprès de leur famille. Une nouvelle fois, l'opération s'est particulièrement bien déroulée.

DES OBJECTIFS CLAIREMENT DÉFINIS

Le Médipôle bénéficie d'un plateau technique de dernière génération, parfaitement adapté à la cardiologie interventionnelle. C'est pourquoi le Gouvernement soutient totalement ce

programme qui permettra :

- > aux patients de demeurer sur le territoire, à proximité de leur entourage familial et dans un milieu francophone ;
- > de former et transmettre des compétences aux professionnels de santé des secteurs publics et privés ;
- > de générer des économies pour le système d'assurance maladie (Ruamm).

Pour rappel, le coût des deux missions-tests a été supporté respectivement, en juin, par l'Agence sanitaire et sociale (ASS) puis, en novembre, par le CHT.

DES ÉQUIPES IMPLIQUÉES

Pour les équipes du CHT, la mise en place de ces missions nécessite un fort engagement. Dans la phase préparatoire, les spécialités médicales et chirurgicales se concertent pour donner leurs avis et préparer les bilans préopératoires. Très investie, la pharmacie se charge

de l'approvisionnement des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux. En collaboration avec les cadres de santé, les services administratifs, techniques, informatiques et biomédicaux organisent la mise en œuvre technique et organisationnelle de la mission, notamment avec la mise en service d'unités dédiées et la préparation des équipes de soins. Les cardiologues très engagés, notamment les Dres Menacer et Bouvier, assurent la permanence des soins et la préparation des patients. Pendant la mission, une unité de 14 lits a été ouverte pour la chirurgie cardiaque, deux salles du Bloc opératoire étaient dédiées à l'opération et le service de Réanimation a ouvert une unité supplémentaire de 5 lits. Les équipes paramédicale et médicale, encadrées par l'équipe de l'IMM, ont pu ainsi développer leurs compétences pour travailler en quasi-autonomie et réduire le coût des prochaines missions.

VERS UNE VISION GÉNÉRALE ET EN TEMPS RÉEL DE L'OCCUPATION DES LITS

La Cellule de gestion des flux en a rêvé, ils l'ont fait. À l'aide du module « planning des lits » de DxCare, alimenté en temps réel par les soignants, l'équipe du Contrôle de gestion a mis en place, avec le soutien du département de l'Information médicale, de la direction des Soins et de celle des Systèmes d'information, un outil de présentation en temps réel des données nécessaires à la gestion des flux et, donc, au parcours patient.

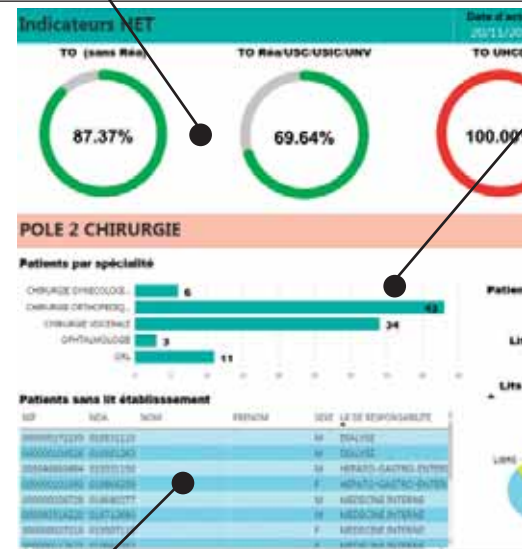
Au cœur de la manœuvre : DxCare. Comment retraiter les informations entrées par les services dans le logiciel pour obtenir une visualisation et des indicateurs de l'occupation des lits dans l'hôpital ? Telle était la demande de la Cellule de gestion des flux patients, qui n'avait, jusque-là, accès qu'à la liste des patients des Urgences et sollicitait chaque service par téléphone... « Au sein du service de Contrôle de gestion, nous avons déjà réalisé un micro-projet avec le Dr Cathy Sebat autour de la gestion des lits. Mais quand la mission Effigen est venue auditer l'hôpital sur son parcours patient, le besoin de mettre en place de tels indicateurs a été mis en évidence. Alexandre Pomiroi a donc mis en forme et conçu les tableaux de bord BI (Business Intelligence, voir encadré) selon les besoins de la Cellule », explique

Julien Guidoni, ingénieur décisionnel à la Direction de la planification des finances, qui a supervisé le projet.

L'OCCUPATION DES LITS EN DIRECT ET EN UN COUP D'ŒIL

L'attente était de taille, donc, autour de cette restitution plus visuelle des données saisies dans le module de planning des lits de DxCare. Les tableaux de bord permettent de montrer, en un clin d'œil, l'occupation des lits sur les trois niveaux des pôles de Médecine et de Chirurgie, avec la possibilité pour les gestionnaires de zoomer sur un service. Mais le véritable enjeu de cet outil, c'est le temps réel : les indicateurs s'actualisent toutes les 10 minutes, permettant aux informations juste saisies dans les services d'être prises en compte.

Ce taux définit le pourcentage de lits occupés selon le nombre des lits exploitables. La moyenne d'occupation est de 85 %. Lorsqu'elle atteint 90 %, le graphique passe en orange car l'hôpital peut basculer « en tension » (rouge). Ces seuils et indicateurs ont été déterminés selon les références nationales.



Listing des patients inscrits dans DxCare mais qui ne sont pas placés dans un lit (couloir, erreur ou oubli de saisie...)

QUE SIGNIFIE BI ?

« L'informatique décisionnelle - en anglais Business Intelligence (BI) ou Decision Support System (DSS) - est l'informatique à l'usage des décideurs et des dirigeants d'entreprises. »

On comprend ainsi tout l'enjeu de ce traitement des données DxCare pour aider les gestionnaires de flux dans leur prise de décision et ainsi optimiser le fonctionnement général de l'établissement hospitalier.

QUEL PÉRIMÈTRE D'ACTION POUR LA CELLULE ?

La Cellule attribue les lits disponibles dans le cadre du programme capacitaire prévu par la DASS. Elle intervient sur l'hospitalisation complète et non-programmée de Médecine et Chirurgie. Elle prend également la main sur l'hospitalisation programmée, lorsque l'hôpital est en tension. Le pôle mère-enfant, dont les patients sont pour la plupart hébergés dans l'un de ses quatre services très spécifiques, n'est pas pris en charge par la Cellule, sauf dans le cadre des urgences gynécologiques ou pédiatriques.

Ce tableau permet de connaître la spécialité dont dépend chaque patient hébergé en Chirurgie.



Les plans proposent une vision d'ensemble des 3 niveaux de Chirurgie et Médecine. En jaune : un lit libre, en rose : un lit occupé par une femme, en bleu : un lit occupé par un homme. Lorsqu'ils sont gris, les lits ne peuvent être attribués.



Pour le moment les tableaux ont été développés sur les pôles prioritaires : Médecine, Chirurgie et Soins critiques. Plus tard, tous les pôles et les Urgences seront intégrés.

UN OUTIL AMENÉ À ÉVOLUER

Les tableaux pourront s'adapter aux prochains besoins de la Cellule. Il est déjà prévu de passer à 4 écrans, d'ici la fin de l'année, pour une vision globale de l'hôpital. Le processus de sortie reste à mettre en œuvre au sein des services, mais quand la prévision de sortie sera renseignée, les tableaux pourront intégrer cette information et anticiper la libération des lits. On peut également imaginer afficher les tendances des trois derniers jours pour anticiper les moments critiques, ou préciser les effectifs mobilisés lorsque l'hôpital est en tension...

Cependant, la prochaine évolution prévue sera la géolocalisation instantanée des patients en attente de lit. Cet indicateur permettra de déceler les différents blocages lors de l'attribution d'un lit, toujours dans l'objectif d'améliorer le flux patients de manière générale.



Cellule de gestion des flux patients
8057
gestion.lits@cht.nc
du lundi au vendredi
Pôle 2 de Chirurgie,
rez-de-parvis



Les équipes du Contrôle de gestion et de la Cellule de gestion des flux patients ont travaillé ensemble à la création de ces tableaux de bord BI. En médaillon, Dr Shirley Gervolino, chef de projet DxCare.

UN TRAVAIL D'ÉQUIPE

- > Dr Cathy Sebat, Direction générale, projet Parcours patient : coordination
- > Joëlle Ballande, Emmanuelle Czarnecki et Héléne Detchenique, Cellule de gestion des flux patients : définition des indicateurs nécessaires à l'orientation des patients à héberger
- > Julien Guidoni, Alexandre Pomirol, Direction de la Planification et des finances, service Contrôle de gestion : traitement et restitution des données DxCare pour aider à la décision
- > Dr Shirley Gervolino, Dr Sébastien Mabon, Département de l'information médicale : optimisation de la saisie des données sur DxCare
- > Frédéric Dosch, Karine Fongue et Philippe Berthezène, DSIB et services supports : mise en œuvre des équipements pour que le projet fonctionne (serveurs, écrans, etc.)

“ Pour que la décision optimale soit prise face à ces indicateurs, chaque acteur du projet doit tenir son rôle. Les tableaux de bord ne sont rien sans une saisie des données précise et en temps réel. ”

Joëlle Ballande, cadre supérieure de santé en charge de la Cellule de gestion des flux patients

NOUVEAUX SERVICES : L'ONCOLOGIE - SOINS PALLIATIFS ET LA GÉRIATRIE

Le Médipôle compte désormais un service Oncologie - Soins palliatifs et un service Gériatrie aiguë. Plus de lits, plus d'efficacité : des ouvertures cohérentes avec la mise en œuvre du programme capacitaire.

Avant, un patient nécessitant des soins palliatifs était systématiquement hospitalisé au service de Médecine polyvalente d'urgence (SMPU). Depuis le 10 décembre, il bénéficie d'un lit dans un service dédié et d'une équipe spécialisée dans ces soins si particuliers, encadrée par le Dr Chantal Barbe. « La plus grosse partie des soins palliatifs ne relève pas du soin technique, mais du soin relationnel, explique Marie-Claire Kabar, directrice des Soins. Les ratios de personnel par patient sont donc plus importants. Avoir un service localisé, cela permet de sanctuariser des équipes pour s'occuper de ces personnes. »

UNE VÉRITABLE FILIÈRE ONCOLOGIE

Ouvrir des lits pour l'oncologie répond à la même logique : optimiser la prise en charge. Tous les patients atteints d'un cancer ne seront pas forcément là ; certaines pathologies spécifiques demeurent dans le service le plus pertinent, comme c'est le cas pour l'oncologie thoracique. L'objectif est surtout de construire une véritable filière en oncologie, qui facilitera la collaboration



Les lits désormais libres du service de Médecine polyvalente d'urgence permettent l'installation du nouveau service de Gériatrie.

multi-professionnelle. « Cette filière permet de tracer un chemin : le patient avance, et on va faire en sorte que tout le monde vienne autour de lui », résume Marie-Claire Kabar.

UN APPEL D'AIR

En tout, vingt-et-un lits d'oncologie et soins palliatifs ont été installés dans les chambres fraîchement repeintes du service. Pour le service d'Hépatogastro-entérologie, qui prenait en charge ces patients d'oncologie, c'est de la place qui se libère. Le service récupère ainsi des patients jusqu'ici hébergés ailleurs, en plus de son hôpital de semaine. Le SMPU profite, quant à lui, de l'ouverture de ces lits pour accueillir le tout nouveau service de gériatrie aiguë, géré par le Dr Benjamin Jenoudet, qui compte aussi une équipe mobile. Un appel d'air pour le pôle Médecine, qui se restructure dans le cadre du nouveau programme capacitaire.

DES EXPERTS MOBILES POUR LA GÉRIATRIE

Un patient âgé nécessite une prise en charge spécifique : il se déshydrate plus facilement, manque parfois d'autonomie... Et très souvent, prend plusieurs traitements à la fois, ce qui demande d'être attentif aux interactions médicamenteuses. D'où l'importance d'avoir une équipe mobile spécialisée, qui peut conseiller précisément les services qui le souhaitent. Ce binôme médecin-infirmier se rendra par ailleurs tous les jours aux Urgences pour rencontrer les nouveaux admis, et ainsi offrir une expertise gériatrique dès le début du parcours hospitalier.



LE MÉDIPÔLE PLÉBISCITÉ PAR LES PATIENTS

➤ LE PUBLIC

Les 123 patients interrogés ont tous séjourné au moins 48 heures au Médipôle.

LEUR RÉPARTITION PAR SECTEUR :

- > 63 patients en Médecine,
- > 45 patients en Chirurgie,
- > 15 patients en Obstétrique.

LEUR RÉPARTITION PAR SEXE :

- > 61 hommes,
- > 58 femmes.

LEUR RÉPARTITION PAR TRANCHE D'ÂGE :

- > 40 patients de 0 à 40 ans,
- > 29 patients de 41 à 60 ans,
- > 48 patients de plus de 60 ans.

C'est à l'initiative des services Qualité et Clientèle, et en collaboration avec le Comité patient, qu'a été réalisée, pour la première fois au CHT en octobre, une enquête de satisfaction auprès des patients.

Les résultats mettent à l'honneur l'établissement et ses équipes, même si certains points d'amélioration ont été relevés.

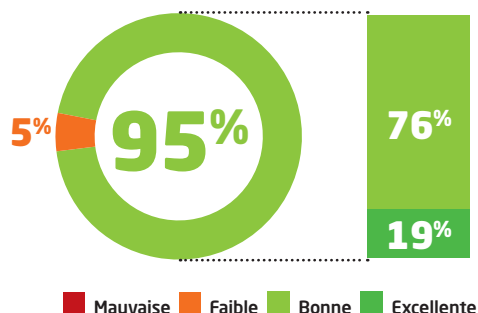
Recueillir la satisfaction des patients sur leur prise en charge est aujourd'hui indispensable pour mesurer et améliorer la qualité des soins au sein d'un établissement de santé comme le Médipôle. C'est pourquoi, le 17 octobre dans l'après-midi, douze auditeurs internes, tous professionnels du CHT, ont réalisé une enquête de satisfaction auprès de 123 patients hospitalisés pour plus de 48 heures. Tous séjournaient dans l'un des trois secteurs de l'établissement, Chirurgie, Médecine et Obstétrique, à l'exception des Soins critiques et de la Néonatalogie.

PRENDRE MODÈLE SUR LA HAS

Dans le cadre de la démarche Qualité du CHT, le questionnaire a donc été élaboré à partir du modèle de la Haute autorité de la santé (HAS) : *Mesure de la satisfaction des patients hospitalisés plus de 48 heures dans un établissement de MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique)*. Les équipes des services Qualité et Clientèle ont travaillé avec le Comité Patients pour adapter le questionnaire à la Nouvelle-Calédonie. Il est découpé suivant quatre thèmes principaux : accueil, prise en charge, hôtellerie et appréciation générale.

POINT 1 L'ACCUEIL

Globalement, quelle est votre appréciation de l'accueil dans l'établissement ?



Ce qu'il faut retenir

- > Près de 8 patients sur 10 pensent que l'accueil réservé par le personnel administratif est bon ou excellent ;
- > Près de 9 patients sur 10 pensent que l'accueil réservé par le personnel dans les services de soins est bon ou excellent ;
- > Près d'1 patient sur 3 n'est pas satisfait de l'accessibilité de l'établissement (transport, parking) ;
- > Plus d'1 patient sur 3 n'est pas satisfait de la signalétique ;
- > 1 patient sur 3 ne peut pas identifier les professionnels du CHT ;
- > Environ 1 patient sur 5 a reçu le Livret d'accueil.

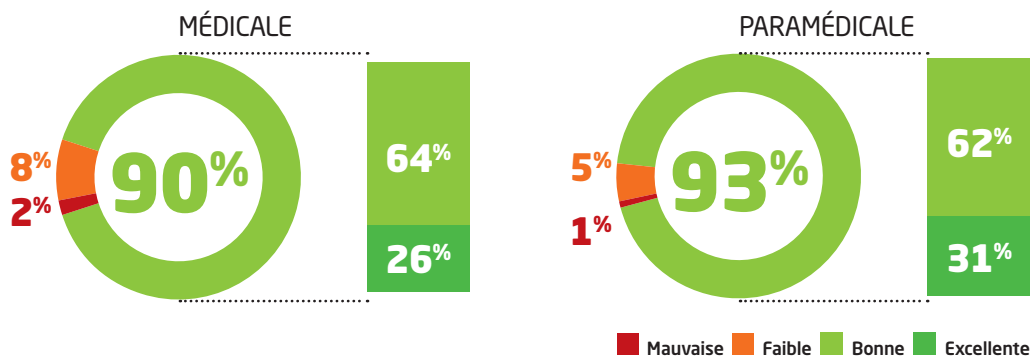
Globalement...

- > Plus de 9 patients sur 10 estiment que l'accueil dans l'établissement est bon ou excellent.

L'ACCUEIL AU SEIN DU CHT PLÉBISCITÉ PAR LES PATIENTS AVEC **95 % DE SATISFACTION !**

POINT 2 LA PRISE EN CHARGE

Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre prise en charge ?



Ce qu'il faut retenir

- > Plus de 8 patients sur 10 déclarent avoir reçu spontanément des explications sur leur état de santé de la part des soignants ;
- > Près de 9 patients sur 10 estiment que le médecin a répondu à leurs questions. Et 80 % d'entre eux soulignent que les réponses étaient bonnes ou excellentes ;
- > Moins de la moitié des patients ont pu participer à la prise de décision concernant leurs soins ;
- > 84 % des patients ont déclaré bénéficier d'une écoute attentive de la part des médecins. Ils étaient 95 % concernant les infirmier(ère)s ou aide-soignant(e)s ;
- > Près de la moitié des patients ont ressenti de l'inquiétude ou de l'anxiété : parmi eux, 8 sur 10 estiment le soutien des professionnels bon ou excellent ;
- > Près de 9 patients sur 10 (86 %) sont satisfaits du respect de leur intimité et un peu plus de 9 sur 10 (93 %) du respect de la confidentialité ;
- > Les trois quarts des patients ont ressenti des douleurs au cours de leur hospitalisation. 90 % sont satisfaits quant à la prise en charge de leurs douleurs.

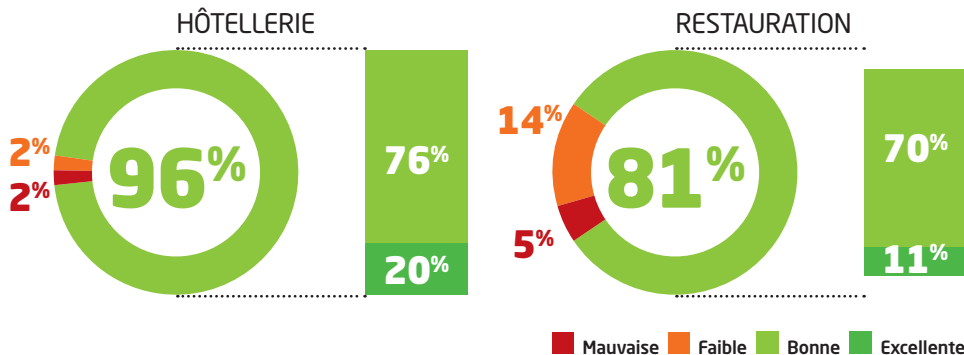
Globalement...

- > 90 % des patients évaluent bonne ou excellente la qualité de leur prise en charge médicale et 93 % pour la prise en charge paramédicale.

LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINT LES MÊMES NIVEAUX DE SATISFACTION QU'EN MÉTROPOLÉ, AVEC MÊME UN TAUX SUPÉRIEUR POUR LA PRISE EN CHARGE PARAMÉDICALE.

POINT 3 L'HÔTELLERIE

Globalement, comment appréciez-vous l'hôtellerie et la restauration ?



Ce qu'il faut retenir

- > 9 patients sur 10 sont globalement satisfaits de leur chambre, en ce qui concerne le confort, la propreté et le calme (appréciation bonne ou excellente). Par contre, un tiers d'entre eux déclarent la gestion de la température mauvaise ou faible ;
- > 67 % des patients sont satisfaits de la qualité des repas et 73 % de leur variété ;
- > 96 % des patients estiment globalement l'hôtellerie bonne ou excellente, 81 % sont satisfaits de la restauration.

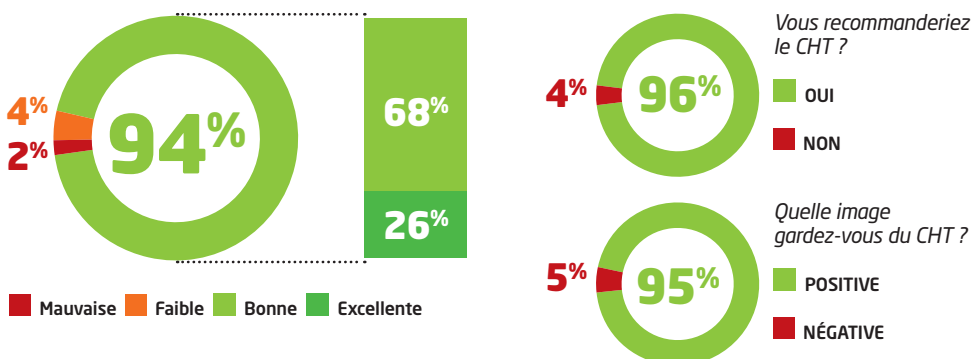
LE TAUX DE SATISFACTION DES PATIENTS EN RESTAURATION (81 %) EST PARTICULIÈREMENT SATISFAISANT, NOTAMMENT EN COMPARAISON AVEC LES DONNÉES DE MÉTROPOLE OÙ 1 PATIENT SUR 2 N'EST PAS SATISFAIT.

“ L'enquête a fait ressortir la qualité de l'accueil et de la prise en charge de notre établissement, avec des résultats égaux, voire supérieurs, à la moyenne nationale. Des points d'amélioration ont, bien entendu, été mis en avant. À nous d'utiliser l'enquête comme un outil d'évaluation pour mettre en place un suivi et un plan d'action afin de répondre encore mieux aux attentes des patients... ”

Jean-Marc Renais,
responsable du service Qualité

POINT 4 L'APPRÉCIATION GÉNÉRALE

Appréciation globale sur l'ensemble du séjour :



Ce qu'il faut retenir

- > Plus 9 patients sur 10 se déclarent globalement satisfaits de leur séjour au Médipôle.
- > 96 % des patients sont prêts à recommander l'établissement et 95 % en ont une image positive.

AVEC 94 % DE SATISFAITS, L'APPRÉCIATION GLOBALE DES PATIENTS AU CHT EST PARTICULIÈREMENT POSITIVE ET ENCOURAGEANTE.

94% des patients qui ont séjourné plus de 48 heures au CHT sont satisfaits, contre 73,2 en Métropole.

PROCHAINES ÉTAPES

Si l'enquête est globalement très positive et place le CHT au même niveau que les meilleurs établissements métropolitains, plusieurs points d'amélioration ont été relevés, comme la signalétique, le parking, l'identification des professionnels, la distribution du livret d'accueil... Piloté par les services Qualité et Clientèle, un plan d'action sera mis en place début 2019.

ALCOOL ET DROGUE : CONSOMMATION INTERDITE

Le Comité technique paritaire (CTP) du 29 novembre dernier a validé l'introduction, au sein du règlement intérieur, d'un volet relatif à la prévention et à la lutte contre la consommation d'alcool et l'usage de drogue¹.



En soi, ce volet n'introduit aucune réelle nouveauté juridique, sur le fond. Comme tout employeur, le CHT a, en effet, l'obligation de prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Cette démarche de prévention vaut, bien entendu, tout autant en termes d'obligation à l'égard des patients, qu'il s'agisse de qualité ou de sécurité de leur prise en charge, comme d'accueil des familles.

TRAVAIL EN ÉTAT D'IVRESSE : TOLÉRANCE ZÉRO

Sept articles composent cet addendum au règlement intérieur. Le premier rappelle, si besoin est, qu'il est formellement interdit à tous les agents du CHT, ainsi qu'à toute personne extérieure, d'introduire et de consommer alcool ou drogue au sein de l'établissement. L'article 2 vient préciser qu'il est interdit à tout agent de travailler en état d'ivresse (tolérance zéro), tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des bâtiments. Et il revient à l'agent d'apporter la preuve contraire de l'état d'ivresse qui lui serait reproché. À cet effet, l'article 4 précise les

signes extérieurs qui peuvent caractériser et permettre d'identifier l'alcoolisation ou les effets du cannabis et rappelle, conjointement, qu'il convient de porter assistance immédiate à toute personne présumée se trouver dans un tel état.

Les articles 3 et 5 introduisent un élément important quant à la nécessité de mettre en place une politique de prévention, à savoir l'organisation et la réalisation de tests de dépistage. De tels tests se pratiquent régulièrement dans d'autres types d'établissements. C'est ainsi le cas à la SLN, société au sein de laquelle la dangerosité des métiers exercés exclut radicalement la présence d'ouvriers, techniciens, ingénieurs, susceptibles de mettre en danger leurs propres collègues, du fait d'une consommation avérée de drogue ou d'alcool.

DES TESTS DE DÉPISTAGE EN CAS DE SITUATION DANGEREUSE

Il en va de même au CHT, où l'ensemble des agents doit être en mesure de remplir ses missions à l'égard des patients, et ce de manière permanente. C'est dans ce cadre, et donc dans un souci majeur de prévention, que le recours

au dépistage sera mis en œuvre en cas d'incident majeur, d'accident du travail ou de constatation d'un état d'ivresse. Si les modalités exactes de ces tests feront l'objet d'une communication spécifique, on peut souligner, dès à présent, que ceux-ci pourront être réalisés de manière aléatoire, que les résultats ne seront, évidemment, pas divulgués publiquement et que les premières mesures consécutives à un test positif seront de l'ordre de l'accompagnement des personnes concernées et non de l'ordre de la sanction.

La prévention passe en effet, nécessairement, par un accompagnement des agents susceptibles de faire l'objet d'un test positif (alcootest ou test salivaire THC pour le dépistage du cannabis). Certes, aucune procédure disciplinaire ne sera engagée dans l'immédiat à l'encontre des agents testés positivement, mais ils seront écartés de leur poste de travail par mesure de protection. Ils auront un entretien spécifique avec l'encadrement, bénéficieront d'une consultation auprès du médecin du travail et d'un accompagnement psychologique, qui formeront le cœur du dispositif mis en place.

¹ Le projet sera soumis à validation définitive lors du prochain conseil d'administration

DES VOITURETTES POUR LES ENFANTS OPÉRÉS

Depuis l'accueil du Bloc, les petits patients pourront bientôt prendre le volant de voiturettes pour rejoindre la salle d'opération. Une manière de transformer l'hôpital, parfois anxiogène, en véritable moment ludique.

Une noire, une rose, une bleue : trois voitures miniatures attendent leur conducteur dans le bureau du Dr Yoann Rossignol, médecin anesthésiste-réanimateur. Avec Virginie Rochas, Claudia Dondrille et Madeline Andro, toutes trois infirmières anesthésistes, ils sont derrière le projet de voiturettes au bloc. L'idée est née début 2018 : cela se fait déjà ailleurs, pourquoi pas au CHT ? « Le premier pas, c'était de voir si la direction nous suivait, raconte le Dr Yoann Rossignol. Ensuite, trouver les financements. » Avec leur association Les P'tits Doudous du Caillou, membre du réseau Les P'tits Doudous, ils contactent le mécénat local. Un succès : le Lions Club Nautile Nouméa décide de financer un mini Ford Ranger noir, la concession Ford suit avec le rose. « Et comme l'Atelier du Jouet est le seul à les vendre, et qu'il en écoule deux d'un coup, il nous en a offert un troisième ! », s'enthousiasme le médecin.

REPLACER LE MÉDICAMENT PAR LE JEU

Que faire si un enfant roule sur le pied d'un praticien ? Quid des normes incendies ? « Toute une série de questions administratives ont ensuite dû être gérées, explique Virginie Rochas. Mais ça en vaut la peine. » Les bienfaits des



Pour le Dr Yoann Rossignol, Virginie Rochas et Claudia Dondrille, le jeu, que ce soit via une voiturette ou autre, permet de calmer l'enfant et de faciliter sa prise en charge.

voiturettes sont connus : leur utilisation diminue l'anxiété péri-opératoire. Au niveau de l'anesthésie, cela signifie réduire les médicaments administrés pour apaiser le patient.

« ÇA CHANGE TOUT »

Les voiturettes sont un outil parmi d'autres pour faire de l'opération une expérience positive pour l'enfant : lors de la consultation d'anesthésie, les praticiens ont ainsi pris l'habitude de donner au patient son masque avec une planche de gommettes. Il décore le masque d'anesthésie chez lui, puis revient avec le jour J. Résultat : un enfant rassuré et une prise en charge simplifiée. « On a également un très bon retour des parents, précise le Dr Yoann Rossignol. Voir son enfant partir au bloc avec le sourire, ça change tout. » Autre projet, l'équipe

À SUIVRE : UN JEU INTERACTIF

L'association souhaite mettre à la disposition des patients des tablettes, qui transformeront l'hôpital en véritable terrain de jeu : de la pédiatrie au bloc, tout ce que l'enfant va vivre se retrouvera dans un jeu, fourni par l'association-mère. Exemple : quand le médecin prend la tension de l'enfant, une expérience parfois désagréable, celui-ci doit, en même temps, gonfler un ballon sur l'écran. « Il focalise son attention là-dessus et oublie qu'il est à l'hôpital », résume Claudia Dondrille. Les médecins auront même leur propre avatar.

organise, en ce moment, une collecte de doudous pour les petits (vous pouvez leur envoyer les vôtres, en bon état, si l'étiquette mentionne « Norme CE »). Les voiturettes, elles, seront normalement en service début 2019.

VERS UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DES MALADIES HÉMORRAGIQUES

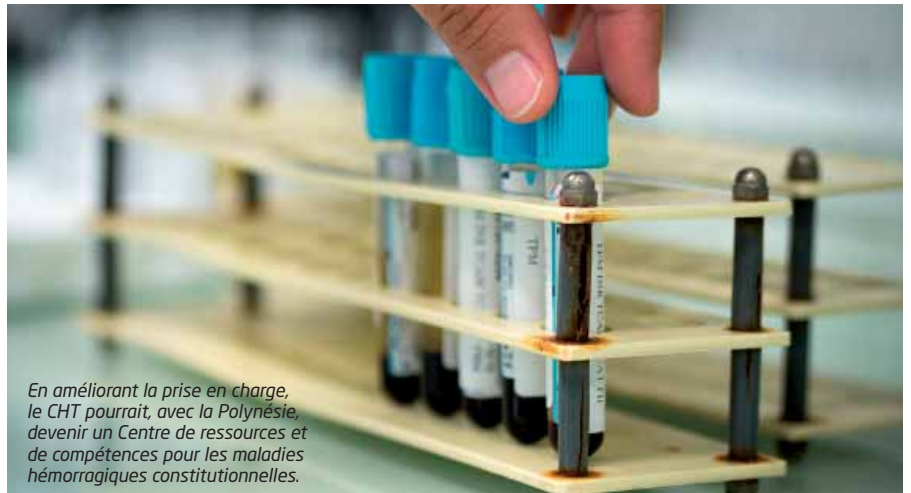
En 2018, le Médipôle a reçu la visite de professeurs d'hématologie renommés et noué plusieurs partenariats très intéressants, dans le but d'améliorer la prise en charge des maladies hémorragiques constitutionnelles sur le territoire.

1) LA CRÉATION D'UN ARC PACIFIQUE

En mars, le Pr Claude Négrier a rencontré de nombreux praticiens et membres de la direction et de la DASS-NC, afin d'apporter des pistes de réflexion pour optimiser la prise en charge des MHEMO, les Maladies hémorragiques constitutionnelles, en Nouvelle-Calédonie. Le coordinateur français de la filière MHEMO a notamment proposé la mise en place d'un Arc Pacifique, englobant la Nouvelle-Calédonie et la Polynésie française. L'idée : pouvoir discuter de cas difficiles avec des spécialistes de Métropole, lors de réunions de concertation pluridisciplinaire organisées tous les trois ou quatre mois. Les centres hospitaliers de Lyon, Nantes et Tours, sont impliqués, et potentiellement tout autre centre métropolitain. Ces échanges ne remplaceront évidemment pas les partenariats existant déjà.

2) UNE FORMATION DE HAUT NIVEAU

Le Pr Claire Pouplard, du service d'Hématologie-Hémostase de Tours, et le Pr Yves Gruel, lui aussi praticien au CHRU de Tours et président du Groupe Français d'études sur l'Hémostase et la Thrombose, ont donné, en mai dernier, une semaine de formation intensive sur les maladies



En améliorant la prise en charge, le CHT pourrait, avec la Polynésie, devenir un Centre de ressources et de compétences pour les maladies hémorragiques constitutionnelles.

hémorragiques aux praticiens du CHT. De nombreux services ont été impliqués, comme le STS, la Médecine interne, la Pédiatrie, le Laboratoire, l'Anesthésie-Réanimation, les Urgences... « Ils nous ont présenté des diaporamas de très grande qualité. Nous avons ainsi pu affiner nos connaissances », explique le Dr Erwan Choblet, chef de service du Laboratoire de Biologie médicale.

3) UN LOGICIEL POUR FACILITER LA PRISE EN CHARGE

« Nous allons déployer un logiciel, Net-Hémostase, grâce à un partenariat avec le Laboratoire d'Hématologie de Nantes et le Dr Marc Trossaert, ajoute le Dr Erwan Choblet. Il permet de rentrer tous les protocoles de soins des patients avec maladies hémorragiques. » Les données sont ensuite accessibles à l'ensemble des établissements utilisant ce logiciel : « un patient calédonien pourra être pris en charge en métropole, et vice versa. » Net-Hémostase permettra, notamment aux urgentistes, d'adopter, sans hésitation, les bons gestes face à un hémophile, un patient atteint de la maladie de Willebrand, etc. En poursuivant ces

améliorations de prise en charge, le CHT pourrait, en partenariat avec la Polynésie française, devenir un Centre de ressources et de compétences pour les maladies hémorragiques constitutionnelles.

NOUVEAU : LE GUIDE PRATIQUE POUR LES ANTICOAGULANTS ORAUX DIRECTS

Les anticoagulants oraux directs, ou AOD, doivent faire l'objet d'une attention particulière lors de la prescription. Très attendu, un guide pratique du bon usage des AOD est désormais disponible sur l'intranet et sur YES pour répondre aux questions des cliniciens. Il détaille le bilan pré-thérapeutique, les contre-indications absolues ou encore les conduites à tenir en cas de souci.

EN CHIFFRES

150

Le nombre de patients présentant des maladies hémorragiques constitutionnelles sur le territoire : hémophilie et autres déficits en facteurs de la coagulation, maladie de Willebrand et thrombopathies.

RISQUES PSYCHOSOCIAUX

BILAN POINT D'ÉTAPE DE LA FORMATION DES MANAGERS AUX RPS « LE MANAGER, ACTEUR DU BIEN-ÊTRE AU TRAVAIL »



Dans le cadre du plan de prévention des risques psychosociaux, la formation des managers vise à développer la culture de la prévention des RPS et à les impliquer dans la démarche.

Dans le cadre de la démarche de prévention des risques psychosociaux, engagée par la direction à la suite de l'audit mené en 2016, un comité de pilotage des risques psychosociaux a été mis en place. Ce groupe de travail, composé de toutes les instances représentatives, s'est réuni pour échanger sur la politique de prévention à mettre en place pour améliorer les conditions de travail ainsi que le sentiment de bien-être individuel et collectif au travail. Cette démarche a permis de réaliser un plan de prévention qui répond aux enjeux réglementaires, mais aussi à une réelle volonté de préserver l'intégrité physique et psychologique des agents. Elle s'intègre pleinement dans l'objectif de santé et sécurité au travail, porté par la direction, à travers l'évaluation des risques professionnels au sein du CHT. Il s'agit d'une approche pluridisciplinaire et multi-acteurs, qui vise une action transversale sur les différents activités et métiers. La prévention des risques psychosociaux ne peut se fonder que sur la connaissance du lien de causalité

entre le travail et les atteintes à la santé. Aujourd'hui, la priorité est d'agir sur les causes de souffrances au travail et les facteurs qui y contribuent. Le plan de prévention est accessible à tous et propose 7 engagements forts, pour lesquels plusieurs actions sont menées et pilotées avec le Comité de pilotage (COFIL) des RPS, aujourd'hui nommé COFIL Qualité de Vie au Travail (QVT).

IDENTIFIER LES SITUATIONS À RISQUES ET AGIR

La première étape pour développer cette culture de prévention est de faire adhérer le personnel à ce projet en formant les managers. Les managers concernés sont toutes les personnes amenées à encadrer d'autres agents. Ils sont le lien entre la direction et les agents, étant eux-mêmes subordonnés et encadrants. Ils sont au cœur de l'activité et peuvent également produire et subir des RPS. La charge mentale, la charge émotionnelle et les responsabilités endossées peuvent générer un stress chronique ou un mal-être au travail.

Donner des connaissances, des outils, apprendre à mieux comprendre les facteurs et les causes, ainsi que les signaux des RPS, semble essentiel pour pouvoir préserver les managers, les agents et agir collectivement, de façon uniforme, avec une maîtrise globale des notions. Le but étant que les managers puissent identifier les situations à risques et agir avec les bons outils pour accompagner leurs équipes. Cela permettrait également de leur donner les moyens de mieux se préserver face au stress et aux conflits qu'ils peuvent rencontrer et savoir comment agir et anticiper les situations de crises. Pour ce faire, une formation « le manager acteur du bien-être au travail », a démarré fin août 2018. Cette formation est volontairement organisée hors de l'établissement avec Catherine Blaudez, intervenante d'Alter Humanis, sous la responsabilité du CHT et de l'IFAP, sur trois journées. L'objectif étant de libérer la parole et de favoriser les échanges, les groupes sont composés de 10 personnes de différents services et directions sans lien hiérarchique. Les deux premières

jours consécutives privilégient les connaissances et la présentation des outils. La dernière journée, espacée de 15 jours, est centrée sur la mise en application des outils avec des ateliers et un retour d'expérience de la mise en pratique des deux premières sessions. Actuellement, 4 groupes ont déjà vécu cette expérience mélangeant toutes les directions, les métiers paramédicaux, administratifs et techniques.

UNE EXPÉRIENCE APPRÉCIÉE

Le retour est très positif. Ce qui a été particulièrement apprécié : la mixité des groupes permettant un échange important tout au long de cette formation avec une prise de conscience des difficultés de chaque service et direction. Cela a révélé des besoins de mieux communiquer au sein de, et entre, différents services. Les managers ont également trouvé cela très enrichissant sur le plan personnel, grâce aux outils permettant de mieux se connaître, de mieux comprendre les comportements et les réactions liés aux émotions, mais aussi d'apprendre des techniques de management innovantes, favorisant la bienveillance avec les équipes tout en se préservant soi-même. Cette formation va se poursuivre en février, afin que tous les managers, y compris les médecins qui le souhaitent, puissent en bénéficier. Pour permettre aux stagiaires d'aller plus loin, un accompagnement individuel, avec la formatrice choisie pour cette mission ou auprès de la DRH, a été proposé à chacun d'entre eux. Les autres engagements de la politique de prévention des RPS sont menés en parallèle mais il est important de rappeler que ce projet collectif ne peut pas être viable sans la compréhension des enjeux et l'implication de tous les managers.

« Cette formation est une étape clé pour agir efficacement contre les RPS au CHT. »

LA GESTION DES INAPTITUDES : UN CONTRAT GAGNANT SI...

Face à un agent déclaré en situation d'inaptitude par la médecine du travail, l'employeur est tenu d'accompagner sa reconversion professionnelle. Mais la réussite de l'accompagnement ne tient que si l'agent est acteur de son évolution.

Un nouveau contrat traduit désormais l'engagement réciproque des parties : d'un côté, le CHT fait bénéficier l'agent d'un accompagnement adapté et personnalisé, construit dans une perspective professionnelle définie. De l'autre, l'agent s'engage à suivre ce processus intégralement et activement, à postuler sur les postes en adéquation avec ses compétences, à mettre en valeur son nouveau profil professionnel et *in fine...* à réussir ! S'il reste passif, les parties courent à l'échec.

Le contrat d'engagement prévoit également un suivi mensuel et

un bilan en fin de transition, dont la durée doit encore être définie.

« Pour l'instant, nous accompagnons, mais sans obligatoirement fixer des limites de perspectives. C'est ça, la différence avec ce document », précise Leslie Levant, directeur adjoint en charge des Ressources Humaines. Ce contrat vient compléter le dispositif d'accompagnement de reconversion professionnelle : « Le dispositif est bien fait aujourd'hui, observe Leslie Levant, mais la réussite pleine et entière dépend aussi de l'agent. »

L'agent reste et demeure responsable de son parcours professionnel.

EN PRATIQUE : QUELQUES RÈGLES POUR UN RECRUTEMENT RÉUSSI

- Un profil de poste est disponible et décrit les principales missions, les exigences du poste et les compétences recherchées.
- Si, en plus de l'entretien, le recrutement nécessite une prise de références, une validation des compétences techniques ou autre, le candidat en est préalablement informé.
- Les recruteurs adoptent une posture neutre pendant l'entretien.
- L'entretien implique de préférence deux intervenants (le responsable du recrutement et son supérieur ou un collègue de sa direction, ou une personne des Ressources Humaines) qui confrontent leurs avis sur chaque candidature, en fonction des caractéristiques professionnelles recueillies pour chaque candidat.
- Parallèlement à toute publication externe, les avis de vacance de poste sont diffusés en interne.
- En l'absence de candidature de fonctionnaire ou de lauréats de concours, une démarche de promotion professionnelle interne peut être mise en œuvre. Les candidatures sont alors évaluées par des épreuves de sélection.
- La direction des Ressources Humaines informe, dans les meilleurs délais et par écrit, les postulants non retenus.

Vous pouvez retrouver l'ensemble des principes à respecter pour un recrutement réussi dans la nouvelle charte du recrutement.

Tout savoir sur la gestion des excréta

Les excréta désignent les substances éliminées par l'organisme : l'urine, les matières fécales et les vomissures. Ils constituent un réservoir important de bactéries issues du tube digestif. Parmi ces micro-organismes, les BMR représentent les bactéries résistantes aux antibiotiques et les BHRé, les hautement résistantes aux antibiotiques émergentes. Ils peuvent aussi poser des problèmes de survie dans l'environnement, comme pour le clostridium difficile. La gestion des excréta comprend tous les soins avec leur manipulation (toilette, change, prélèvement, élimination) et l'entretien des contenants (urinal, bassin, seau, bocal...).

Le respect strict des précautions standard est indispensable pour éviter la transmission de ces micro-organismes de patient à patient, de soignant à patient ou de l'environnement à un patient.

1

POUR LES PATIENTS CONTINENTS

Utilisation des toilettes de la chambre.

POUR LES PATIENTS CONTINENTS DÉPENDANTS

Utilisation de bassin, chaise pot ou urinal, bassines.



CONDUITES À TENIR POUR L'ÉLIMINATION DES EXCRÉTA, DISPONIBLES SUR YES

- > Les procédures d'entretien manuel sont à éviter en raison du risque d'exposition des professionnels et la contamination de l'environnement.
- > Les dispositifs de recueil ne doivent pas être vidés dans les sanitaires de la chambre.
- > Les récipients sont transportés pleins avec couvercle, le plus rapidement possible après utilisation, jusqu'au LDB (laveurs-désinfecteurs de bassin).

À SAVOIR :

- > Les couvercles bénéficient du même cycle de désinfection que le récipient ;
- > En fin de cycle, le dispositif de recueil est stocké, soit dans le local spécifique sur une étagère propre, soit dans la chambre du patient ;
- > Tout récipient (bassins, urinal) usé doit être renouvelé pour permettre un bon entretien ;
- > Les laveurs-désinfecteurs de bassin (LDB) permettent la vidange, le nettoyage, la désinfection pour seaux/bassines, bassins/urinal et bocal à urines.

Info : des petites grilles pour les capuchons et poignées des urinaux sont mises à disposition. La procédure d'utilisation est affichée sur les lave-bassins.

En l'absence de lave-bassin, il est possible d'utiliser des sacs protecteurs pour bassin de type CARE BAG®.

La manipulation des excréta expose le soignant, le patient et l'environnement à une contamination microbienne.

Les mesures de prévention nécessaires à la maîtrise du risque de transmission dépendent de :

- > l'application stricte des précautions standard : hygiène des mains, port de gants, tablier plastique à usage unique...
- > l'entretien de l'environnement
- > l'entretien du matériel





2

POUR LES PATIENTS INCONTINENTS

Utilisation de couches ou protections pour incontinence, alèzes à usage unique, carrés verts ou « absos ».

Ces matériels sont éliminés dans les poubelles vertes DAOM, sauf pour les infections à clostridium difficile ou BHRé éliminées dans les poubelles jaunes DARSI.

Les poches à urine sont vidées régulièrement dans un pot de recueil vidé et nettoyé/désinfecté dans le lave-bassin désinfectant.

Si la conservation est nécessaire, le pot de recueil est fermé hermétiquement avec son couvercle.

S'il est nécessaire d'utiliser une chaise percée, celle-ci doit être nettoyée et désinfectée après utilisation et avant d'être utilisée par un autre patient.



BONS GESTES ET BONNES PRATIQUES DANS LA GESTION DES EXCRETA

3



> Porter des équipements de protection individuelle de manière adaptée (port de gants de soins, protection de la tenue) et respecter l'hygiène des mains lors de la gestion des excréta (urines, selles, vomissures) ;

> Éviter les procédures manuelles de vidange et d'entretien des contenants et proscrire leur rinçage (ni douche, ni douchette) en raison du risque d'aérolisation.





Ces indicateurs permettront, entre autres, de situer le CHT par rapport aux établissements métropolitains concernant la qualité de la tenue du dossier patient.

LES IQSS, DES INDICATEURS DE QUALITÉ ET DE SÉCURITÉ DES SOINS

Cent-cinquante dossiers de séjour vont être analysés pour la mise en place des IQSS recommandés par la Haute autorité de santé. Les premiers résultats seront communiqués au cours du premier trimestre 2019.

Dans le cadre de la certification V4 de l'établissement, la Haute autorité de santé demande de mettre en place des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, ou IQSS. Ces indicateurs portent sur la tenue du dossier patient (DPA), d'une part, et sur la tenue du dossier anesthésique (DAN), d'autre part. En novembre dernier, quatre-vingt-dix dossiers ont ainsi été tirés au sort parmi tous les secteurs d'activité du CHT, pour l'évaluation DPA. Concernant le dossier anesthésique, soixante dossiers seront analysés. À noter que cette étude, rétrospective sur le premier semestre 2018, ne permet pas d'analyser la DPA par service, de par son faible échantillonnage.

« Seuls les acteurs qui participent aux soins ont accès au dossier patient : nous avons donc convoqué un binôme médecin ou sage-femme - cadre de santé du service pour que le dossier puisse être examiné dans son intégralité, en respectant la confidentialité », explique Jean-Marc Renais, chef du service Qualité

et Gestion des risques. Le recueil est réalisé avec le département d'Information médicale, en charge du tirage aléatoire, ce qui permet de garantir l'accès au dossier en cas d'absence de représentation médicale dans les binômes.

ÉVALUER LA TENUE DU DOSSIER PATIENT INFORMATISÉ

Chaque dossier fait ensuite l'objet d'une série de questions : pour le volet DPA, elles portent, entre autres, sur le courrier d'admission, l'examen médical d'entrée, le dépistage des troubles nutritionnels, la prise en charge de la douleur... Côté dossier anesthésique, les données investiguées concernent les phases pré-, per-, post- et péri-anesthésie. L'utilité d'un tel travail est claire : « cela nous permet de détecter la présence ou l'absence de traçabilité de l'information et la rapidité des professionnels à retrouver cette information quand elle est tracée, commente Jean-Marc Renais. Cette évaluation permet également de

nous situer vis-à-vis des établissements métropolitains, concernant la qualité de la tenue de notre dossier patient. Nous pouvons, dès lors, valoriser nos points forts, tout en identifiant les points perfectibles, sur lesquels nous proposerons des actions d'amélioration. »

UNE DEUXIÈME ÉVALUATION COURANT 2019

Une deuxième évaluation sera réalisée, courant 2019, pour vérifier la pertinence des actions ainsi mises en place. Ces deux tours de recueil IQSS seront ensuite transmis à la HAS avant la prochaine visite de certification. A partir de là, le recueil sera réalisé annuellement et pourra varier dans son contenu, en fonction des orientations de la HAS. Avec toujours le même objectif : optimiser la qualité et la sécurité des soins. Les résultats de la première évaluation de novembre seront quant à eux communiqués aux professionnels de l'établissement durant le premier trimestre 2019.

LE POINT SUR LES TRAVAUX RÉALISÉS EN 2018

La Direction technique a, cette année encore, réalisé de nombreux aménagements sur les sites du Médipôle et du Logipôle afin d'adapter la fonctionnalité des bâtiments aux besoins des services.

Fabienne Albert, chef de service Méthodes et Ingénierie à la Direction technique, coordonne les opérations de travaux pour améliorer le fonctionnement de l'établissement et des services. Son équipe travaille au quotidien pour rendre la structure plus pratique, plus confortable et mieux équipée... L'année 2018 s'est inscrite dans la continuité d'une année 2017 très dense, marquée par les nombreux ajustements réalisés à la suite de l'emménagement au Médipôle. Parmi les gros chantiers de cette année, les très attendues reprise des couvre-joints de dilatation et nouvelles portes automatiques, ainsi que le déploiement des contrôles d'accès (lecteurs de badges, bras motorisés et ventouses asservies à la détection incendie).

OPÉRATIONS DE TRAVAUX TERMINÉES

Avril 2018

- Étude de création d'une centaine de places de parking

Mai 2018

- Installation de mâts de pavoisement devant le faré
- Remplacement du sol PVC dans les circulations du N1

Juin 2018

- Traitement de l'hygrométrie au laboratoire de Biochimie
- Installation d'une chambre froide à la pharmacie du Logipôle

Juillet 2018

- Sécurisation du plafond de la régie des dépôts au pôle Mère-Enfant
- Aménagement du local de distribution des tenues



La reprise des couvre-joints de dilatation dans toutes les zones de circulation des brancards dure 6 semaines. Les équipes de la DTGS avec leur prestataire ont trouvé la solution adéquate pour remédier aux tressautements des brancards qui passaient sur les joints de dilatation, en intégrant une plaque en inox légèrement inclinée de chaque côté.

Août 2018

- Création d'une douche et d'un local de décontamination aux Urgences
- Remplacement de 7 portes d'entrées au Médipôle par des portes automatiques

Octobre 2018

- Création d'un quai de livraison pour la cuisine du Logipôle

Novembre 2018

- Couverture anti-odeurs des évacuations des postes de dialyse

OPÉRATIONS DE TRAVAUX EN COURS ET PROGRAMMÉS

Décembre 2018

- Encoffrement du câblage électrique au local technique Bât. C
- Pose de 5 volets anticycloniques devant les portes automatiques exposées au nord
- Mise en service des voyants de signalisation de radioprotection dans les blocs

Décembre 2018 et janvier 2019

- Installation de contrôles d'accès et de ventouses incendie
- Reprise des couvre-joints de dilatation

Janvier 2019

- Modification des accès au service de Néonatalogie, pour différencier les flux de visiteurs : parents / famille (horaires différents et accès limités)

Février 2019

- Remplacement de portes coupe-feu à la cuisine du self
- Projet d'aménagement du service de Réanimation

OPÉRATIONS DE TRAVAUX PILOTÉES PAR DES ORGANISMES EXTÉRIEURS

Terminées

- > Projet culturel - Création d'une médiathèque
- > Projet culturel - Installation d'une sculpture à l'entrée des Laboratoires-IPNC (ADN)
- > Néobus - Installation d'abris au Médipôle

En cours

- > Travaux preneurs d'aménagement de l'IPNC RDC et au 1^{er} étage
- > Installation de 2 onduleurs pour le CRNC

À l'étude

- > Construction d'un laboratoire P3

PROJETS À L'ÉTUDE

- > Optimisation de la production d'eau glacée
- > Aménagement de la réserve immobilière du plateau technique (dalle béton)
- > Installations de 2 monte-charges au plateau technique
- > Réaménagement de l'accueil des Urgences adultes et enfants
- > Motorisation des jalousies du Faré
- > Aménagement de l'accueil du Faré
- > Aménagement du local de réparation des lits
- > Équipements des locaux vidoirs (étagères + points d'eau)



L'équipe de la mission de novembre au complet. De gauche à droite : Dr Melissa Gabriel, Lucie Mudge, Dr Robert Battisti, Clio Bouchut, Dr Isabelle Missotte

L'ÉQUIPE

- > Dr Isabelle Missotte : pédiatre et chef de service pédiatrie
- > Dr Melissa Gabriel : pédiatre oncologue
- > Lucie Mudge : infirmière clinicienne et coordinatrice de la consultation de suivi au long terme
- > Dr Robert Battisti : psychologue clinicien
- > Clio Bouchut : infirmière traductrice (Cure Our Kids NC)

CANCER INFANTILE : UNE ÉQUIPE AUSTRALIENNE EN CONSULTATION

Soigner le cancer, et après ? Une équipe multidisciplinaire de Sydney était en mission au CHT pour rencontrer les patients ayant eu un cancer dans l'enfance. Un suivi au long cours essentiel, mené main dans la main avec le service de pédiatrie.

Le Long Term Follow-Up, c'est ainsi que la pédiatre oncologue Dr Melissa Gabriel et son équipe du Children's Hospital Westmead Sydney appellent le suivi des patients ayant eu un cancer pendant l'enfance. Son but : repérer les effets secondaires liés non pas à la maladie, mais au traitement. Problèmes cardiaques, de thyroïde, de fertilité... « Ces effets secondaires peuvent aussi se déclarer à l'âge adulte, explique le Dr Isabelle Missotte, chef du service pédiatrie et initiatrice de la collaboration. Avec les enfants, nous sommes très sensibles aux troubles des apprentissages, notamment, car certains traitements affectent l'attention et la mémoire. » Du 5 au 9 novembre derniers, les praticiens australiens et calédoniens ont ainsi rencontré une quarantaine

de patients de tous âges pour faire le point.

ÉDUCATION ET ÉCOUTE

Ces consultations sont, par ailleurs, l'occasion de rappeler certaines règles, afin de minimiser l'impact du traitement et le risque d'un deuxième cancer. « Nous leur expliquons comment protéger leur cœur, leur cerveau, leurs reins, qui ont été très sollicités à un jeune âge. Nous voulons que leur vie soit aussi normale que possible », résume le Dr Robert Battisti, psychologue clinicien participant à la mission. Une éducation globale, sans fard, où diététique et addiction sont systématiquement abordées. Et surtout, une écoute : « Les patients ont vraiment besoin de parler de cette expérience très dure, même quinze ans après », observe le Dr Isabelle Missotte.

UNE SUBVENTION DE LA CAFAT EN 2018

La mission est financée par le service d'Oncologie du Children's Hospital Westmead Sydney et l'association de soutien Cure Our Kids NC depuis ses débuts, en 2010. Elle bénéficie également, pour 2018, d'une subvention de la CAFAT. « Quand nous avons commencé ici, il y avait environ 150 patients, dont la grande majorité n'avait pas de suivi, se souvient le Dr Melissa Gabriel. Aujourd'hui, nous les avons presque tous rencontrés, et nous pouvons prendre en charge les nouveaux survivants à temps. » Le travail porte ses fruits : « Nous voyons que les patients ont assimilé nos messages, confie le Dr Robert Battisti. Leurs tests sont meilleurs, l'apprentissage est meilleur, cela a véritablement amélioré leur quotidien. C'est très gratifiant de voir cela. »

LE SUIVI EN CHIFFRES

- 10** à Environ dix nouveaux cas de cancer par an dans le service de pédiatrie
- 200** à Plus de 200 survivants à un cancer infantile actuellement suivis en Nouvelle-Calédonie
- 1 à 3 ans** à La première consultation s'organise cinq ans après la fin du traitement, puis tous les un à trois ans.
- 1989** à Au Children's Hospital Westmead Sydney, le suivi à long terme est en place depuis 1989.

LES IMPLANTS COCHLÉAIRES, UNE RÉVOLUTION DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA SURDITÉ SÉVÈRE

Apparu dans les années 1980 et disponible en Nouvelle-Calédonie depuis 2010, l'implant cochléaire permet de capter les sons et de les transmettre directement au nerf auditif, lorsque l'oreille ne fonctionne pas. Un accompagnement et un entraînement assidu permettent ensuite au patient d'interpréter les stimuli reçus pour construire le langage oral. L'équipe ORL du CHT travaille étroitement avec le CHU de Toulouse pour proposer cette technologie révolutionnaire sur le territoire. À l'occasion de la présence, en octobre dernier, de l'équipe toulousaine du Dr Calmels au Médipôle, *L'Ouvre Boîte* revient sur ce dispositif.

Pour Véronique Grézard, médecin ORL au Médipôle, « il a révolutionné la prise en charge de la surdité sévère ». L'implant cochléaire (prononcer « coc-léaire ») est un système implantable constitué d'une partie interne, implantée sous le cuir chevelu et dans l'oreille interne par un chirurgien, et d'une partie externe, à aimanter à travers la peau. Celle-ci contient le processeur qui va capter le son, pour qu'il soit traité et envoyé au nerf auditif. Le procédé court-circuite ainsi l'oreille externe, moyenne et interne.

QUI PEUT BÉNÉFICIER DE CETTE TECHNOLOGIE ?

Les patients calédoniens bénéficient, depuis de nombreuses années, de cette



Nadine Cochard (orthophoniste CHU Toulouse), Julia Mannin (orthophoniste, CHT), Dr Marie-Noëlle Calmels (Oto-rhino-laryngologiste pédiatrique et otologiste, CHU Toulouse), Claude Frémont (orthophoniste, CHT), Dr Véronique Grézard (Oto-rhino-laryngologiste, CHT). La coopération avec le CHU de Toulouse date de nombreuses années, mais depuis 2010, une convention entre les deux établissements permet au CHT d'être un centre d'implants bénéficiant d'un accompagnement des spécialistes toulousains.

technologie ; auparavant envoyés en métropole, ils peuvent, depuis 2010, être pris en charge au CHT.

L'implant, qui transmet le son sans solliciter l'oreille, est particulièrement indiqué quand cette dernière ne fonctionne pas ou plus. Il faut simplement que le nerf auditif soit opérationnel. C'est une solution à la surdité profonde ou sévère, congénitale ou acquise. Il s'adresse donc à de jeunes enfants sourds de naissance ou à des adultes qui ont perdu l'audition. Cependant, pour que le dispositif porte ses fruits, le patient doit avoir pratiqué la parole ou, dans le cas des enfants sourds dès la naissance, avoir une appétence pour la communication orale. Avant toute pose d'implant, un bilan médical ORL, neurologique, orthophonique, psychologique et social du patient est dressé. Il permet, justement, de faire le point sur d'éventuels freins à l'implantation et à son efficacité (enfant non oralisé, troubles associés à la surdité, manque d'implication de la

famille, contre-indication médicale...) Cette phase est indispensable pour établir les perspectives de réussite de la pose des implants.

« MON ENFANT VA-T-IL PARLER ? »

Ce temps de bilan est aussi un temps de maturation du projet pour le patient et son entourage. Face aux attentes des patients et de leur famille, les soignants préviennent : les résultats ne seront pas immédiats. Les bruits sont transmis mais l'interprétation de la parole devra se développer petit à petit, à force d'entraînement. L'implication de la famille étant un grand facteur de réussite, sa compréhension des enjeux du suivi est essentielle.

Le bilan permet aussi, parfois, de prendre en compte d'éventuels autres troubles. « Lorsqu'un enfant sourd souffre, comme dans 30 % des cas, de troubles associés (cécité, problèmes moteurs, problèmes cognitifs, autisme...), nous n'attendons

La partie externe, aimantée à la peau, contient le processeur qui va capter le son.

La partie interne est implantée sous le cuir chevelu et dans l'oreille interne.

Depuis 2010, le CHT est un centre d'implantations cochléaires. Grâce à une convention avec le CHU de Toulouse, il peut solliciter les avis et conseils de l'équipe du Dr Calmels et bénéficie, tous les 18 mois, de formation continue sur les nouveaux implants, les réglages et le suivi.

pas les mêmes résultats. Même s'ils sont bons dans la plupart des cas, la prise en charge est plus compliquée » explique Nadine Cochard, orthophoniste au CHU de Toulouse, qui intervient pour la 5^e fois sur le territoire.

QUELLE VIE AVEC LES IMPLANTS ?

Une fois l'implant posé chirurgicalement, toute une phase d'apprivoisement de l'appareil s'enclenche. Chaque électrode doit être programmée et les réglages s'adaptent au fur et à mesure. Pour que le « bruit » perçu soit interprété en langage, il faudra, chez les adultes, plus d'un an de rééducation orthophonique et d'entraînement. Pour les enfants sans repères linguistiques, l'apprentissage demande 2 à 3 séances hebdomadaires pendant plusieurs années...

Une fois cette adaptation du patient réalisée, celui-ci peut reprendre une vie quasi-normale. L'enfant pourra être scolarisé, en intégration dans une école

classique, avec l'aide d'AVS (assistants de vie scolaire), d'enseignants spécialisés ou de codeurs (qui vont associer chaque syllabe à un geste pour une compréhension plus facile de la parole). Formations, études supérieures, la surdité ne sera plus un frein. Les orthophonistes sont unanimes :

« l'arrivée de cette technologie a été une révolution ! La différence avec les prothèses est majeure : l'implant ouvre la voie vers la communication orale aux sourds profonds. On observe d'excellents résultats. Un enfant pris en charge avant 3 ans pourra même acquérir une voix "normale". »

« D'un côté pratique, on peut presque tout faire avec des implants, rassure l'équipe. Bien entendu, cela reste un matériel de haute technologie qui demande soin et entretien quotidien. Mais hormis les sports de combat, qui sont déconseillés, il n'y a pas de contre-indication. On peut même se baigner, plonger jusqu'à 40 mètres ou passer une IRM. »

➤ AU CŒUR DE LA VILLE ROSE, DES EXPERTS EN IMPLANTS COCHLÉAIRES

Le CHU de Toulouse est un Centre de référence en implants cochléaires. Il installe des implants depuis 1981. Le système était alors plus rudimentaire et s'adressait uniquement aux adultes. Mais en 1990, une utilisation pédiatrique a pu être mise en place et ce sont désormais 600 adultes et 400 enfants qui sont appareillés et suivis par les équipes du Pr Fraysse et du Pr Deguine. Parmi eux, on retrouve certains Calédoniens équipés avant l'ouverture du service nouméen.

LES IMPLANTS COCHLÉAIRES EN NC

> 34 patients implantés dont 16 enfants

> 4 millions XPF / implant

POUR LE BILAN, L'IMPLANT ET LE SUIVI :

> 1 médecin ORL coordinatrice et régleuse

> 2 chirurgiens ORL

> 2 orthophonistes libérales

> 2 régleuses

> 2 assistantes sociales

> 1 psychologue

SAGES-FEMMES : GAGNER EN COMPÉTENCES CHAQUE ANNÉE

Depuis plusieurs années, le professeur Jacky Nizard vient en Nouvelle-Calédonie pour assurer une mission en Gynécologie obstétrique. L'occasion, pour les sages-femmes du CHT Gaston-Bourret, de suivre des formations indispensables au maintien des compétences et à la qualité de leurs interventions.

Ces formations spécifiques, amenées clés en main, sont financées au sein de l'Ifap (Institut de formation à l'administration publique) et par le biais du réseau périnatal Naître en Nouvelle-Calédonie. Cette année, elles portaient sur les manœuvres obstétricales et les simulations d'urgence, l'analyse

du rythme cardiaque fœtal ainsi que les dernières recommandations de la Haute autorité de la santé (HAS) en matière de périnatalité.

MAÎTRISER LES SITUATIONS D'URGENCE

Dans un premier temps, le Pr Nizard a rappelé l'importance du travail en équipe et de la communication, notamment en situation d'urgence. Lorsqu'un médecin décide de pratiquer une césarienne en extrême urgence, son langage doit être compris immédiatement par l'équipe soignante : sages-femmes, aides-soignantes, infirmier anesthésiste et anesthésiste. La formation traitait aussi des manœuvres obstétricales, pratiquées directement par les sages-femmes et destinées à faciliter la naissance, lorsque le fœtus ne se présente pas de manière habituelle à l'accouchement. Il faut

rappeler que le plus souvent au CHT, l'accord pour un accouchement voie basse est validé lors d'un staff médical, quand les conditions cliniques sont favorables, même si le fœtus se présente par le siège (complet = pieds en premier, décomplété = fesses en premier). L'accouchement, réalisé par la sage-femme qui effectue les manœuvres obstétricales nécessaires, se déroule en présence du gynécologue obstétricien, qui prend le relais en cas de problème.

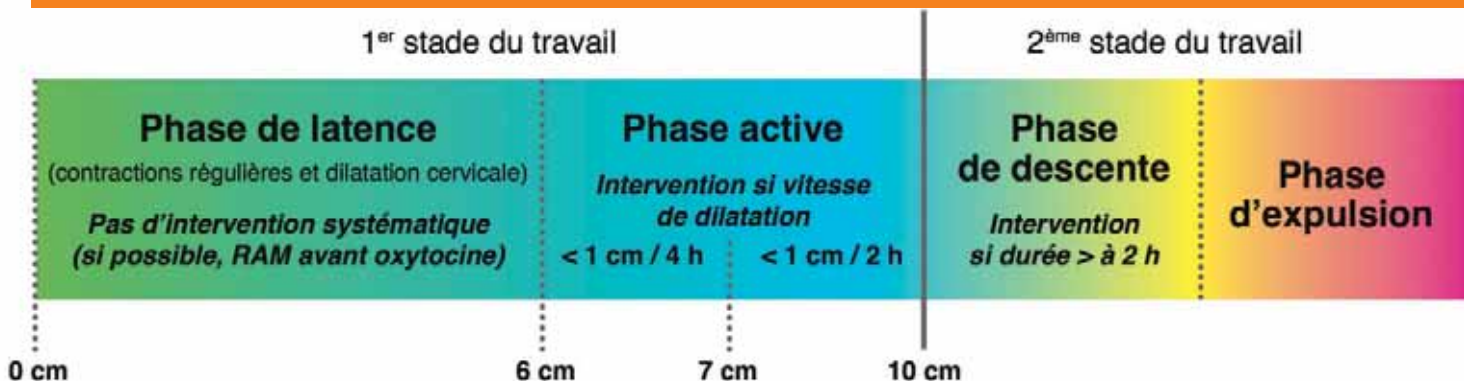
DÉVELOPPER LES COMPÉTENCES DES SAGES-FEMMES

Le spécialiste a également délivré une formation sur l'analyse du rythme cardiaque fœtal, à partir d'enregistrements réels. Comme les médecins, les sages-femmes ont appris, lors de leur cursus universitaire, à interpréter et



LE DÉROULÉ D'UN ACCOUCHEMENT PHYSIOLOGIQUE

Le service du Bloc obstétrical du Médipôle suit les dernières recommandations de la HAS en matière de prise en charge d'un accouchement dit normal, en respectant le rythme et la physiologie du travail. Les sages-femmes n'interviennent qu'à partir de la phase active, c'est-à-dire à 6 cm de dilatation du col, et si c'est nécessaire. Céline Mériadec, cadre sage-femme du service du Bloc obstétrical, rappelle, à la suite de la venue du Pr Nizard en octobre 2017, et grâce à un travail collaboratif avec les sages-femmes : « nous avons élaboré une procédure - en cours de validation - sur l'utilisation du Syntocinon®, pendant le travail spontané pour les grossesses à bas risques, dans le but d'optimiser son efficacité et de réduire ses effets secondaires ».





CHIFFRE

EN 2018, LE MÉDIPÔLE COMPTE 42 SAGES-FEMMES
(soit 38,5 ETP, équivalent temps plein).

14 D'ENTRE ELLES ONT SUIVI AU MOINS UNE DES TROIS FORMATIONS, SUR UN TOTAL DE 125 HEURES.

analyser un rythme cardiaque fœtal, en employant les mêmes terminologies. Les avancées scientifiques permettent, au fil des ans, de parfaire cette analyse. Ces dernières, ainsi objectivées sur des tracés issus du CHT, ont été transmises par le professeur au cours de la formation. Lors d'une revue de mortalité et morbidité (RMM), le professeur a aussi pu étudier deux dossiers, l'un issu du Médipôle, l'autre des Cliniques. Ces analyses *a posteriori*, avec situations d'urgence et risques très élevés de décès, sont réalisées et étudiées par une personne extérieure, selon les normes de la HAS. Elles permettent ainsi la mise en place des préconisations et actions, pour faire en sorte que ce type de situation ne se reproduise plus, dans le cadre de la politique qualité du CHT.

LES RECOMMANDATIONS DE LA HAS

Depuis deux ans, le spécialiste présente également les dernières recommandations de la HAS en matière de périnatalité, notamment sur les modifications de conduite à tenir ou l'inutilité démontrée de certains examens pratiqués sur le nouveau-né ou la patiente. En matière d'obstétrique, la tendance générale, depuis une vingtaine d'années, est d'hyper-médicaliser les accouchements et d'être interventionniste pour diminuer au maximum les risques. Le Pr Nizard est revenu plus particulièrement sur l'utilisation du Syntocinon®, médicament utilisé par les obstétriciens et les sages-femmes pour provoquer les contractions dans le cadre du déclenchement du travail ou pour le diriger. En effet, des études ont démontré que l'utilisation inutile ou abusive de la molécule Oxytocique, présente dans le Syntocinon®, peut provoquer des complications post-accouchement, comme

augmenter le risque d'hémorragie de la délivrance. Pour les patientes à bas risque, il est donc recommandé aux équipes médicales de laisser le travail se dérouler naturellement (voir encadré p.28). C'est pourquoi, lors des accouchements physiologiques, les équipes du Médipôle respectent les modalités recommandées par la HAS et favorisent la voie basse naturelle.



LE PROFESSEUR NIZARD EN QUELQUES MOTS...

Chirurgien spécialiste de l'appareil génital féminin, le Pr Nizard exerce en tant que gynécologue et obstétricien à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière. Il est également enseignant et chercheur à la Faculté de médecine Pierre-et-Marie-Curie. Auteur de plus d'une centaine d'articles référencés dans la littérature scientifique, en rapport avec ses activités de recherche et de soin, il est expert en obstétrique et plus spécifiquement en grossesses compliquées. Le Pr Nizard forme toutes les sages-femmes de Nouvelle-Calédonie (CHT, CHN et cliniques), dans le but d'uniformiser les pratiques et le langage.



UNE COLLABORATION DANS LE TEMPS

« Avec le Pr Nizard, nous avons travaillé dans le même service à Paris, il y a plus de 20 ans, et cela fait plus de 10 ans qu'il vient en Nouvelle-Calédonie dans le cadre de formations. Par le biais de l'Ifap et du réseau périnatal, ces formations prennent une dimension territoriale (CHT, CHN, province Nord et cliniques). Cette année, Jacky Nizard a pu aussi participer à nos Journées médicales calédoniennes. Ces temps de formation sont des moments d'échange essentiels pour les équipes et ils nous permettent de mettre à l'épreuve nos protocoles par des jeux de rôle. Sa venue offre l'opportunité, de par le profil universitaire du professeur, de valider les diplômes inter-universitaires d'échographie gynéco-obstétricale. »

Témoignage du Dr Erick Camus, chef du service de Gynécologie obstétrique

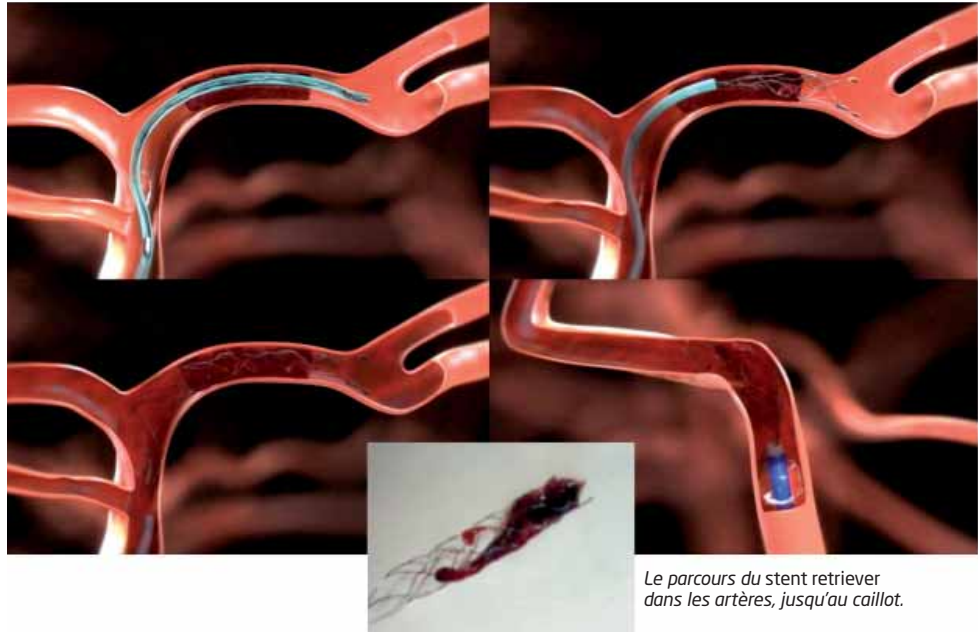


ACQUÉRIR DES AUTOMATISMES EN CAS D'URGENCE

Grâce au réseau périnatal Naître en Nouvelle-Calédonie, les sages-femmes disposent d'un mannequin, au CHT, sur lequel elles peuvent s'entraîner. Il est composé d'un ventre avec périnée jusqu'à mi-cuisse et d'un fœtus. Pratiquer pour acquérir des automatismes en situation de stress est indispensable.

LA RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE DANS LA PRISE EN CHARGE DES AVC EN PHASE AIGUË

Outre l'aspect diagnostique, l'imagerie s'intègre de plus en plus parmi les autres stratégies thérapeutiques. C'est notamment le cas des accidents vasculaires cérébraux (AVC), avec la thrombectomie mécanique, pratiquée au CHT depuis 2016.



Le parcours du stent retriever dans les artères, jusqu'au caillot.

Un AVC, ou attaque cérébrale, est un déficit neurologique brutal d'origine vasculaire : 80 % des cas sont d'origine ischémique par obstruction, 20 % sont hémorragiques et provoqués par la rupture de petits vaisseaux. Dans l'AVC ischémique, les conséquences sur le cerveau dépendent de la taille de l'infarctus, qui augmente au cours du temps. Les tissus et organes situés après le caillot ne sont plus irrigués et vont rapidement se nécroser, avec des séquelles pouvant être irréversibles si la circulation sanguine n'est pas rapidement rétablie. Pour rappel, à chaque minute d'anoxie cérébrale (arrêt du débit sanguin), ce sont 2 millions de neurones détruits. L'objectif est donc clair : il faut revasculariser le cerveau le plus rapidement possible.

CONFIRMER LE DIAGNOSTIC D'AVC ISCHÉMIQUE

Dès la suspicion d'AVC chez un patient, le diagnostic est confirmé par

l'imagerie, de préférence l'IRM qui permet de distinguer le type d'accident, ischémique ou hémorragique, de le dater approximativement et de localiser l'artère obstruée. Dans la plupart des cas, c'est grâce à l'entourage du patient que l'on peut dater le début de l'attaque cérébrale. Mais, parfois, le début des symptômes est beaucoup plus incertain et c'est l'imagerie, avec l'utilisation du produit de contraste, qui permet de vérifier si les dégâts sont ou non irréversibles et si une partie du cerveau est encore irriguée et donc viable.

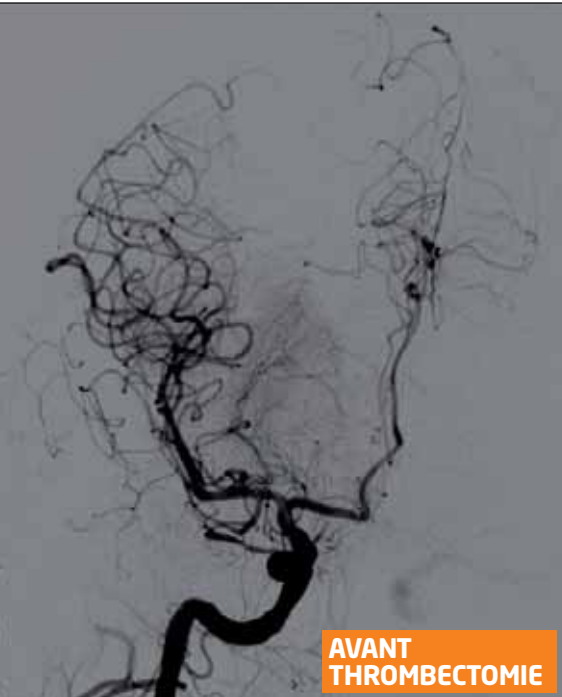
LA THROMBECTOMIE MÉCANIQUE

Contrairement à la thrombolyse intraveineuse, médicament permettant de dissoudre chimiquement le caillot uniquement dans les 4 heures 30 après l'AVC, la thrombectomie est une thérapeutique mécanique, réalisée par voie endovasculaire, qui est indiquée en cas d'obstruction proximale d'artères de trop gros calibre (carotide

interne ou artère cérébrale moyenne). Dans ces cas, la thrombectomie doit être pratiquée le plus rapidement possible avec une efficacité nettement supérieure à la thrombolyse et peut être réalisée, en fonction des cas, jusqu'à 24 heures après le début des signes (si le cerveau n'a pas trop souffert). De nombreuses études ont validé, de façon formelle, l'efficacité thérapeutique de la thrombectomie cérébrale dans la prise en charge de l'AVC ischémique et ont, *de facto*, entraîné un changement de paradigme dans la prise en charge actuelle des AVC en phase aiguë.

UN GESTE DE HAUTE TECHNICITÉ

Ce traitement, qui nécessite un équipement élaboré avec une salle de radiologie interventionnelle, consiste à introduire, via l'artère de la cuisse, un fin cathéter dont la progression est contrôlée, de façon extrêmement précise, par suivi radiologique jusqu'au niveau du caillot. Un petit ressort,



AVANT
THROMBECTOMIE



RECANALISATION
DES VAISSEAUX
APRÈS
THROMBECTOMIE

ou *stent retriever* (ressort auto expansif et retirable), est ensuite déployé dans le caillot, toujours sous contrôle radiologique. Le *stent* agit alors, au sein du caillot dans le vaisseau, pendant 3 à 5 minutes : le caillot adhère au stent ouvert et peut être retiré par aspiration. Depuis quelques semaines, pour une efficacité thérapeutique encore plus optimale, le CHT s'est équipé d'une pompe d'aspiration qui permet d'aspirer de manière continue le caillot, ce qui potentialise l'effet du *stent retriever*.

L'ACCÈS À LA THROMBECTOMIE, UN CHALLENGE POUR LE CHT

L'accès à cette révolution thérapeutique n'est pas possible 7 jours sur 7, ni 24 heures sur 24 au Médipôle. Seul un radiologue interventionnel maîtrise cette technique et la permanence des soins n'est pas toujours possible, notamment les week-ends et après 17h30. La création d'une astreinte de thrombectomie reste un challenge, qui devra être relevé rapidement en suivant le modèle de la cardiologie interventionnelle.

L'AVC

L'accident vasculaire cérébral est l'une des principales causes de mortalité, et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) prévoit une forte augmentation pour les prochaines années. C'est aussi la première cause de handicap acquis en Métropole, la deuxième cause de démence (après la maladie d'Alzheimer) et la troisième cause de mortalité chez les hommes, après le cancer du poumon et les maladies cardiovasculaires. Chez les femmes, c'est la première cause de mortalité, avant le cancer du sein.

ET EN NOUVELLE-CALÉDONIE ?

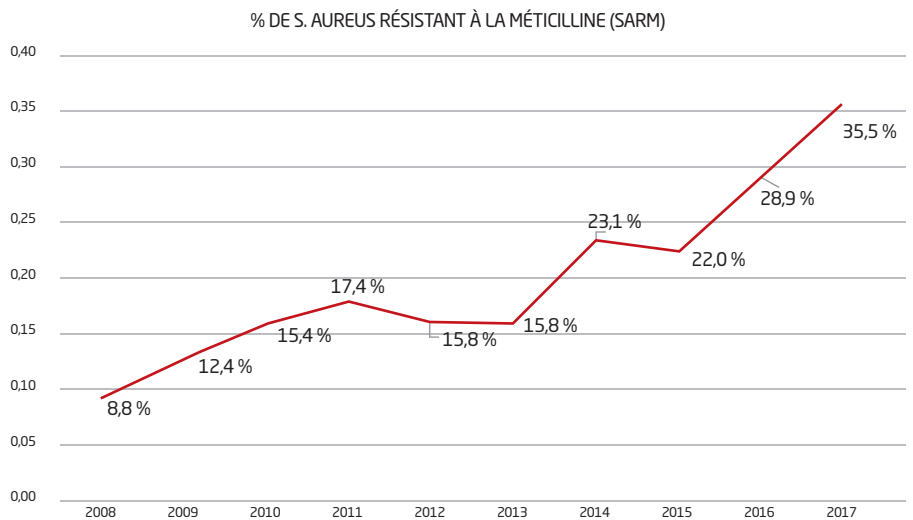
L'AVC, pathologie de plus en plus fréquente, frappe particulièrement les hommes originaires du Pacifique. En Nouvelle-Calédonie, il y a eu 360 AVC en 2016, soit 1 AVC par jour, en nette augmentation (110 en 1996) avec des patients beaucoup plus jeunes qu'en Métropole. Les patients originaires du Pacifique sont en moyenne significativement plus jeunes de 12,2 ans que les patients européens (60,6 ans vs 72,8 ans). Cette différence est encore plus marquée entre les hommes originaires du Pacifique et les hommes d'origine européenne avec 15,2 années d'écart (57,4 ans vs 72,6 ans). Une quarantaine de patients par an bénéficient d'une thrombectomie cérébrale au Médipôle.

LES FACTEURS DE RISQUE POUR LES ACCIDENTS CÉRÉBRAUX :

- > **Hypertension artérielle**, principale cause, qui se caractérise par une pression anormalement élevée du sang dans les artères, ce qui les fragilise ;
- > **Athérosclérose**, qui se caractérise par l'accumulation de corps gras dans les artères qui perdent leur élasticité et deviennent plus fragiles ;
- > **Hypercholestérolémie**, qui se manifeste par un taux de cholestérol trop élevé avec risque d'athérosclérose.
- > **Obésité et diabète**
- > **Sédentarité**
- > **Tabagisme**

QUELLES TENDANCES POUR LA CONSOMMATION D'ANTIBIOTIQUES ET LA RÉSISTANCE DES BACTÉRIES EN NOUVELLE-CALÉDONIE ?

Le Dr Julien Colot, responsable de la Bactériologie au sein du laboratoire de Biologie médicale, vient de présenter à ses pairs le recueil de dix années de données sur la consommation d'antibiotiques et la résistance des bactéries en Nouvelle-Calédonie. L'occasion de faire le point sur la situation du territoire quant à cette problématique de santé publique.



Ces 10 dernières années, le nombre de staphylocoques dorés résistants à la méticilline a été multiplié par 4, atteignant 35 % de la population totale de staphylocoques dorés.

Paris, novembre 2018 : L'Institut Pasteur organise un congrès « *Combating Resistance* », dédié au sujet préoccupant de la résistance des microbes (bactéries et virus) et des vecteurs (moustiques) aux différents traitements (antibiotiques, antiviraux, insecticides). Le Dr Julien Colot, en charge de la Bactériologie au sein du secteur de Microbiologie du laboratoire, y est venu partager le riche recueil de données calédoniennes sur le sujet. En comparaison de certains autres pays, La Nouvelle-Calédonie bénéficie de chiffres plutôt rassurants. « *Nous avons une résistance aux antibiotiques qui est bien présente mais qui reste stable*, explique le biologiste. *Alors que certains pays, notamment ceux en voie de développement, voient leurs chiffres flamber !* » Une ombre au tableau, pourtant : le staphylocoque doré, qui développe une forte résistance sur le territoire...

LA NOUVELLE-CALÉDONIE DISPOSE D'UNE BASE DE DONNÉES PRÉCIEUSE

Cela fait plus de dix ans que le service de Pharmacie et le laboratoire de Microbiologie opèrent un suivi très précis de la consommation et de la résistance aux antibiotiques au sein du CHT. Ces données permettent d'établir l'évolution de la consommation et de la résistance pour chaque antibiotique, ceci de manière plus ciblée, par secteur (Médecine, Chirurgie, Réanimation) et même par service.

Ces chiffres, prochainement présentés à la CME, serviront de base à un travail d'équipe, entre les infectiologues, les biologistes et les pharmaciens, pour améliorer les prescriptions au sein du Médipôle. Bien sûr, 80 % des antibiotiques sont prescrits par les médecins de ville mais le CHT se

Ten years (2008-2017) of antibiotic consumption and resistance in New-Caledonia

Objective: Since a decade, antibiotic resistance is increasing all around the world and is one of the public health priorities. The presence of high drug resistance (SARM) bacteria is more and more frequent and the lack of effective prophylaxis is today a worrying reality. The antibiotic prescription surveillance is a main control point to limit the development and spread of these MRSA bacteria. In New-Caledonia (NC) populations are also impacted by antimicrobial resistance with many high epidemic situations. This work aims to study during the last decade (2008-2017) in the Territorial Hospital Center of Noumea the consumption evolution of the most generating resistance antibiotics like oximethazolone-β-lactams, β-lactams, cephalosporins (C3G) and fluoroquinolones, and to follow up resistance evolution of the four main pathogens (*S. aureus*, *E. coli*, *K. pneumoniae* and *P. aeruginosa*) against these antibiotics.

Materials and methods: Antibiotic consumption is expressed in DDD (Defined Daily Dose) / 1000 bed-days of hospitalization (DDD). DDD is a unit defined by the World Health Organization for drug consumption between different populations. Antibiotic resistance is determined from diagnostic isolates collected in all patients hospitalized at least 24 hours in the Territorial Hospital Center of Noumea. Reference antibiotic criteria were defined as one major difference of the antibiotic patterns and a six months time period between two same isolates.

Results:

Year	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Amoxicillin/Clavulanic acid	281,42	349,20	384,57	235,05	222,27	261,79	262,90	288,92	308,71	302,89
Third-generation Cephalosporins (C3G)	83,90	74,23	69,35	71,27	62,62	68,62	68,22	69,78	80,02	79,30
Fluoroquinolones	82,30	75,20	69,05	71,73	68,64	68,30	59,03	56,04	52,97	43,27

Discussion: Concerning the most generating resistance antibiotics, there is a general trend of decreasing consumption for amoxicillin / clavulanic acid and fluoroquinolones, whereas the consumption of C3G seems to be slightly increasing. These evolutions are not however significant (Kruskal-Wallis test, average comparisons, non-parametric test). Concerning the resistance, no major changes were observed for *E. coli*, *K. pneumoniae* and *P. aeruginosa*. These encouraging results are probably linked to the actions carried out within the Territorial Hospital Center of NC since several years, to raise awareness about the proper use of antibiotics (weekly meeting in the intensive care and surgery departments), about on antibiogrammy, drafting of a local anti-infective guidelines, control of antibiotic prescription. Particularly, there is a significant increase in the percentage of MRSA over the decade, which could suggest the emergence of a new clone.

Conclusion: The Territorial Hospital Center of New-Caledonia has all the pharmacy and all the microbiology laboratory adapted monitoring methods to accurately follow the consumption of antibiotics and the evolution of resistance. These data are overall stable over the last decade. The highlight of this work is the increase in the MRSA percentage, requiring a thorough study to explain the phenomenon.

« *Antibiotiques : dix ans (2008-2017) de consommation et de résistance* », un état des lieux constitué par Dr Caroline Fijalkowski et Camille Cheval (Pharmacie), Dr Benoit Marot (Réanimation), Dr Cécile Cazorla (Médecine interne) et Julien Colot (Laboratoire), du CHT ; Vincent Richard de l'Institut Pasteur.

mobilise sur la problématique. « Nous sommes sur le bon chemin, mais il faut continuer les efforts », selon le Dr Colot. « On note une diminution de la consommation d'antibiotiques, mais qui n'est pas encore assez significative ». Rappelons que l'objectif, derrière cette démarche, consiste à éviter la résistance des bactéries aux antibiotiques en les prescrivant de mieux en mieux (et de moins en moins), « Prescrire l'antibiotique avec le spectre d'action le plus ciblé et pour la bonne durée », résume le Dr Colot, qui a d'ailleurs édité, avec ses collègues, un guide des anti-infectieux.

LE SARM : UNE TENDANCE ALARMANTE

Malgré les chiffres rassurants sur la stabilité des résistances bactériennes, il reste un mauvais élève : le *Staphylococcus aureus*, plus connu sous le nom de staphylocoque doré, qui a vu son taux de résistance multiplié par 4 en 10 ans. Cette bactérie est un germe très courant mais qui peut se révéler très virulent et résistant à l'ensemble de la classe des bêta-lactamines. Dans ce cas, il est désigné par le sigle SARM (*Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline). Cette flambée de résistance entraîne un véritable problème de santé publique pour la Nouvelle-Calédonie, comme le décrit le Dr Colot. « Le staphylocoque doré est la principale espèce bactérienne responsable d'infections pouvant aller du simple furoncle à des pathologies bien plus graves (ostéomyélites, endocardites), voire mortelles (pneumopathies nécrosantes). Ceci est particulièrement le cas dans les pays tropicaux comme ici, où le staphylocoque doré trouve des conditions climatiques (chaleur et humidité) idéales à son développement. Longtemps considéré comme un germe responsable d'infections nosocomiales, c'est-à-dire contractées à l'hôpital, ce dernier s'est aujourd'hui propagé en ville où il représente un réel problème de santé publique. À cela s'ajoute son niveau de résistance aux antibiotiques,



Des colonies de *Staphylococcus aureus*, cultivées dans une boîte de Pétri, au laboratoire de Biologie médicale du Médipôle.

qui est en pleine ascension en Nouvelle-Calédonie, et à la production très fréquente de toxines ayant des répercussions cliniques graves. » Ce qui est curieux, c'est que cette croissance forte ne se retrouve pas dans la majorité des pays, où la tendance est plutôt inversée. Alors, pour pouvoir étudier et comprendre le mécanisme en jeu ici, le Dr Colot a soumis, le 19 novembre, un projet de recherche au Fonds Pacifique 2019. Porté par le CHT, le projet SARM Pac se ferait en collaboration avec l'Institut Pasteur NC, le Centre national de référence des staphylocoques à Lyon, mais aussi le Centre Hospitalier de Polynésie Française, l'Hôpital de Sia, à Wallis-et-Futuna, les laboratoires de microbiologie clinique de Fidji et l'Hôpital central de Port-Vila, au Vanuatu. Le projet consiste à identifier, par des techniques de séquençage, les différentes souches de SARM circulant dans le Pacifique afin

CAMPAGNE DE SENSIBILISATION AU STAPHYLOCOQUE DORÉ EN NOUVELLE-CALÉDONIE

L'infection au staphylocoque n'est plus réservée au monde hospitalier. 90 % des infections se font dans le cadre communautaire !

La DASS NC a ainsi décidé d'éditer un dépliant de sensibilisation au staphylocoque doré et aux infections de la peau. Il s'adresse à toute la population du territoire. On y apprend à reconnaître les infections de la peau liées à cette bactérie. Le dépliant décrit également les situations propices au développement d'infections et le traitement nécessaire. A l'intérieur du document, sont détaillées toutes les recommandations d'hygiène pour éviter la transmission des microbes.

Bien entendu, en conclusion, il y est rappelé que « la prescription fréquente d'antibiotiques a conduit à l'apparition de staphylocoques dorés résistants à certains antibiotiques, notamment en Nouvelle-Calédonie où la situation est préoccupante. Soyez vigilants ! »



d'essayer d'enrayer le phénomène et de mettre potentiellement en évidence l'émergence d'un nouveau clone de SARM.

DENIS LECOURIEUX, LA STÉ. OU RIEN...

36 ans de fidélité à la Stérilisation ! Mais aussi à une valeur : toujours travailler pour le patient. Denis Lecourieux - une figure de l'hôpital, c'est sûr - a quitté son service fin novembre. Il sera à la retraite, pour de bon, le 30 mars prochain !



Si les mots imprimés pouvaient retranscrire son pur accent caldoche, on pourrait dire de lui, que « *c'est pas un gôsse !* ». Du fait de sa stature physique, évidemment, de sa maîtrise quasi sans faille de la préparation des boîtes de matériels chirurgicaux pour le Bloc, de ses coups de gueule, de ses engagements... La liste est longue.

UNE DES MÉMOIRES DU CHT

En 1982, date de son entrée à Gaston-Bourret version hôpital militaire, au brancardage, avant de basculer au bout de 4 mois vers la Sté, il sortait à peine de l'armée. Il « roulait » sur la Thiébaghi et c'est le Dr Paul, alors administrateur de l'établissement, qui lui a proposé le poste. Il s'amuse à constater qu'au fil du temps, il est devenu une sorte de mémoire du CHT. « *J'ai un peu tout connu, c'est vrai...* »,

dit-il. En commençant par 1984, la fin des militaires et l'arrivée aux commandes des médecins civils. « Les Toulousains » précise-t-il, histoire de placer une petite pique au passage. Puis le déménagement du Bloc au bâtiment P, en 1995, avec son corollaire, l'élargissement de l'équipe soignante, avec ses bons et moins bons côtés...

Des époques révolues mais dont il retient, avec nostalgie, l'apprentissage sur le terrain, souvent au cours de très longues journées, par exemple aux côtés de l'IBODE Sija Yeiwéné.

Époques durant lesquelles, lui semble-t-il, le respect existait plus qu'aujourd'hui entre les personnes...

Un dernier challenge ? La 2^e mission de l'IMM qui vient de se terminer, avec la préparation de l'ensemble des instruments chirurgicaux dans les temps, « *pour que tout le planning opératoire puisse être tenu dès le lundi matin...* »

POUR LE PATIENT...

Car là est son moteur. « *Le patient... On doit toujours penser à lui en premier. D'abord, c'est lui qui paye nos salaires, mais on doit surtout penser qu'il pourrait être l'un de nos proches, un parent, un enfant...* »

Lui qui a aussi été un membre du conseil d'administration du CHT, au titre du syndicat SOTPM, part donc maintenant à la retraite. « *Il faut que je pense un peu à moi, que je me ménage* », confie-t-il. Il va d'ailleurs repartir en Métropole quelques temps, comme il l'a déjà souvent fait, pour ses problèmes cardiaques.

Pas question, pour le moment, de céder à la tentation de retourner « rouler » un peu. Ses proches lui soufflent des messages de sagesse à l'oreille. « *Il est temps que j'écoute mon fils, ma petite fille...* », avoue-t-il.



LE VÉLO

Peut-on s'appeler Lecourieux sans être engagé dans le vélo ? Lui n'a pas dérogé à la règle en s'impliquant pendant près de 10 ans auprès des plus jeunes, aux côtés aussi de... Marie-Claire Kabar.

ILS NOUS REJOIGNENT...

VIANNEY BEHAGHEL

30 ANS

Praticien hospitalier au service de Cardiologie

Après un externat à Dijon, Vianney Behaghel part faire son internat au service Cardiologie du CHU d'Angers. Il complète son cursus par une mission médicale et universitaire, un clinicat en rythmologie. « *J'ai passé deux ans à temps plein au CHU et j'encadrais les étudiants hospitaliers du service* », précise-t-il. Après avoir prospecté pour s'installer en métropole, dans la région Ouest, on lui propose un poste avec des perspectives intéressantes à Saint-Malo, mais uniquement à partir de 2020. Ce jeune papa d'une petite fille de cinq mois décide alors, avec sa femme, de tenter l'expérience calédonienne. « *Mes objectifs durant ma mission au CHT sont multiples. Tout d'abord, stabiliser l'activité de rythmologie car le service n'a pas de praticien permanent dans ce domaine. Ensuite, continuer à me perfectionner dans ma pratique quotidienne et développer la technique d'ablation avec le Dr Hugon, en faisant venir le matériel et les compétences médicales adéquates sur le territoire. Enfin, me perfectionner dans la pratique.* »



VINCENT HUGON

49 ANS

Praticien hospitalier
au service Cardiologie

Ce Savoyard d'origine a fait ses études et son internat à Grenoble. En 2001, il décide de tester une expérience professionnelle ultramarine. « *J'avais besoin de changer d'air. Avec ma femme, nous sommes partis à la Réunion, pendant 2 ans, où j'ai*

été remplaçant en libéral », confie-t-il. À son retour en métropole, il devient chef du service Cardiologie à l'hôpital de Chambéry. Après 12 années d'exercice, Vincent Hugon avait envie de tourner une page et d'expérimenter une nouvelle expatriation « *en famille, cette fois* ». Arrivé sur le territoire en juillet dernier, il décrit la Nouvelle-Calédonie comme « *un petit paradis* ». Ce passionné de plongée et d'apnée profite de ses moments libres pour explorer les fonds marins du Caillou. Coté professionnel, Vincent Hugon souhaite développer une des techniques les plus performantes et innovantes actuellement pour traiter les troubles du rythme cardiaque : la cryoablation ou l'ablation par le froid. « *Grâce à une source de froid jusqu'à -50 °C, on "congèle" le pourtour des veines pulmonaires pour prévenir les récurrences de fibrillation atriale et pour maintenir un rythme cardiaque régulier* ». Et il y a de la demande ! « *Nous pourrions traiter 30 patients par an sur place plutôt que les évacuer. Avec le plateau technique exceptionnel qu'est le CHT, nous pouvons tout à fait démarrer ce geste ici en faisant venir la console et les compétences humaines nécessaires* ».



AUDREY PARET

31 ANS

Praticien hospitalier
au service de Pharmacie

Cette Calédonienne a quitté le territoire il y a treize ans, juste après avoir obtenu le bac au lycée Lapérouse, en 2004. Elle part en métropole, à Paris Descartes (5^e arrondissement), faire ses études de pharmacie. Elle fera son internat dans sept

établissements différents de la région Île-de-France. « *J'ai cherché à découvrir différents domaines de la pharmacie hospitalière pendant cette période. J'ai orienté ma formation vers ce qui m'intéressait le plus : la radiopharmacie et la production de chimiothérapie* ». En 2017, Audrey Paret prend une année sabbatique et voyage six mois en Amérique du Sud avec son ami... Et son sac de dix kilos sur le dos. « *Cette expérience m'a beaucoup apporté, j'ai vu des pays très beaux mais très pauvres, avec des paysages incroyables et des cultures différentes. J'ai pris le temps de vivre, je me suis remise à lire...* ». Après cette parenthèse, la pharmacienne est contente de « *reprendre un rythme et de se remettre au travail* ». Et, après avoir pratiqué dans les « *vieux hôpitaux parisiens* », elle apprécie le confort et la modernité du Médipôle. « *Ça fait treize années que je voulais revenir en Nouvelle-Calédonie. J'aimerais maintenant pérenniser mon poste et décrocher un CDI* ».

OUVERTURE DE LA CRÈCHE DE DUMBÉA MUTUALITÉ



La crèche Enfantasia, affiliée à la MDF, ouvrira le 14 janvier 2019, au sein du futur complexe Dumbéa Mutualité. La structure sera organisée en 3 sections : une salle pour les bébés à partir de 3 mois (10 places), 3 salles pour les petits marcheurs (54 places) et une salle de pré-maternelle (de 2 à 3 ans, 18 places). Les enfants seront accueillis entre 6h et 18h30 (dans la limite de 12 heures pour l'enfant), en continu du lundi au vendredi (horaires à confirmer).

INFO PRATIQUES :

> Coordonnées d'Enfantasia Dumbéa

Dumbéa Mutualité, 296 av. des Télégraphes - Dumbéa-sur-mer
Tél. : 72 48 04, enfantasia-dumbea@mdf.nc

> **Enfantasia Dumbéa est une structure agréée** par la Direction provinciale de l'action sanitaire et sociale.

> **Les demandes d'inscription** se font tout au long de l'année, en téléchargeant la fiche de préinscription sur www.mdf.nc, en

LA CRÈCHE EN CHIFFRES

- > 400 m² de surface
- > 5 salles d'accueil (une par groupe)
- > 1 salle de motricité
- > 1 zone de services (cuisine, bureaux...)
- > 1 cour intérieure ouverte et ombragée
- > 18 personnes dans l'équipe
- > 82 places pour les enfants de 3 mois à 3 ans

la complétant et en la renvoyant à enfantasia-dumbea@mdf.nc.
Tarifs disponibles en ligne.

> **Vous êtes adhérent MDF ?** Vous avez droit au forfait « crèche agréée », octroyé par la MDF. Son montant s'élève à 10 000 XPF par mois (moins 100 XPF à déduire au titre de la CCS). Justificatif téléchargeable sur www.mdf.nc

BIEN VIEILLIR EN NOUVELLE-CALÉDONIE

➤ FORTE PARTICIPATION À LA CONSULTATION PLÉNIÈRE

À la demande du Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie et sous la direction des trois hôpitaux publics, une équipe projet menée par le CHS s'attelle, depuis plusieurs mois, à la structuration de la filière gériatrique territoriale.

Il s'agit, pour les différents acteurs, de coordonner leurs actions dans l'objectif d'assurer la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale du nombre grandissant de seniors dans les années à venir, mais également de préserver leur autonomie.

Pour cela, l'équipe a rencontré les parties prenantes afin d'établir un diagnostic de la situation en :

- > **Relevant les caractéristiques et besoins des seniors et de leurs aidants, ainsi que leur avis ;**
- > **Identifiant le parcours de soins des seniors ;**
- > **Réalisant un état des lieux des coopérations entre les acteurs de santé.**

La consultation plénière a donc été organisée en 24 réunions, dans 11 communes, entre septembre et octobre. Elles ont bénéficié d'une forte affluence, conduisant même à la création de sous-groupes, pour que la parole de chacun puisse être entendue. En effet, 300 professionnels, membres de la société civile ou aidants, ont participé à ces échanges. « 110 aidants ont témoigné de leur vécu quotidien auprès de nos aînés ; leur implication dans cet accompagnement a permis de mesurer combien cette question du bien vieillir reste essentielle et attendue », relève d'ailleurs Jacqueline Bernut, présidente du conseil d'administration du CHT et du CHS, dans son point d'étape. L'équipe réalise désormais des entretiens auprès des professionnels et patients des établissements sanitaires et médico-sociaux. Le contenu de l'ensemble de ces échanges sera analysé et restitué sous forme de diagnostic partagé, au cours du premier semestre 2019. Cet état des lieux permettra de proposer, ensuite, un plan d'action.



Au service des Urgences, Marie Cheuret, médecin urgentiste et Benoit Chabert, chirurgien orthopédiste.



Marc Wete, directeur adjoint et d'autres membres du personnel préparent le geste coutumier avec Jean-Pierre Djaiwé, directeur de cabinet de Paul Néaoutyine.



Tous les patients qui arrivent au Pôle sanitaire du Nord passent par le bureau d'accueil, où un agent, ici Sandra Leseurre, les oriente.



Ici, le guichet d'accueil pour l'hospitalisation, l'imagerie médicale et le laboratoire avec deux agents issus du Médipôle, Hadra Mistoura et Laurelia Kawa.



Le chef Gathélia Wabealo, président du conseil des anciens du district de Baco, pendant la cérémonie de coutume.

UNE NOUVELLE OFFRE DE SOINS DANS LE NORD

Le Pôle sanitaire du Nord a reçu ses premiers patients le 21 novembre. Les équipes, presque au complet, prennent peu à peu leurs marques dans un établissement à taille humaine.

Repoussée de près de trois mois, en raison de la présence de flore bactérienne dans les circuits internes d'eau, l'ouverture du Pôle sanitaire, le 21 novembre à Koné, a été accueillie avec joie, notamment par le personnel médical. Pendant cette période, il a en effet été affecté en renfort dans les hôpitaux de Koumac et de Poindimié, ce qui impliquait de longs déplacements quotidiens... Les équipes techniques, de leur côté, ont mis à

profit ce délai supplémentaire pour peaufiner la logistique nécessaire au fonctionnement d'une structure comme celle-ci : informatique, circuit du linge, stérilisation, cuisine satellite pour la présentation des repas préparés par un prestataire extérieur...

UNE URGENÇE VITALE DÈS LA PREMIÈRE HEURE

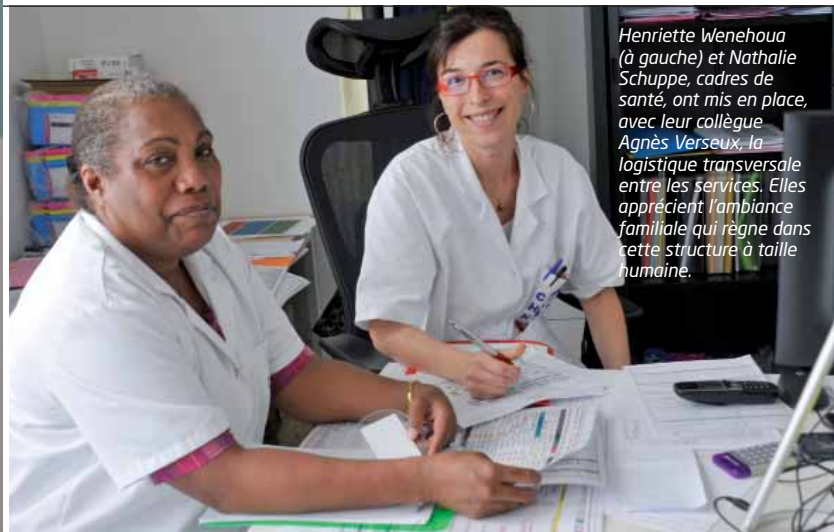
Ce 21 novembre a donc été le premier test, en conditions réelles, du « circuit du patient » : toutes les personnes, à leur arrivée, passent par l'agent d'accueil, qui les oriente vers les différents guichets (Hospitalisation, Laboratoire, Imagerie médicale ou Consultation), un système de tickets permettant de limiter le temps d'attente.

Les Urgences (selon le modèle habituel) ont un accueil distinct. L'équipe des

trois médecins urgentistes présents à l'ouverture devrait bientôt être renforcée par trois médecins supplémentaires, ce qui permettra d'intervenir en format SMUR dès le début de l'année 2019. En attendant, à la demande de la régulation (installée au Médipôle), les équipes se déplacent comme le faisaient jusqu'à présent les équipes du dispensaire de Koné. « Une heure après l'ouverture, l'équipe a démarré en trombe pour intervenir auprès d'une jeune fille de 15 ans en arrêt cardiaque dans un établissement scolaire de la zone. Le soir-même, celle-ci a été évacuée vers le Médipôle », relate le directeur adjoint du CHN, Marc Wete. Dans la même journée, un autre patient a été acheminé à Nouméa, vers le Médipôle. Dans les deux cas, le passage par le Pôle sanitaire du Nord a permis de préparer l'évasan au mieux.



Pour Agnès Verseux, son poste de cadre de santé fait d'elle le garant de la qualité des soins.



Henriette Wenehou (à gauche) et Nathalie Schuppe, cadres de santé, ont mis en place, avec leur collègue Agnès Verseux, la logistique transversale entre les services. Elles apprécient l'ambiance familiale qui règne dans cette structure à taille humaine.

« UN FORMIDABLE OUTIL »

Dans le même jour, trois personnes ont intégré l'Unité de surveillance continue du Pôle sanitaire du Nord, une nouveauté destinée à des patients qui ont besoin d'une prise en charge rapprochée. Agnès Verseux, longtemps infirmière en réanimation, est aujourd'hui cadre de santé en charge des Urgences, de l'Unité de surveillance continue et de la Pharmacie. La création de l'Unité de surveillance continue est, de son point de vue, « un formidable outil » qui permet de préparer au mieux les patients lorsqu'une évacuation est nécessaire. En tant que cadre, elle assure le lien entre les médecins et les équipes paramédicales, les infirmiers, les ambulanciers, les agents en charge du bionettoyage. Le délai avant l'ouverture de l'équipement au public a permis de mettre au point, avec ses deux autres collègues cadres, Nathalie Schuppe et Henriette Wenehou, l'ensemble des circuits : stérilisation, linge, pharmacie, restauration... « Dans les équipes, il faut que chacun sache ce qu'il doit faire. Lorsqu'il y a de l'harmonie, de la cohérence, cela garantit la qualité des soins. »

Les cadres travaillent de façon étroite avec les médecins. « On cale l'organisation paramédicale sur l'activité médicale. » Nathalie Schuppe, cadre en charge de la Maternité, de la Chirurgie, de la Médecine et du Laboratoire, arrive du secteur privé à Nouméa. La

Calédonienne apprécie de travailler dans une petite structure, avec plus de proximité entre les agents, plus de solidarité et une direction très accessible. Ce qui n'empêche pas une organisation cadrée et rigoureuse. « Je prends soin des agents pour qu'eux-mêmes prennent soin des patients », explique-t-elle. Henriette Wenehou, en charge du Bloc opératoire, des Consultations, des Soins externes et de l'Imagerie médicale, arrive de l'hôpital de Koumac où elle était cadre depuis son retour de formation. Elle avait auparavant débuté sa carrière à l'hôpital de Poindimié. Elle connaît donc bien les hôpitaux du Nord et semble à l'aise. « Ici, au pôle sanitaire du Nord, le personnel est très mélangé avec des gens qui arrivent de Koumac, de Poindimié, des métropolitains... Ce mix crée les conditions d'un bon échange », souligne Nathalie Schuppe.

DES ESPACES RÉSERVÉS AU REZ-DE-JARDIN

Le Pôle sanitaire du Nord a été conçu de manière à ce que seul le personnel muni d'un badge puisse accéder au niveau du rez-de-jardin où sont regroupés la pharmacie, le laboratoire, la stérilisation, la cuisine satellite et des bureaux. Chef de service de la pharmacie, le Dr Frédéric Rigault détaille avec satisfaction les étagères des magasins où se trouve le stock de médicaments mais aussi des dispositifs modernes qui simplifient les opérations chirurgicales et permettent un rétablissement plus rapide. Une navette est assurée chaque jour à destination des centres hospitaliers de Koumac et de Poindimié pour approvisionner la pharmacie. Un appareillage permettra bientôt de préparer sur place les traitements pour les chimiothérapies.



Le rez-de-jardin n'est accessible qu'au personnel avec un badge. Autour du jardin, très soigné comme tous les espaces extérieurs, se trouvent la pharmacie, le laboratoire, la cuisine satellite, les services techniques...





Aymeric Denis, responsable des services techniques, a suivi toute la construction de l'équipement. Il a été en première ligne pour régler la question de la qualité de l'eau de soins.

Un peu plus loin, le service de la stérilisation dispose également d'installations modernes, qui permettent, notamment, la traçabilité de toutes les étapes de la stérilisation du matériel. Il fait face au laboratoire.

PLUS DE FLEXIBILITÉ

Aymeric Denis a suivi toute la construction du Pôle sanitaire du Nord. Le responsable technique, qui a lui aussi son bureau au rez-de-jardin, gère, avec une petite équipe, tous les aspects techniques du fonctionnement du Pôle sanitaire du Nord et des hôpitaux de Poindimié et Koumac. Ces trois derniers mois, il a été en première ligne face aux problèmes d'eau. « On s'est battu pour trouver une solution et mon rôle est de faire en sorte que le système de traitement de l'eau fonctionne, avec

une ronde technique chaque soir et chaque matin. », explique-t-il. La montée en puissance de l'établissement est progressive. « Cela nous aide aussi que la structure ne fonctionne pas à plein régime dès l'ouverture... »

Pour les équipes techniques, le délai supplémentaire a donné de la flexibilité aux derniers réglages. Peu à peu, l'organisation se rôde dans un équipement tout neuf, avec des équipes qui apprennent à se connaître et à travailler ensemble. Le premier bébé né au Pôle sanitaire du Nord, dès le vendredi 23 novembre à 14 heures, était un beau garçon, Naëlick, de la tribu de Netchaot à Koné. Le premier d'une longue série qui naîtra désormais ici, au Pôle sanitaire du Nord.

Jean-Paul Poadjare, agent des services techniques et logistiques, a travaillé sur le chantier du Pôle sanitaire avant d'intégrer les équipes.



La pharmacie a aussi déménagé de Koumac à Koné. Des navettes sont assurées quotidiennement pour acheminer les médicaments dans les hôpitaux décentralisés explique Dr Frédéric Rigault, responsable du service pharmacie.

LES SERVICES AU PSN

REZ-DE-JARDIN

- > La Pharmacie
- > La Stérilisation
- > Le Laboratoire central
- > La Technique (eau, électricité...)
- > Le Magasin général
- > La Lingerie
- > La partie restauration
- > La gestion des déchets
- > Les bureaux

REZ-DE-CHAUSSÉE

- > L'Accueil
- > Les Consultations
- > L'Hémodialyse
- > L'Unité de surveillance continue
- > Les Urgences
- > L'Imagerie médicale
- > L'Hôpital de jour
- > L'Administration

NIVEAU 1

- > L'Hospitalisation
- > Le Bloc obstétrique
- > Le Bloc opératoire
- > La Salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI)



Du côté gauche de l'entrée au niveau 1, les infirmiers qui reçoivent les patients des consultations.



De gauche à droite, Alexandre Wacalle, ambulancier, Myriam Mesikoeo, ambulancière au SMUR, et Dimitri Kaoua, infirmier du service des urgences.

TOURNOI DE VOLLEY INTERSERVICES

L'association du CHT a organisé, le 24 novembre dernier, son 1^{er} tournoi mixte interservices de volley à l'Arène du Sud à Païta.

Sur le terrain, 18 équipes se sont disputé la victoire :

- > X-men (Radiologie)
- > USIC (USIC)
- > La Gastro (HGE)
- > Samurges (Urgences)
- > Team USIC (USIC)
- > Les Fatals Bistouris (Bloc opératoire)
- > Les Dawas (Brancardiers)
- > Les Squales (Brancardiers)
- > La Bandanous (Laboratoire)
- > Baby boom (Bloc obstétrical)
- > Vichieuses (Chirurgie viscérale)
- > Logistique Bande (Coursiers + magasin général)
- > RéanADire (Réanimation)
- > Réatadouille (USC)
- > AirForceOne (DSIB)
- > Les anges (Agents de palier)
- > Pit Boule (Coursiers)
- > SI2S (Sécurité/Sûreté)

Après des matchs serrés, les vainqueurs se sont imposés :

- > AirForceOne
- > Pit Boule
- > La Gastro
- > Les dawas

Le Meilleur joueur :
José Goué
La Meilleure joueuse :
Marie-Yvonne Natu

Les organisateurs
Logistique
de l'Association
du CHT



Les vainqueurs



Et les derniers
du classement...
La Bandanous !



FINALE TERRITORIALE DE VOLLEY FILLES - CATÉGORIE LOISIRS

Le 2 décembre a également eu lieu la finale territoriale de volley filles - catégories Loisirs, au Lycée du Grand Nouméa. L'équipe de l'Association du CHT a remporté la finale.

Les filles ont également ramené 3 titres complémentaires :

> Meilleure joueuse :
Séphora Hmaloko

> Meilleure attaquante :
Catherine Waetheane

> Meilleure défense :
**Élodie Wahaga, épouse
Waetheane**

Sans oublier, bien sûr, Vaïlima Kecine, qui a œuvré tout au long de l'année pour mener à la victoire cette équipe de volley de l'Association du CHT.

« Félicitations
à notre équipe ! »



VIDE GRENIER DE L'ASSOCIATION DU CHT

Le 2 décembre dernier, l'association du CHT a organisé un vide-greniers à la Maison de vie associative de Dumbéa-sur-Mer.

il y avait 25 stands au vide-greniers de l'association, de quoi faire de bonnes affaires !

