

Le magazine du Centre Hospitalier d'Avignon

CHALLENGE

À LA UNE

- > Diabète de l'enfant
- > Pompe externe à insuline
- > Responsabilité Sociétale des Entreprises
- > Formation préparateur en pharmacie
- > Assistantes médico-administratives



DOSSIER PATIENT INFORMATISÉ
**Au service de la
qualité des soins**

Une responsabilité collective

« Nos enfants n'auront pas le temps de débattre des changements climatiques. Ils devront vivre avec les effets. De simplement nier le problème trahit l'esprit de notre pays. » B. OBAMA

Les pays occidentaux vont connaître dans les décennies à venir deux mutations économiques et sociales majeures : une transition démographique imposée par le vieillissement de la population, et une transition écologique indispensable par respect pour les générations futures.

Au cœur de ces enjeux de demain, les établissements publics de santé sont devenus des acteurs de l'action publique comme de l'activité économique. De plus en plus investis d'une mission sociétale, ils doivent alors assumer de nouvelles responsabilités.

Quelques chiffres tirés du rapport d'activité 2016 suffisent à illustrer la place et le rôle de notre établissement sur son territoire :

- > 14 000 interventions au bloc opératoire
- > 3 045 accouchements pour 3 115 naissances
- > 40 383 entrées directes en hospitalisation
- > 27 800 hospitalisations de jour
- > 115 000 passages aux urgences adultes, enfants et gynécologiques
- > 39 000 journées de soins de suite et réadaptation
- > 24 332 journées en unités de soins de longue durée.

Au total, 372 800 venues, soit plus de 1 000 patients ou consultants entrant chaque jour sur le site hospitalier, et des moyens mis en œuvre conséquents : un budget d'exploitation de 270 000 000 euros, soit 740 000 euros par jour, et plus de 3 500 fiches de paie mensuelles pour assurer cette mission.

Une mission et des moyens qui nous renvoient inexorablement à une responsabilité envers nos patients, nos agents, notre environnement.

Une entreprise, un hôpital, c'est une communauté de personnes partageant les mêmes objectifs, les mêmes valeurs au service d'un intérêt commun. À ce titre, le CHA se doit de définir sa responsabilité sociale.

À l'initiative de nombreuses démarches de développement durable depuis plusieurs années, l'établissement est engagé dans la démarche Responsabilité Sociétale des Entreprises.

Économies d'énergies, priorisation des produits locaux et des circuits courts, gestion intelligente des déchets, plan de déplacements inter-entreprises... sont autant d'actions mises en œuvre par notre hôpital.

Cette dynamique met à l'honneur notre centre hospitalier engagé dans une démarche de développement économique respectueux des hommes et de leur environnement.

Merci à toutes et tous pour votre implication au sein de notre Hôpital.

Merci pour votre engagement et votre investissement au service de nos patients et dans le respect de notre environnement.

En vous souhaitant une bonne lecture et d'excellentes vacances.



Jean-Noël JACQUES
Directeur

> Service

- Centre de documentation p3

> Institution

- Responsabilité Sociétale des Entreprises p4-5

> Organisation

- Préparation des préparateurs en pharmacie p6-7
- Dossier Patient Informatisé p8-9

> Soins

- Diabète de l'enfant p10-11
- Traitement par pompe externe à insuline p12-13

> Zoom

- Assistantes médico-administratives p14-15

> Brèves

- Orthogériatrie p16
- Marathon de Paris p16

> DIRECTEUR DE PUBLICATION

- Jean-Noël JACQUES, Directeur du CHA

> RÉDACTEURS EN CHEF

- Alain BOHEME, Directeur adjoint, poste 3940
- Marielle PETIT DE GRANVILLE, Responsable de la communication, poste 3981

> COMITÉ ÉDITORIAL

- Alexandra AGNEL, Qualificatrice, poste 3459
- Jean-Luc ARMONICO, DIM, poste 3093
- Philippe DI SCALA, Stratis
- Franck HERY, Restauration, poste 3505
- Philippe MASSON, Chef de service, Néonatalogie, poste 3665
- Magali LUC, Directrice adjointe, poste 3904
- Claire CHRESTIA, Cadre supérieur de santé, poste 3580

> SECRÉTARIAT DE RÉDACTION


04 32 75 39 02

> CONCEPTION & RÉALISATION

Stratis 04 98 01 26 26

> CRÉDIT PHOTOS

CH Avignon, G. Lougassi, Stratis, X.


 Centre de documentation

Des outils performants pour vos recherches documentaires professionnelles

Rouvert en 2008, le centre de documentation du CHA a su se créer un public d'habitué de toutes les professions.

► Parmi les services proposés au centre de documentation, vous retrouverez le carnet de veille diffusé chaque semaine par mail, la diffusion des sommaires de revues sélectionnées par vous et des recherches bibliographiques personnalisées en fonction de vos besoins.

Connaissez-vous le portail Kentika ?

Le centre de documentation offre aussi la possibilité d'utiliser un portail intranet en ligne, Kentika, à partir duquel vous pouvez

retrouver des références documentaires disponibles dans la base de données. Suite au questionnaire diffusé au mois d'avril 2017, des modifications ont été apportées sur Kentika. Afin de vous guider, vous pourrez retrouver des tutoriels courts et illustrés pour apprendre à vous en servir efficacement.

Pour une formation plus personnalisée, sachez que des ateliers de formation à la recherche documentaire sont possibles. Vous pouvez choisir un créneau et prendre

rendez-vous via un formulaire d'inscription. Pour cela, rendez-vous sur Kentika !

Violaine DEJEAN

Documentaliste

Célia VIDAL

Stagiaire en documentation

Contact

Du lundi au vendredi de 9h à 16h30 :

Violaine DEJEAN

vdejean@ch-avignon.fr

04 32 75 39 94

LES HABITUÉS DE LA DOCUMENTATION



Candice VENTURELLI
Cadre de santé IADE
Hématologie clinique et
oncologie médicale

« Je connais la documentation depuis 2011. Cela me permet de gagner en efficacité et en temps, par exemple lors de la constitution de dossiers ou pour des présentations à destination des soignants. En effet, la documentaliste est une personne qualifiée pour la recherche avec une vision sur l'ensemble des articles disponibles à l'hôpital. Elle peut réaliser des recherches bibliographiques avec toutes les références des documents, ce qui nous permet de gagner du temps. »



Dr Philippe QUETIN
Praticien hospitalier
Néonatalogie

« J'utilise la documentation depuis 2012, je l'ai découverte lorsque je réalisais la bibliographie de mon mémoire. Pour moi, c'est une révolution, car à l'hôpital, nous avons peu d'échanges avec des services spécialisés en néonatalogie, et la documentation y remédie en nous fournissant des articles rapidement. Cela nous permet de rester informés sur les évolutions de notre métier. La documentaliste peut en effet nous fournir une bibliographie en temps réel sur une pathologie ou encore nous obtenir des informations pour établir un diagnostic médical. »



Marie-Hélène RIPERT
Infirmière
Equipe de Liaison et de
Soins en Addictologie

« J'ai découvert la documentation il y a 8 ans. J'emprunte régulièrement des revues en rapport avec le métier d'infirmière pour les consulter chez moi, je reçois aussi les sommaires qui m'intéressent. On ne fait pas partie d'un CHU avec une bibliothèque universitaire, la documentaliste y remédie donc en affinant le travail de recherche grâce à sa disponibilité. J'ai besoin de me renouveler et de m'enrichir en termes de connaissance. La documentation me permet de trouver un équilibre dans ma vie professionnelle, cela me donne une ouverture d'esprit. »



Dr Pierre COURANT
Praticien hospitalier - Réanimation

« Je me rends régulièrement à la documentation pour consulter des revues. Je me sers aussi beaucoup de la diffusion des sommaires. L'avantage de la documentation est qu'elle permet un accès à une banque de données plus large tout en faisant gagner en rapidité pour la recherche et l'accès aux documents. J'utilise la documentation depuis 1982, depuis sa réouverture en 2008 elle a connu un réel bond qualitatif, notamment par une rapidité des réponses concernant les recherches bibliographiques et l'accessibilité à des articles online. La question se pose d'une évolution vers une documentation électronique unique. Un regret, la perte d'accès à la banque de données UP-TO-DATE; et une piste d'amélioration par la promotion de l'utilisation de la documentation auprès des jeunes médecins en particulier la formation pour la recherche bibliographique comme par exemple l'initiation à Zotero. »

► RESPONSABILITÉ SOCIÉTALE DES ENTREPRISES

Soigner les patients d'aujourd'hui en



Thomas MONESTIER, Sophie DUCLAUX, Grégoire BERNATAS et Olivier HOLWECK Conseillers développement durable chez Primum Non Nocere

Conscient de son rôle de « promoteur de la santé », le Centre Hospitalier d'Avignon participe à l'offre sanitaire en insistant sur l'amont (éducation, prévention...), favorise l'accès aux soins pour tous, contribue à l'amélioration du cadre de vie des patients, des conditions de travail du personnel, et il se doit également d'être exemplaire en limitant son empreinte écologique et sa contribution à l'effet de serre.

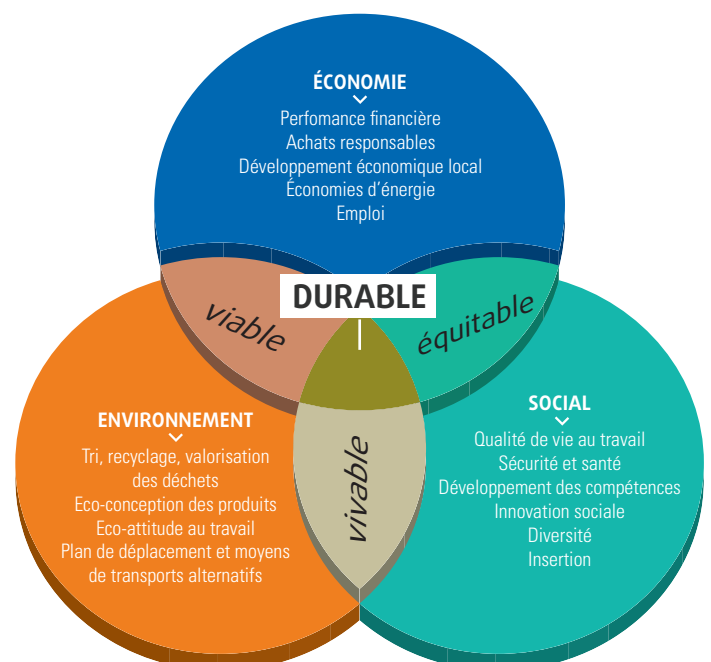
> Le développement durable est une notion citoyenne qui, appliquée aux établissements de santé, s'apparente à une démarche de Responsabilité Sociétale des Entreprises. La RSE se définit aujourd'hui comme une démarche volontaire d'amélioration continue qui consiste à mettre en œuvre des pratiques responsables liées aux domaines économique, social et environnemental.

flux (eau, déchets, énergie...), le Centre Hospitalier d'Avignon s'est engagé depuis de nombreuses années dans une démarche de développement durable, et plus récemment à l'automne 2015, dans une démarche de Responsabilité Sociétale des Etablissements (RSE) auprès de l'ANFH (organisme collecteur de fonds de formation pour la fonction publique hospitalière).

Les établissements hospitaliers doivent désormais répondre à de nouvelles contraintes, au même titre que tous les établissements recevant du public :

- > le Grenelle de l'Environnement tout d'abord (2007 pour le Grenelle I et 2010 pour le Grenelle II), qui inclut notamment une réduction de 15 % des déchets incinérés et stockés, et une réduction de 20 % des émissions de Gaz à Effet de Serre (GES) ;
- > les Plans Nationaux Santé et Environnement (le PNSE 2 2009-2013 et le PNSE 3 2015-2019) sur la réduction, la substitution de substances toxiques, l'amélioration de la qualité de l'air intérieur ;
- > le Plan Santé au Travail (2016-2020) avec notamment l'évaluation des risques psychosociaux, des troubles musculo-squelettiques, du risque chimique...

À la fois acteur de santé publique, employeur, acheteur, concepteur et utilisateur de bâtiments, consommateur et émetteur de



Primum non nocere, deinde curare !
« D'abord ne pas nuire, ensuite soigner ! »

prenant soin des générations futures



« En marche vers l'hôpital promoteur de santé »



Pour mener à bien cette démarche, le Centre Hospitalier d'Avignon est accompagné par le cabinet Primum Non Nocere®, agence de conseil en développement durable en santé. Cet accompagnement, financé intégralement par l'ANFH PACA-Languedoc Roussillon, a pour point de départ la réalisation d'un diagnostic développement durable réalisé en janvier 2017.

Trois jours d'audit ont permis aux quatre conseillers développement durable chez Primum Non Nocere®, de déterminer les points forts de l'établissement et définir un plan d'actions qui devra être réalisé dans les prochains mois sur les thématiques suivantes : communication, achats, respect des usagers, qualité de vie au travail, déchets, bâtiment-énergie, eau, transports, hygiène des locaux et hébergement, restauration et biodiversité. Ainsi, sur 143 préconisations, 60 actions à fort impact ont été prioritaires pour une mise en œuvre d'ici mars 2018. L'animation et la coordination de ces actions a été confiée, en interne, à Sandrine MOY, désignée « référente RSE » du Centre Hospitalier d'Avignon.

Des gestes éco-citoyens à la portée de tous les professionnels hospitaliers

Lister toutes les initiatives du Centre Hospitalier d'Avignon qui peuvent générer des bénéfices en termes d'économies, d'image tant auprès des personnels hospitaliers que des usagers ou encore des fournisseurs serait trop long.

En voici quelques exemples concrets :

- > Agir auprès de nos fournisseurs pour réduire les sur-emballages, supprimer les catalogues « papier ».
- > Poursuivre le développement de nouvelles filières de tri des déchets (ex : recyclage des sondes d'électrophysiologie ou des stimulateurs cardiaques).

- > Réduire les risques chimiques pour les professionnels (ex : étiquetage des vaporisateurs après reconditionnement des produits d'entretien, augmenter la part des produits éco labellisés).
- > Développer les médecines alternatives (ex : hypnose, acupuncture, techniques innovantes).
- > Réduire le gaspillage alimentaire en adaptant l'offre alimentaire aux publics hospitalisés (court et long séjour) et en servant les bonnes quantités aux patients et personnels, trier ses bio-déchets à la sortie du self pour créer du compost.
- > Poursuivre la politique de « relamping » pour réduire la consommation en électricité.

Magali LUC
Directrice adjointe
Sandrine MOY
Référente RSE

¹ Le Développement durable (DD) est « un développement qui répond aux besoins des générations du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs ».

² Primum Non Nocere®, filiale du C2DS, a été fondée pour conseiller, former et accompagner, les entreprises et collectivités aux enjeux du développement durable et les aider à réduire leurs impacts environnementaux, économiques et sociaux.

En savoir plus ?

Guide 2015 des pratiques vertueuses en DD des établissements sanitaires et médico-sociaux (téléchargement libre sur le site du C2DS)

PRÉPARER LES PRÉPARATEURS

Le 29 avril 2017, Franck SALEUR, Préparateur en Pharmacie Hospitalière (PPH) au Centre Hospitalier d'Avignon et correspondant région pour l'Association Nationale des Préparateurs en Pharmacie Hospitalière (ANPPH), a convié ses collègues préparateurs à une réunion d'information. Une trentaine de professionnels de la région dont quinze travaillant dans les établissements du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) de Vaucluse ont fait le déplacement pour s'informer sur les nouvelles thérapeutiques disponibles.



➤ Le Dr Isabelle TRINH, Pharmacien au CHA, a développé les thèmes suivants :

- > l'hémophilie de type A transmission et symptômes,
- > les différentes étapes de fabrication d'un Médicament Dérivé Sanguin,
- > la cascade de la coagulation,
- > les nouvelles molécules et leurs schémas thérapeutiques.

Un atelier pratique a permis d'échanger avec les participants sur l'utilisation de la spécialité ELOCTA et des différents conseils à apporter aux patients quand aux bons usages de leur traitement. Le Dr Serge BELLON, Gastro-entérologue au CHA, a présenté l'évolution thérapeutique de l'hépatite C, expliquant que pendant 25 ans, l'hépatite C a été traitée par INTERFERON, traitement lourd et responsable de nombreux effets indésirables, avec seulement 30 à 60% de guérison. En 2014, l'apparition des anti-viraux a révolutionné la prise en charge de cette pathologie obtenant entre 97 et 100% de guérison avec une très bonne tolérance. Enfin, en janvier 2017 l'arrivée du traitement universel laisse entrevoir la forte probabilité d'éradiquer la maladie en 2030. L'importance de l'éducation thérapeutique du malade et de l'implication du PPH dans cette activité a fait l'unanimité.

Le devenir des Pharmacies à Usage Intérieure

L'après-midi fut consacré à informer l'auditoire sur les GHT, leur mise en place, le devenir des PUI dans les GHT et le rôle de l'ANPPH. M. Jean-Noël JACQUES, Directeur du CHA établissement support du GHT de Vaucluse, nous a rassurés sur le devenir des Pharmacies à Usage Intérieure (PUI) en précisant qu'elles ont toutes leur place et un rôle à jouer, rappelant aux PPH l'importance de comprendre l'évolution de leur métier dans les années à venir et d'en être acteurs.

Pour clore cette rencontre, Muriel SELIADE et Franck SALEUR ont répondu aux interrogations notamment au sujet de l'éducation thérapeutique. L'occasion aussi de souligner que l'ordonnance du 15 décembre 2016 rappelle que la PUI est « chargée de mener toute action de pharmacie clinique, à savoir de contribuer à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé... et d'entreprendre toute action d'information aux patients et aux professionnels de santé sur les produits de santé, ainsi que toute action de promotion et d'évaluation de leur bon usage... ».

Sophie LUCAS

Préparatrice en Pharmacie Hospitalière

EN PHARMACIE DE PACA



► TÉMOIGNAGE

« DES RÉUNIONS POUR ÉCHANGER SUR NOTRE MÉTIER ET SUR DES THÈMES SCIENTIFIQUES »

Entretien avec Franck SALEUR, Préparateur en Pharmacie Hospitalière (PPH) au CHA

Challenge : Pouvez-vous nous parler de votre parcours ?

Franck SALEUR : « Préparateur en Pharmacie Hospitalière depuis 2001, j'ai exercé dans deux établissements de santé, l'institut Gustave Roussy et le Centre Hospitalier de Gonesse. Originaire de l'Est Francilien et vivant en Ile de France depuis 20 ans, j'ai souhaité trouver une qualité de vie meilleure dans une ville de province. L'opportunité de travailler au CHA s'est proposée, j'ai donc rejoint le CHA il y a 6 ans. »

Pourquoi avoir intégré l'ANPPH ?

FS : « J'ai intégré l'ANPPH en 2015 en tant que correspondant de région car je tiens à participer activement à la promotion et à l'évolution de notre profession en remettant sur pied le réseau ANPPH PACA. J'ai ensuite été rejoint par Sophie LUCAS en 2017. »

Quel objectif poursuivent ces réunions annuelles ?

FS : « Les réunions d'informations ont pour objectif de réunir les préparateurs hospitaliers et officinaux pour échanger sur leur métier et sur des thèmes scientifiques. Cette rencontre fut l'occasion de démontrer l'importance du recours à la formation continue et à l'obtention de nouvelles compétences, et d'établir un parallèle entre les idées et les conclusions relevées lors des 38èmes Journées Nationales de Formation (JNF) 2017 à Juan-les-Pins consultables sur le site internet de l'ANPPH. »

Un impact positif sur la

Depuis le début de l'année 2017, le projet de Dossier Patient Informatisé (DPI) au sein du Centre hospitalier d'Avignon est entré dans sa phase de mise en œuvre concrète.

➤ Porté par une volonté de doter le CHA d'un outil moderne, plus sûr pour les patients et plus ergonomique pour les utilisateurs, le DPI vise à réunir, en un seul logiciel :

- > le dossier médical,
- > le dossier de soins,
- > l'ensemble du circuit du médicament, depuis la prescription par le médecin jusqu'à l'administration du médicament par l'infirmière, en passant par les phases de validation et de préparation au niveau de la pharmacie.



Un déploiement dans 10 services

Le choix a également été fait de réaliser les mouvements de patients (transfert d'un service à un autre par exemple), au sein du DPI, afin de ne pas avoir à passer d'un logiciel à un autre.

Le DPI a d'abord été déployé dans 3 services pilotes : la Neurologie, la Chirurgie Vasculaire et Thoracique et la Néphrologie. Ces premiers services ont permis d'identifier les difficultés inhérentes à tout démarrage de projet d'envergure, de revenir vers l'éditeur pour faire procéder à certaines améliorations du produit, et également d'orienter en interne les travaux des différents ateliers de suivi du DPI. C'est fort de cette expérience que le Comité de pilotage du projet a pu valider la phase de montée en charge, permettant ainsi d'atteindre 10 services déployés au mois de mai 2017 : Rhumatologie, Dermatologie, Soins de Suite et de Réadaptation Fontaine et Mistral, Court séjour gériatrique, Service de Médecine Interne Infectiologie Aigue Polyvalente.

Enfin, en matière d'accompagnement, le déploiement du DPI dans les services est systématiquement précédé de deux phases préparatoires, conditions de la réussite d'un tel projet :

- > une phase de formation de tous les utilisateurs du service,
- > une phase de remplacement des ordinateurs par du matériel neuf. L'ensemble du réseau Wi-Fi de l'établissement sera également renouvelé à partir de juin 2017.

Le dossier de soins informatisé Trakcare

Un Dossier Patient Informatisé (DPI) permet une traçabilité des soins, le partage des informations, une prise en charge globale et complète du patient par l'ensemble des acteurs du soin, du médecin aux soignants, y compris les transversaux.

Dans le DPI, le dossier de soins est l'outil par excellence des IDE et des AS. Le cadre de proximité est responsable de sa bonne tenue et de la traçabilité des soins. Il est donc garant de la qualité des soins pour le patient. L'implication du cadre de santé est l'élément essentiel de la réussite du projet. Il motive, rassure et accompagne les équipes dans le changement. Il doit donc maîtriser l'outil pour répondre aux questions lorsque l'équipe projet est partie dans un autre service.

La préparation du déploiement dans un service de soins

Une prise de contact avec l'encadrement est organisée dès qu'un service est pressenti. Les agents sont inscrits aux formations en amont du démarrage, les formations se composent de 4 modules de 1h30 chacun (6h par agent) en salle de formation en journées séparées pour les équipes de jour ou en regroupées sur un jour pour les équipes de nuit.

Les outils spécifiques sont construits (favoris de prescription, questionnaires de surveillance...). L'équipe projet (1 CSS, 1 IDE, 1 Ingénieur informatique, chef de centre DSI) accompagne les équipes soignantes sur les 3 vacations (matin, après-midi et nuit) la première semaine en collaboration avec le cadre de santé, afin de voir le maximum de personnes.

La veille

Il sera nécessaire de procéder à des audits réguliers pour vérifier la bonne utilisation du dossier de soins afin de limiter les dérives et les dysfonctionnements nuisibles à la bonne prise en charge du patient. Le groupe institutionnel dossier de soins est garant de la bonne tenue du dossier. Il en détermine la stratégie de contrôle et d'évaluation de l'encadrement au niveau de l'établissement. Il est lui-même chargé de réaliser des audits réguliers.

Le dossier de soins informatisé permet aussi d'identifier les dysfonctionnements dans les organisations et met en lumière les mauvaises pratiques. Il permet donc de se poser la question de la pertinence des organisations en place et de réfléchir en équipe et au niveau institutionnel à une autre organisation possible.

Si le changement est parfois difficile, il permet de se remettre en question. De façon générale, les équipes qui ont été déployées ont montré leur professionnalisme et leur capacité d'adaptation et je les en remercie.

qualité des pratiques et des soins

Premier retour d'expérience

L'informatisation des données de santé est une évolution incontournable de la pratique médicale, certes non dénuée de risques (bugs informatiques, attaque virale bloquante, etc), mais malgré les craintes techniques, fonctionnelles et ergonomiques, voire un certain degré de résistance au changement, notre courte expérience de déploiement du DPI Trakcare nous est apparue comme positive sur plusieurs points : l'accès regroupé à l'information avec un dossier unifié, une amélioration de la sécurisation et de la traçabilité, permettant une meilleure articulation entre les pratiques des soignants.

Si le déploiement effectif du DPI, pour les trois services pilotes, a débuté au mois de janvier 2017, il a commencé pour un certain nombre d'entre nous (référénts médicaux et paramédicaux, pharmaciens, DSI) plusieurs mois en amont par la réalisation d'un paramétrage du logiciel adapté au CHA, pour faire de la formation et communication sur le produit et aussi préparer de manière ciblée des outils facilitants comme la création de kits et favoris. Même si cette préparation a nécessité un travail important, il a été, de manière indiscutable, un atout dans l'aide au déploiement.

D'autres « challenges » nous attendent, la poursuite de la mise en place du DPI dans les autres services tout en ayant un suivi des services déjà déployés, continuer à faire évoluer le logiciel et préparer la suite comme l'élargissement du périmètre du DPI. La réussite du projet passera par l'optimisation des outils technologiques, l'adhésion et l'implication de tous et, sur la capacité d'évolution du DPI TrakCare.

Dr Roselyne PILLARD-GAGLIANO
Dr Pierre COURANT
Référénts médicaux du projet DPI

► TÉMOIGNAGES

Faire avancer la santé numérique

David MARCHAND, IDE nuit en Neurologie, Fanny COCGUEN, Michèle COSTE, Laure LAURENT, Virginie RIBERT, AS jour en Chirurgie vasculaire et thoracique nous font part de leurs expériences.



Challenge : Quelles sont les avantages liés au déploiement du DPI dans l'exercice quotidien de vos pratiques ?

D. MARCHAND : « Le DPI permet un accès rapide à l'intégralité du dossier médical. Cette vision globale du patient permet d'améliorer les transmissions et la traçabilité des informations, surtout en ce qui concerne les paramètres vitaux. »

F. COCGUEN, M. COSTE, L. LAURENT, V. RIBERT : « L'accès direct à l'ensemble des informations concernant le patient nous permet de gagner du temps depuis que nous n'avons plus besoin d'effectuer de « navettes » pour rechercher le dossier sous son ancienne forme papier. De plus, nous pouvons saisir des informations en temps réel et l'utilisation de TrakCare est facile. Notre travail est valorisé, en particulier en terme de traçabilité. »

Et vis-à-vis de la qualité des soins apportés aux patients ?

D. MARCHAND : « La prise en charge du patient est plus rapide, et le risque d'erreurs limité. »

F. COCGUEN, M. COSTE, L. LAURENT, V. RIBERT : « La planification des soins sur la journée offre une vision globale de la prise en charge permettant de vérifier que rien n'ait été oublié et garantissant ainsi une fiabilité et une qualité des soins égale. »

Combien de temps vous a-t-il fallu pour être opérationnel ?

D. MARCHAND : « 15 jours environ ont été nécessaires pour être opérationnel. Ceci étant, le logiciel est évolutif et des adaptations à notre exercice professionnel sont effectuées régulièrement. »

F. COCGUEN, M. COSTE, L. LAURENT, V. RIBERT : « Même si le plus dur est passé, le logiciel est encore en phase d'adaptation. Durant la phase d'apprentissage, la saisie des données est plus longue et de ce fait nous sommes un peu moins disponibles pour les patients. La procédure étant plus complexe par rapport au dossier papier, nous rencontrons parfois quelques difficultés pour notifier les transmissions. Néanmoins, nous sommes pour une informatisation totale, conscientes de l'économie que représente la suppression du papier. »

Propos recueillis par Claire CRESTIA
Cadre supérieur de santé, Pôle Médecine

Le diabète de l'enfant



Dans le service de pédiatrie de l'hôpital d'Avignon, nous suivons plus de 200 enfants diabétiques, âgés de 1 à 17 ans. Environ 30 à 40 enfants arrivent pour un diagnostic inaugural de diabète chaque année, ce chiffre étant en constante augmentation.

La 3^e maladie chronique de l'enfant

Le diabète est une maladie de plus en plus fréquente chez l'enfant, 3^{ème} en fréquence des maladies chroniques de l'enfant, après l'asthme et les maladies neurologiques.

Il s'agit chez l'enfant, dans 95% des cas, du diabète de type 1 (DT1), d'origine auto-immune, qui n'est absolument pas en lien avec l'alimentation de l'enfant, ni avec son poids, et dont la cause est actuellement inconnue. Il nécessite un traitement par insuline d'emblée, dans tous les cas. La prévalence du diabète de type 1 dans la population générale est de 0,3%. Dans 10 à 15% des cas, le diabète de type 1 est associé à une autre maladie auto-immune. Les autres causes de diabète de l'enfant sont très rares, d'origine génétique, ou liée à une autre maladie. Le diabète de type 2 n'existe qu'exceptionnellement chez l'enfant en France.

De nombreuses recherches sont faites pour comprendre pourquoi la fréquence du diabète de type 1 augmente (elle a doublé en 20 ans), mais sans succès pour l'instant. Contrairement au diabète de type 2, majoritaire chez l'adulte, le diabète de type 1 n'est pas lié à l'hygiène de vie, ni au poids, ni à l'hérédité.

L'importance du diagnostic

Les symptômes faisant évoquer la maladie sont la polyuro-polydipsie (urines très fréquentes entraînant une soif importante), la fatigue et l'amaigrissement. L'évocation de la maladie doit faire pratiquer un simple test urinaire (bandelette à la recherche de sucre) ou un test sur une goutte de sang (glycémie capillaire, communément appelée « dextro »), qui suffit pour faire le diagnostic et décider d'adresser l'enfant aux urgences pédiatriques le jour même. Contrairement à ce qui est fait chez l'adulte, il n'est pas nécessaire chez l'enfant de demander un bilan sanguin, qui retarde le diagnostic, ce qui peut être dangereux. L'évolution peut être en effet très rapide chez l'enfant, conduisant à l'acido-cétose, qui est une décompensation grave du diabète : le sang devient acide et rempli de corps cétoniques, ce qui

provoque des douleurs abdominales, puis des vomissements, une déshydratation, une respiration rapide, puis potentiellement un coma. Quasiment la moitié des diabètes de l'enfant sont diagnostiqués au stade d'acido-cétose en France, ce qui est malheureusement tardif et dangereux.

Le traitement et la prise en charge

Le traitement du diabète de type 1 repose sur l'administration d'insuline sous-cutanée, en 4 injections par jour généralement, faites par l'enfant lui-même ou par ses parents, à l'aide d'un stylo à insuline. L'insuline peut également être administrée par une pompe à insuline. Actuellement en France, 40% des enfants sont traités par pompe à insuline, petit boîtier contenant de l'insuline rapide, relié par une tubulure très fine à un cathéter sous-cutané, changé tous les 2 jours. Cette pompe diffuse de l'insuline en continu pour les besoins de base, selon un débit variable dans la journée, programmé par avance, et l'on doit injecter une petite quantité d'insuline supplémentaire à chaque repas (« bolus »), et lorsque le taux de sucre dans le sang (glycémie) monte trop. Les doses d'insuline doivent être ajustées chaque jour, encore plus chez l'enfant que chez l'adulte, car l'alimentation et l'activité sont souvent irrégulières, et car la croissance modifie les besoins en insuline. Ceci nécessite une surveillance des glycémies capillaires idéalement 6 fois par jour, ce qui fait partie des contraintes de la maladie.

L'alimentation doit être équilibrée et si possible régulière, conforme à ce que devrait manger tout enfant même non diabétique. L'activité physique régulière est recommandée, aucun sport n'étant contre-indiqué, bien au contraire.

Tout doit être fait pour que l'enfant garde une vie normale malgré les contraintes liées au traitement. Ceci est plus facile quand le diabète est bien compris par l'enfant, sa famille et son entourage, d'où l'importance d'une bonne formation initiale sur la gestion de la maladie (10 à 15 jours d'hospitalisation lors de la découverte de la maladie). Le suivi repose ensuite sur 3 à 4

en augmentation constante

« L'activité physique régulière est recommandée, aucun sport n'étant contre-indiqué »

consultations par an chez un pédiatre spécialisé en diabétologie.

Une ré-hospitalisation est parfois nécessaire en cas de difficulté de prise en charge, en cas d'infection intercurrente, d'épisode aigu d'hyper ou d'hypoglycémie importante, de changement de forme de traitement.

Certains enfants ne sont jamais ré-hospitalisés, d'autres le sont parfois plusieurs fois par an.

Progrès et avenir

De nombreux progrès sont faits depuis des années sur le matériel utilisé pour administrer l'insuline : introduction des stylos à insuline remplaçant les seringues dans les années 90, remboursement des premières pompes à insuline en 2000, pompe sans fil nouvellement mise sur le marché, remboursée par la sécurité sociale depuis à peine un an... et pour surveiller la glycémie capillaire : miniaturisation des appareils nécessitant un goutte de sang de plus en plus petite, et donnant un résultat de plus en plus rapide, et tout récemment lecteur ne nécessitant plus de piquer les doigts, remboursé depuis le 1^{er} juin 2017.

L'avenir repose probablement sur une pompe couplée à un capteur de glycémie, qui permettrait de réguler automatiquement l'administration d'insuline selon la glycémie, en créant un véritable pancréas artificiel.

La greffe de pancréas n'a pas sa place dans le traitement du diabète de l'enfant.

Florence JOUBERT

Praticien hospitalier, Pédiatrie, endocrino-pédiatrie



► UNE COLLABORATION AVEC L'ASSOCIATION NATIONALE D'AIDE AUX JEUNES DIABÉTIQUES (AJD)

Le samedi 4 février dernier, nous avons accueilli dans le service de pédiatrie, en collaboration avec l'AJD, 28 enfants et 42 parents, pour une séance de 2h en salle de conférences pour les parents avec au programme :

- > Présentation de l'AJD par la responsable des réseaux de l'Association, venue de Paris pour l'après-midi, puis discussion avec les parents sur le but et les moyens de redémarrer une association de familles d'enfants diabétiques sur le Vaucluse.
- > Animations pour les enfants, répartis en 4 tranches d'âge, encadrés par 4 bénévoles d'origine variée (dont 2 membres du service de pédiatrie), aidées par 6 Blouses Roses, et intervention de 4 clowns du Rire Médecin.
- > Groupes de discussion d'adolescents, de parents, dans le cadre d'une étude de recherche relative aux compétences psychosociales des adolescents diabétiques, dans le but d'étudier les besoins et les attentes en ce qui concerne l'éducation thérapeutique destinée aux adolescents DT1 dans le bassin méditerranéen.
- > Goûter pour tous à 16h en salle de staff de pédiatrie.

Cet après-midi a été un succès, et les familles se sont retrouvées en dehors de l'hôpital, sur l'île de la Barthelasse, le dimanche 2 avril, et réfléchissent depuis à créer un programme d'activités régulières, pour partager leur vécu, s'entraider et encourager les familles nouvellement touchées par la maladie.



Pompe externe à insuline :

Le traitement par pompe à perfusion continue sous-cutanée d'insuline est apparu dans les années 70's en Grande-Bretagne. Il a suivi les travaux pionniers de l'équipe du Pr Gérard SLAMA qui utilisa une pompe à perfusion d'insuline par voie veineuse à l'Hôtel Dieu de Paris. C'est le Dr Philippe RUBIN qui a créé l'unité de soins ambulatoires par pompe à insuline au Centre Hospitalier d'Avignon (CHA) en 1987. Le matériel était acheté par l'hôpital et le consommable fourni aux patients par le service lui-même. Il a fallu attendre décembre 2000 pour que le traitement soit inscrit au TIPS (Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires) et donc remboursé par l'assurance maladie (J.O du 4 février 2001). Le traitement est passé de la confidentialité à un usage beaucoup plus répandu. En 2000, 39 patients étaient sous pompe à insuline au CHA, actuellement, plus de 500 patients le sont ; et ce chiffre ne cesse d'augmenter.



Fonctionnement de la pompe à insuline

La pompe est un système d'administration d'insuline (analogue rapide) programmable et géré par le patient. Elle est portée en permanence, également la nuit. Néanmoins, lorsque le patient prend sa douche, se rend à la piscine, fait du sport, dans les moments intimes, elle peut être retirée au maximum 2 heures. Sa taille ne cesse de diminuer au fil des années. Un ou plusieurs débits de base sont programmés sur 24 heures. Les bolus (dose d'insuline administrée sur une courte durée) sont réalisés en début de repas par le patient, soit en allant dans la fonction « bolus » dans la pompe, soit par l'intermédiaire d'une télécommande. Le réservoir d'insuline (ou la cartouche pré-remplie) est relié à un cathéter qui se termine par une canule en téflon placée sous la peau. Les cathéters sont pour la plupart déconnectables. Le patient change lui-même ses cathéters, en moyenne tous les 2 jours, de préférence le matin. Les nouvelles pompes patch (en France, une seule est actuellement commercialisée, l'Omnipod®) n'ont plus de cathéter, seulement un réservoir d'insuline (POD) collé sur la peau avec canule intégrée, et une télécommande (PDM) pour la faire fonctionner. La fréquence du remplissage du réservoir à insuline (contenance maximale de 300 unités) ou de changement de cartouche dépend de la consommation journalière. La pompe comporte des alarmes qui indiquent le niveau de fonctionnement des piles, la quantité d'insuline restante, l'inter-

ruption accidentelle de l'administration d'insuline... Des accessoires permettent le port de la pompe sur soi selon diverses modalités (ceinture velcro, clip à pinces pour la fixer à la taille, pochette placée sous les aisselles ou au niveau du soutien gorge...).

Une surveillance glycémique pluriquotidienne est indispensable pour s'assurer du bon fonctionnement de la pompe et adapter au mieux son débit de base et ses bolus. En cas d'arrêt accidentel de l'infusion d'insuline (par exemple par obturation du cathéter, présence de bulles d'air dans la tubulure, plicature de la canule...), le risque de déséquilibre glycémique avec production de corps cétoniques, voire même d'acidocétose est très important ; d'où la nécessité d'une vigilance particulière et donc d'une auto-surveillance glycémique d'au minimum 4 fois par jour afin de pouvoir réagir rapidement. Enfin, des capteurs de glucose (non remboursés à ce jour par l'assurance maladie), reliés à la pompe, peuvent être posés sur la peau ; ils possèdent une électrode sous-cutanée qui mesure la glycémie interstitielle qui s'affiche sur l'écran de la pompe afin de guider au mieux le patient dans l'adaptation des doses d'insuline. Selon le modèle, cela peut déclencher automatiquement un arrêt de l'administration d'insuline par la pompe en cas d'hypoglycémie sévère. Dans un futur proche, la pompe à insuline pourra administrer automatiquement la dose d'insuline correspondant au niveau glycémique mesuré par le capteur, c'est le principe du pancréas artificiel.

➤ EXEMPLES DE POMPES À INSULINE DISPONIBLES EN 2017



Pompe Animas Vibe®
(Johnson & Johnson)



Pompe (patch) Omnipod®
(Ypsomed)



Pompe Accu-chek Insight® (Roche)



Pompe 640G® (Medtronic)

30 ans d'expérience au CHA

Indications du traitement

L'administration d'insuline par une pompe se rapproche au mieux de la sécrétion insulinaire pancréatique par rapport aux multi-injections. L'objectif est d'améliorer le contrôle glycémique tout en diminuant la fréquence des épisodes hypoglycémiques. Outre ses avantages métaboliques, ce traitement est susceptible de faire face aux fluctuations des besoins en insuline en périodes diurnes et nocturnes et permet ainsi d'améliorer la qualité de vie des malades. Le patient diabétique sous pompe peut librement faire la grasse matinée, sauter un repas s'il le désire sans altérer son équilibre glycémique. Il peut également adapter plus précisément ses doses d'insuline aux repas (insulinothérapie fonctionnelle) après un apprentissage avec une équipe pluridisciplinaire (diabétologue, IDE, diététicien) formée. En cas d'activité physique, il adaptera son débit de base et/ou ses bolus pour éviter les hypoglycémies.

La pompe à insuline est le traitement de référence chez la femme diabétique enceinte en raison des fluctuations très importantes de la glycémie pendant la grossesse.

Une législation très précise

Le traitement par pompe à insuline est inscrit sur la Liste des Produits et Prestations Remboursables (Journal Officiel n°44 du 25/08/2006 et arrêté du 17/07/2006), ce qui sous-entend plusieurs conditions :

- 1) Il est instauré au cours d'une hospitalisation dans un centre initiateur spécialisé en diabétologie et qui possède une structure dédiée au traitement par pompe à insuline et au moins deux médecins spécialistes en Endocrinologie-Diabétologie-Maladies Métaboliques (ou titulaire de la compétence ordinale en Endocrinologie et Métabolisme ou en Endocrinologie et Nutrition) qui doivent obligatoirement organiser une astreinte médicale fonctionnelle 24h/24 et 7jrs/7.
- 2) Seul le diabétologue est habilité à renouveler l'ordonnance du matériel (réservoirs d'insuline, tubulures, cathéters, piles...) ; sa livraison est réalisée par un prestataire de services qui doit lui aussi respecter un cahier des charges bien précis (astreinte 24h/24, obligation de formation dans les centres initiateurs, respect des règles de matériovigilance...). Quant à l'insuline, elle peut être renouvelée par le médecin traitant. Le coût moyen du traitement par pompe à insuline est d'environ 7000 € par an, par patient.



Le Réseau Diabète Provence

En 2002, tous les centres initiateurs de traitement par pompe externe à insuline de la région PACA-ouest (dont Avignon) et de la Corse se sont regroupés au sein d'un réseau dénommé « réseau Diabète Provence » qui comporte actuellement plus de 2220 patients sous pompe à insuline. En adhérant au réseau, le patient s'engage à respecter les conditions requises conformes aux textes officiels et précisées dans la charte avec nécessité d'un suivi régulier en consultations de diabétologie, évaluation annuelle dans le centre initiateur...

Organisation au CHA

L'équipe médicale comporte 3 PH et 1 assistant, d'astreinte de sécurité 24h/24, 365 jours par an. L'équipe paramédicale spécialisée dans le traitement par pompe et formée à l'éducation thérapeutique, comprend un cadre de santé, une équipe paramédicale (infirmières, aide-soignante) et diététique. La phase d'initiation du traitement se fait en hospitalisation de semaine et dure environ 5 jours. Un bilan éducatif partagé est réalisé et plusieurs séances individuelles et collectives d'éducation sont proposées. Un carnet de suivi glycémique est remis au patient : il comporte, outre des informations purement médicales, les coordonnées téléphoniques du service d'Endocrinologie joignable 24h/24, le protocole de remplacement par stylos à insuline en cas de dysfonctionnement de la pompe, dans l'attente de son changement éventuel par le prestataire. Enfin, le programme « mise en place du traitement par pompe externe à insuline » a obtenu une autorisation par l'Agence Régionale de la Santé PACA depuis mars 2011.

Une plus grande souplesse pour le patient

À l'ère de l'insulinothérapie fonctionnelle, la pompe à insuline est devenue un moyen incontournable dans le traitement des diabétiques sous insuline. Elle accorde au patient une plus grande souplesse dans la gestion de ses repas tant sur le plan quantitatif que qualitatif, en leur offrant également la possibilité de les prendre à des horaires variables d'un jour à l'autre. Elle est le gold standard pendant la grossesse. Sa connexion à un capteur de glucose, actuellement en boucle ouverte et prochainement en boucle fermée, c'est à dire le pancréas artificiel, va révolutionner la vie des diabétiques sous insuline.

Cet article est dédié à la mémoire du Dr Philippe RUBIN

Dr Eric BENAMO
Chef de service
Endocrinologie

► PUBLICATIONS DU SERVICE

- > Effets de la prise en charge optimisée avec insulinothérapie intensifiée sur l'issue de la grossesse chez la femme diabétique - Congrès de l'ALFEDIAM, 2006
- > Traitement intensifié du diabète de type 2 : pompe externe ou multi injections ? (Etude DIAPRO) - Congrès de l'ALFEDIAM, 2007
- > Le réseau Diabète-Provence : prise en charge des patients traités par pompe à insuline dans la région PACA (hors Alpes Maritime) et Corse - Congrès de la SFD, 2010
- > Diabète de type 1, fibrose rétro-péritonéale, thrombus coronaire, insulinothérapie intensive par pompe - Congrès de la SFD, 2010
- > Incidents liés aux pompes à insuline au sein du réseau Diabète Provence - Congrès de la SFD, 2010
- > Succès d'un traitement par cromoglycate de sodium dans un cas d'hypoplasie insulinaire sous pompe externe à insuline - Congrès de la SFD, 2011
- > La pompe à insuline au cours de la grossesse : expérience au sein du réseau Diabète Provence - Congrès de la SFD, 2011
- > Le traitement par pompe à insuline chez le diabétique de type 2 : expérience Avignonnaise - Congrès de la SFD, 2015

ASSISTANTES MÉDICO-ADMINISTRATIVES

De la sténo au numérique

Il est loin le temps où la secrétaire médicale suivait « la visite » et prenait en sténo les directives du « patron ». Les outils de travail de l'Assistante Médico-Administrative (AMA) ont considérablement évolué. De la machine à écrire aux nouvelles technologies de l'information et de la communication, les conditions d'exercice du métier de l'AMA sont totalement différentes.

► Pour autant, si les techniques ont révolutionné le travail et ont même pu faire craindre la disparition pure et simple du métier, les réformes hospitalières donnent une orientation nouvelle à cette corporation. En effet, l'organisation du parcours de soins du patient et FIDES Séjour sont autant de défis qui recentrent le cœur du métier de l'AMA sur l'administration de l'information médicale.

Voyons le ressenti de cette évolution parmi les AMA du CHA, mais aussi la place des référentes et le rôle des coordonnatrices.

Propos recueillis par Jean Luc ARMONICO
DIM



« L'outil informatique apporte une aide considérable dans le travail quotidien »

Evelyne VEYRIER, AMA présente depuis quelques années au CHA dans le service des consultations de Gynécologie.

Challenge : Les méthodes de travail ont évolué. Racontez-nous l'évolution du métier de Secrétaire Médicale en AMA ?

Evelyne VEYRIER : « La pratique et le contexte professionnels sont différents. En 1982, nous étions sur le site de Sainte Marthe. Nous assurions à 3 secrétaires, l'accueil téléphonique et physique des patientes, la frappe et la préparation des dossiers, et surtout nous suivions la consultation avec le médecin pour écrire dans le dossier les données et préparer les ordonnances. Pour les futures mamans, nous faisons la prise de tension, la pesée que nous notions dans le dossier. À l'époque, ce dossier était séparé du dossier patient dont nous assurions la création, la gestion et l'archivage. Chaque jour, nous devons traverser la cour avec un chariot pour aller aux archives récupérer les dossiers des futures consultations et ramener ceux des consultations passées. La frappe était assurée sur des machines mécaniques avec utilisation de carbone (seule une machine électrique était réservée à la plus ancienne des secrétaires !), les protocoles opératoires étaient tapés puis collés dans le dossier. La gestion des rendez-vous se faisait sur des registres, par médecin et par jour. Nous annotions et tamponnions les bons de consultations faits par la régie. Nous assurions manuellement les statistiques du service (nombre de consultations et d'actes par médecin). »

Quel regard portez-vous sur ces pratiques d'hier ?

E.V. : « Nous avions plus de proximité avec les patientes, ce qui facilitait le contact lors de leurs venues. La diversité des tâches et la présence du médecin nous permettaient d'avoir une meilleure connaissance des pathologies. Ces pratiques facilitaient l'esprit d'équipe et la cohésion. »

Et sur celles d'aujourd'hui ?

E.V. : « Nous sommes moins proches des patientes, nous devons gérer des situations difficiles (les urgences, les changements de garde des médecins, leur planning), faire face aux situations d'urgences, gérer au mieux les appels téléphoniques (barrière de la langue), les situations d'énerverment des patientes, les retards dans les rendez-vous, veiller à la confidentialité. »

Que vous ont apporté l'informatique et le numérique ?

E.V. : « L'outil informatique apporte une aide considérable dans le travail quotidien, la prise de rendez-vous sur TIMEWISE couplée à la demande automatique de dossiers aux archives offrent un gain de temps, une sécurité et une souplesse dans la gestion. La frappe des comptes-rendus est, elle aussi, facilitée et d'une grande souplesse. Le numérique a bouleversé la prise en charge du patient en permettant un suivi en temps réel de son parcours ce qui permet de se centrer sur le cœur de métier. »

Comment voyez-vous l'émergence du numérique dans votre fonction ?

E.V. : « La fonction de secrétaire médicale me paraît un peu compromise dans l'avenir du fait justement de ces nouveaux outils (les plates-formes de prise de rendez-vous, la dictée vocale). Néanmoins, à cause ou grâce à ces nouvelles technologies, les postes de secrétaires médicales restent des postes clés. L'émergence de nouveaux outils développe leur capacité d'adaptation, de nouvelles compétences s'imposent de même qu'une nouvelle image se dessine, voilà pourquoi on parle aujourd'hui d'Assistante Médico-Administrative. »

Si vous aviez à conclure !

E.V. : « Les temps anciens sont révolus, mais un rôle essentiel d'écoute et d'accueil perdure et reste dévolu à l'Assistante Médico-Administrative. »



« Optimiser au mieux les organisations de travail »

L'organisation mise en place au CHA inclut des AMA référentes. Deux d'entre elles, Sophie ASCIONE et Michèle MONIN évoquent leur quotidien.

Challenge : Vous êtes deux des quatre référentes AMA, comment définiriez-vous votre action et en quoi consiste votre fonction ?

Sophie ASCIONE et Michèle MONIN : « Il s'agit d'une action au cœur des équipes, incluant les obligations institutionnelles en veillant au côté humain d'une gestion de terrain. C'est une activité managériale et technique, et un rôle de transition entre les AMA et les coordonnatrices. »

« Les stages permettent de se familiariser avec le monde professionnel et d'approfondir ses compétences. »

Melissa GIZARD, AMA nouvellement diplômée qui a intégré le secrétariat du PCE

Challenge : Comment avez-vous ressenti le passage de la formation à la réalité du secrétariat ?

Melissa GIZARD : « Cette transition a été facile grâce aux stages effectués auparavant dans les différents secrétariats où j'ai pu appréhender les diverses méthodes de travail. »

Avez-vous eu des difficultés d'adaptation ?

M.G. : « Je n'ai éprouvé aucune difficulté d'adaptation au PCE, bien que l'on soit 10 Assistantes Médico-Administratives et qu'il y a une grosse charge de travail. »

Etiez-vous préparée à la polyvalence à laquelle vous devez faire face ?

M.G. : « La formation que j'ai suivie incluait cette notion de polyvalence, et m'a permis d'aborder les multiples facettes du métier. Par ailleurs, les différents stages que j'ai effec-

tué au sein de l'hôpital m'ont permis de me préparer à cette polyvalence tant sur le plan secrétariat médical, qu'administratif. »

Ces stages vous semblent-ils importants dans votre préparation ?

M.G. : « Une formation sans stage est une formation incomplète car ces derniers permettent de se familiariser avec le monde professionnel, la réalité du terrain et d'approfondir ses compétences en complément de la formation suivie. »

Comment voyez-vous l'émergence du numérique dans votre fonction ?

M.G. : « L'émergence du numérique est à la fois un apport positif, il apporte un gain de temps (avoir l'information à l'écran permet de ne pas aller chercher le dossier aux archives), mais à l'inverse il implique une transformation



du métier d'Assistante Médico-Administrative en modifiant les pratiques (avec la dictée vocale la frappe est remplacée par une simple correction du texte). »

Comment percevez-vous l'évolution du métier dans l'avenir ?

M.G. : « Le métier va évoluer notamment avec le développement du DPI et la reconnaissance vocale. Ces outils vont changer le cœur de métier de la secrétaire (la frappe) pour l'orienter vers une fonction plus administrative et d'accueil. »

« Anticiper les organisations futures d'un métier en constante évolution. »

2 coordonnatrices, Céline BANTWEL et Célia LEONETTI, gèrent au quotidien environ 160 AMA.



Challenge : Cette organisation vous place en situation de supervision de ce corps de métier. Comment définissez-vous votre action et vos missions ?

Céline BANTWEL et Célia LEONETTI : « Il s'agit d'une action transversale avec des activités managériales et techniques. Nous sommes responsables du recrutement des AMA et du suivi des effectifs dont nous proposons la répartition, des stagiaires ainsi que leur affectation (nous travaillons en lien avec les centres de formation nous permettant un recrutement de stagiaires afin de leur assurer une expérience de terrain et nous permettre d'identifier de possibles recrutements). Nous contrôlons le travail quotidien des référentes (validation des plannings et des évaluations) et nous supervisons l'organisation et le bon fonctionnement des secrétariats. »

De quels outils disposez-vous pour mener à bien vos missions ?

C.B. et C.L. : « Le suivi des effectifs mensuels (en lien avec la DRH), les listes d'exhaustivité du DIM, les listes ZENIDOC et l'analyse terrain des référentes nous permettent d'ajuster au mieux les ressources dont nous disposons (pool de frappe). »

Dans ce contexte, comment vous organisez-vous ?

C.B. et C.L. : « Il s'agit d'un travail en étroite collaboration avec les référentes qui nous permet de mettre en place un formalisme de bonnes pratiques et d'en mesurer leur impact dans le respect des obligations réglementaires. Nous participons à la conduite des projets de la coordination des secrétariats médicaux (déploiements informatiques) et des projets institutionnels dans notre champ de compétences (Fides Séjour, DPI, Crex identito-vigilance...). De plus, nous assurons une fonction d'administrateur des logiciels Timewise, Zenidoc et Agiltime. »

Quel va être votre rôle dans l'avenir ?

C.B. et C.L. : « Si les outils et les pratiques ont changé, notre rôle va être d'anticiper les organisations futures d'un métier en constante évolution, pour permettre aux AMA d'appréhender au mieux les enjeux et objectifs institutionnels, en travaillant autour d'un projet commun, celui de garantir et simplifier le parcours du patient en veillant à la bonne coordination des professionnels dans sa prise en charge. »

avec les AMA »

Comment définiriez-vous vos missions ?

S.A. et M.M. : « La mission managériale revêt plusieurs aspects. En effet, nous gérons les plannings (congrés, RTT, maladie) des AMA des pôles en veillant à maintenir les effectifs nécessaires au bon fonctionnement des services. Nous assurons également les évaluations et notations annuelles et recensons les besoins en formation. Tout au long de l'année, nous animons et accompagnons les AMA dans chaque pôle en optimisant au mieux avec elles les organisations de travail. D'autre part, nous mettons en œuvre les projets institutionnels en diffusant et en appliquant les bonnes pratiques. Nous devons

également superviser l'activité des secrétariats pour, en concertation avec les coordinatrices, mettre en place des actions correctives si besoin. Nous assurons également la gestion du secrétariat de pôle. »

Comment envisagez-vous l'évolution de votre fonction avec les nouveaux outils du numérique ?

S.A. et M.M. : « Nous pensons qu'il va être indispensable d'assurer une place importante à la formation des outils et des nouvelles pratiques, avec un accompagnement au plus près des AMA dans ces changements. »

► ORTHOGÉRIATRIE

La convergence de deux spécialités pour des soins optimisés

Le 9 janvier 2017, 5 lits d'orthogériatrie ont ouverts dans le service de Court Séjour Gériatrique. Les patients (plus de 75 ans, porteur d'une fracture du col du fémur) proviennent uniquement du service des urgences. La prise en charge pré-opératoire et post-opératoire, est faite dans le service, conjointement avec l'orthopédiste et le gériatre.

► Le fait d'associer les compétences gériatriques aux compétences chirurgicales, permet une meilleure prise en charge du patient, son traitement médicamenteux est réajusté en pré-opératoire, afin de diminuer les syndromes confusionnels, agitations ou troubles du comportement, que le patient pourrait avoir en post-opératoire. De plus, son état nutritionnel est évalué, ainsi que la gestion de sa douleur. Pour faciliter le travail des IDE et AS face à cette nouvelle activité, une fiche technique a été élaborée sur l'organisation de la prise en charge du patient, de son entrée à sa sortie. Elle est régulièrement complétée et améliorée.

De nouvelles compétences pour l'équipe

La gestion de ces patients a permis de développer de nouvelles compétences pour l'équipe : en pré-opératoire (mise en place des tractions, préparation pré bloc), et en post-opératoire (transfusions, redons). Le premier lever est assuré par un kinésithérapeute du service d'orthopédie qui vient quotidiennement en début d'après-midi, et qui suit l'évolution de leur mobilité, afin qu'ils puissent retrouver leur autonomie progressivement, et continuer leur rééducation en SSR. 85 % des patients sont partis en SSR, 15 % vers le domicile ou en EHPAD, dont 1 passage en réanimation à J7. Après 4 mois de fonctionnement, 29 patients ont été opérés.



Le passage au bloc a été réalisé rapidement à J1,3. La moyenne d'âge est de 87 ans. La DMS est de 11 jours.

L'équipe médicale et paramédicale est pleinement satisfaite de cette nouvelle activité qui a trouvé sa place au sein du service, ainsi que de la bonne collaboration avec les chirurgiens orthopédistes. Le service devra mener en 2017 comme projet « qualité », l'étude d'un patient traceur en orthogériatrie, ce qui nous permettra de réajuster nos pratiques pour continuellement améliorer la prise en charge de ces patients.

Véronique GIRBAL
Cadre de santé
Court Séjour Gériatrique

► DÉFI

Marathon de Paris

Le 9 avril 2017, 6 manipulateurs ont effectué le célèbre marathon de Paris ! Et pourquoi faire ? Justement, un challenge, vivre des émotions, relever le défi sportif, se retrouver ensemble et faire corps devant l'épreuve physique...



C'est décidé, avril 2016, Maxime, Pierre, Bruno, Kévin, Marion et Virginie du service de Radiologie du CHA sont inscrits, et rejoints par quelques proches inquiets et un p'tit fan club local hospitalier, dont la présence fut précieuse durant l'épreuve... Certains courent régulièrement, d'autres moins, voire beaucoup moins ! Une chose est sûre, la préparation avant le marathon a fait la différence ! Elle fut lourde et astreignante, mais les protagonistes sont dynamiques... Après quelques blessures et beaucoup d'investigations radiologiques, ils furent fin prêts pour rejoindre Paris et les quelques 57 000 autres concurrents !

Un seul but, et audacieux : finir les 42 kms malgré les 10% d'abandon connu !

Jour J, tout le monde est au départ, plus ou moins stressé mais déterminé : le soleil est de la partie, l'organisation au top, le fan club bouillant, l'ambiance les porte tout le long des interminables mais splendides kms dans la plus belle ville du monde... La partie est vraiment dure, il faut puiser dans les ressources morales mais nos 6 champions en ont à revendre et franchissent la ligne d'arrivée avec des temps honorables et c'est bien là le principal ! Ils sont heureux, il ne reste plus qu'à étirer les muscles meurtris par l'exploit et fêter cela comme il se doit...

Les Manips Radio du CHA