

* MAg

LE RENDEZ-VOUS SANTÉ

PET-CT

Les enjeux de l'imagerie moléculaire

L'INTERVIEW

RENCONTRE AVEC LE DR ALEND SAADI

La digitalisation du dossier patient,
une révolution

VÉCU

«Ma vie avec la sclérose en plaques»

CARTE BLANCHE

Le regard du photographe

Guillaume Perret

Les patients en question

DOSSIER

De l'importance de l'accueil à l'hôpital

Recevoir un patient n'est pas une simple formalité administrative mais un enjeu humain et relationnel qui détermine souvent le bon déroulement d'une prise en charge



LE DOSSIER

L'accueil, premier geste de soin

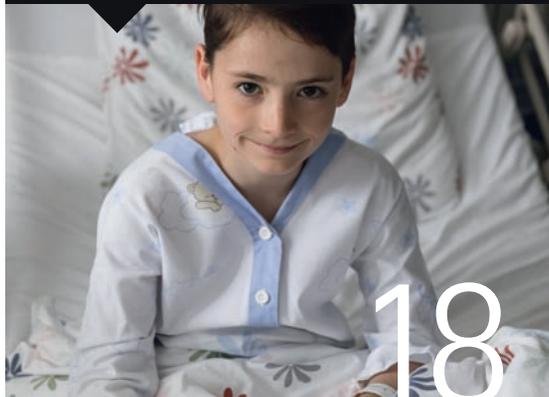
Recevoir un patient n'est pas une simple formalité administrative mais un enjeu humain et relationnel qui détermine souvent le bon déroulement d'une prise en charge

* « Les patients ont des attentes importantes dans le domaine relationnel »

* Un accueil adapté aux enfants

06

CARTE BLANCHE
GUILLAUME PERRET
Pensées de patients



18

L'INTERVIEW
DR ALEND SAADI

Le médecin-chef en chirurgie est référent du projet SIC, pour système d'information clinique. Il souligne les avantages de la digitalisation du dossier patient, mené de concert avec l'H-JU et l'HJB



24

▶ 03

L'ÉDITORIAL

De l'importance de bien recevoir nos patients

▶ 04

COMPÉTENCES

Les nouveaux visages de l'HNE

▶ 05

LA REVUE DE PRESSE

Quand les médecins deviennent patients

▶ 14

ESPACE FORMATION

Un accueil chaleureux, la première condition pour se sentir en sécurité

▶ 16

LE RENDEZ-VOUS SANTÉ

Le PET-CT, un outil de haute précision

▶ 23

UN CHIFFRE, UNE RÉALITÉ

Formation

▶ 28

PLANÈTE SANTÉ

Lorsque maman boit pendant la grossesse, bébé trinque

▶ 30

VÉCU

« Ma vie avec la sclérose en plaques »

De l'importance de bien recevoir nos patients



J'ai eu la chance, durant le week-end de Pâques, de pouvoir prendre quelques jours de congé au bord de l'océan. Au-delà du vent et des longues promenades au bord de l'eau, ce qui me reste de cette belle parenthèse, c'est le sens de l'accueil et la gentillesse des personnes que j'ai rencontrées. A chaque fois que j'exprimais une demande, elle a reçu une réponse cordiale, sympathique, marquée par la volonté de rendre service. Rien ne semblait être problématique, tout trouvait une solution. Et qui plus est avec le sourire des gens auxquels je m'adressais.

Bien sûr, nous vivons une réalité très différente au sein de l'hôpital. A l'évidence, on ne vient pas y passer des vacances et la tension ressentie par les patients et les soignants peut être forte. Pourtant, l'exigence d'une qualité d'accueil et d'écoute particulière ne doit pas être sous-estimée. Les relations humaines sont faites d'échanges, et la qualité de nos interactions a un impact fondamental sur la perception que nous avons de notre réalité quotidienne.

Pour qu'un séjour hospitalier démarre, puis se passe bien, nous devons être en mesure d'insuffler confiance et apaisement à nos patients. Il faut faciliter les démarches administratives, et accompagner avec compétence, sérénité et bienveillance malades et bien-portants. Nous devons accorder de l'attention à toutes les demandes, avec la volonté d'y répondre au mieux.

Année après année, les enquêtes de satisfaction montrent que la communication entre soignants et patients est mal notée, et ce pour la grande majorité des hôpitaux publics. N'y a-t-il pas là matière à réflexion? Si chacun d'entre nous estime faire au mieux, qu'est-ce qui explique le décalage entre la perception des uns et des autres?

« Nous devons accorder de l'attention à toutes les demandes, avec la volonté d'y répondre au mieux. »

J'encourage chacune et chacun d'entre vous à trouver sa propre réponse, et à rester conscient de l'impact et de la forme de ses messages.

Le présent HNE Mag aborde la question de l'accueil des patients. Je vous invite à le lire avec plaisir et attention, et vous remercie d'ores et déjà de partager vos réflexions avec nous. En effet, je suis convaincue que le verbe constructif contribue à l'amélioration de la qualité de l'accueil des patients et de leur entourage. Bonne lecture, et merci à toutes et à tous pour votre engagement et votre collaboration!

IMPRESSUM |

UNE PUBLICATION DE
L'HÔPITAL NEUCHATELOIS

Responsable:
Pierre-Emmanuel Buss,
chargé de communication

Ont participé à ce numéro:
Brigitte Rebetez
Valérie Delvaux
Glenn Gomes
Olivier Guerdat,
responsable communication H-JU
Laure Gigandet,
chargée de communication HJB

GRAPHISME
additive, Aline Jeanneret
Corcelles

PHOTOGRAPHE
Guillaume Perret
Cormondrèche

TIRAGE 4800 exemplaires

IMPRESSION
Europ'Imprim Swiss
Bevaix

ABONNEMENTS
hne.mag@h-ne.ch

Les nouveaux visages de l'Hôpital neuchâtelois



DRE ALIX STERN
#1

La Dre Alix Stern est entrée en fonction comme médecin-chef du service d'oncologie-hématologie le 1er janvier 2019. Elle dispose d'une double spécialisation FMH en oncologie et en hématologie ainsi que d'un titre de Privat-docent. Elle dispose d'une formation acquise notamment à l'Hôpital universitaire de Bâle et en tant que médecin cadre au sein du Spital Limmattal. Elle a remplacé le Dr Willy Nettekoven, qui s'est installé en pratique privée dans le canton de Berne.



DRE CATRINA HANSEN-PHAM
#2

La Dre Catrina Hansen-Pham est entrée en fonction comme médecin adjointe dans le service d'imagerie médicale. Formée aux HUG dans le domaine de la radiologie interventionnelle, elle permet à l'HNE de répondre au besoin croissant dans ce domaine spécialisé.



DR MATHIAS KASPAR
#3

Le Dr Mathias Kaspar, également angiologue FMH à l'Inselspital à Berne, a rejoint l'HNE à temps partiel le 1er janvier 2019 dans le cadre d'une collaboration avec le centre universitaire bernois. Il consultera 3 jours par semaine sur les sites de La Chaux-de-Fonds et de Neuchâtel en policlinique afin de répondre au besoin de l'HNE en complément des angiologues indépendants.



SOPHIA HANNOU
#4
GRÉGORY PODILSKY
#5

Deux nouveaux cadres à la pharmacie: le 1er janvier 2019, Sophia Hannou est entrée en fonction comme pharmacienne responsable du secteur fabrication; le 1er novembre 2018, Grégory Podilsky est entré en fonction comme pharmacien chef adjoint et responsable du secteur achat distribution.



PROF JACQUES DONZÉ
#6

Le Prof Jacques Donzé est entré en fonction comme chef du département de médecine le 1er janvier 2019. Il exerçait auparavant comme médecin adjoint dans le département de médecine interne de l'Inselspital et comme professeur assistant à l'Université de Berne. Après des études de médecine à Neuchâtel, Lausanne et Heidelberg, il a effectué sa formation FMH en médecine interne dans différents hôpitaux dont La Providence et l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds. Il a ensuite travaillé au CHUV puis à Harvard où il a développé ses compétences académiques et de leadership avec l'obtention d'un master of science de l'Harvard School of Public Health.



LE TEMPS

Infirmières, ne partez pas!

Un sondage mené en février dernier montrait que 47% du personnel soignant des EMS désire quitter le métier. La semaine dernière, Le Temps titrait sa Grande Interview par: «On n'écoute pas assez les patients.» Alors, le pas est vite franchi: et s'il y avait une corrélation entre ces deux tristes constatations?

On le sait bien, le centre du métier de soignant est dans la relation au soigné, et donc, si le personnel soignant ne peut pas produire ce qu'il a été formé à faire, (...) tout naturellement, il s'en détourne. Mais pourquoi ne peut-on plus prendre le temps du soin relationnel, et surtout que pourrait-on faire pour redonner ce temps aux soignants? (...)

Les professions de soins, hormis les médecins, ont toujours été des professions très majoritairement féminines, historiquement religieuses, et par conséquent, toujours dévouées (...). Elles ne se révoltent jamais, n'exigent pas, essaient encore et toujours d'apporter du réconfort, des soins professionnels de qualité, même si leur espace de relation au patient se réduit comme peau de chagrin. Et finalement, lorsqu'elles réalisent qu'elles ne font plus le métier dont elles rêvaient, le métier qu'elles ont appris, alors, silencieusement, elles s'en vont et quittent une profession qu'elles aimaient profondément, mais qu'on ne leur laisse plus exercer.

Les besoins en personnel soignant augmentent, les soignants quittent leur métier, et rien n'est fait pour stopper cette hémorragie. Autorités en charge des politiques de soins, réveillez-vous! Investissez pour elles! Mais, faites vite, un jour il sera trop tard!

Opinion, Béatrice Hirsch, infirmière

- Le Temps, 18 avril 2019

Le Matin

Des certificats médicaux via Whatsapp

La plupart des employés suisses ont l'obligation de fournir à leur patron un certificat au bout du 3e, voire 4e jour de maladie. (...) La start-up allemande «AU-Schein.de» propose de fournir aux patients helvètes une attestation pour la modique somme de 9 euros, raconte le «Tages-Anzeiger». Et pour l'obtenir, rien de plus facile. Il suffit de répondre en ligne à quelques questions sur ses symptômes. Puis un médecin allemand diagnostique la maladie, certifie l'attestation médicale et l'envoie via la messagerie Whatsapp. Sans qu'il y ait la moindre parole ou le moindre contact échangé entre le patient et le praticien. (...)

Qui se cache derrière ce site? Selon le «Tagi», c'est un médecin qui tient un cabinet à Hambourg, qui délivre les certificats. Une vingtaine d'autres praticiens peuvent être appelés en renfort, essentiellement des jeunes diplômés, des femmes médecins en congé maternité, ou encore des retraités. (...) Côté suisse, la méthode fait grincer des dents. «Un tel produit ne répond pas à nos exigences de qualité», estime Yvonne Gilli, responsable de la numérisation/eHealth au conseil central de la FMH. Elle recommande aux médecins suisses de ne pas communiquer avec leurs patients via Whatsapp. Elle doute en outre que les employeurs suisses acceptent de tels certificats délivrés à l'étranger.

- Lematin.ch, 28 avril 2019

SonntagsZeitung

Quand les médecins deviennent patients

Quand elle a commencé son activité dans une petite clinique privée, la jeune médecin assistant a très vite perdu pied. Elle avait soudain beaucoup de responsabilités sans pratiquement aucun contact avec ses supérieurs (...).

Elle avait de plus en plus peur de «faire de graves erreurs médicales», comme elle le dit. Sur le point de s'effondrer, elle s'est tournée vers la hotline médicale Remed. Le réseau, soutenu par la FMH, soutient les médecins en cas de crises. Une prestation plus nécessaire que jamais: en 2018, la hotline a eu 143 contacts avec des médecins. Un record depuis la création de l'entreprise il y a dix ans (...)

Selon Esther Kraft, responsable du programme Remed, la charge administrative entraîne également des situations d'urgence. Les médecins hospitaliers ne passent qu'un tiers de leur temps de travail au chevet du patient. Le reste est utilisé pour la paperasse, entre autres choses tâches administratives. Chez Remed, un contact sur cinq est dû au «stress au travail». Les raisons d'un appel sont l'épuisement professionnel, la dépression et des problèmes sans lien avec la pratique médicale, comme la remise d'un cabinet.

L'âge moyen des médecins qui demandent de l'aide est de 42 ans. Les femmes sont les plus touchées – elles représentent 70% du total des cas. Ce sont souvent des mères qui concilient difficilement vie de famille et travail à l'hôpital. Cette tendance s'est renforcée au cours des dernières années, selon Esther Kraft. Un appel sur cinq rapporte des «pressions au travail». Or lorsque les médecins hospitaliers sont épuisés, les patients sont également touchés.

Selon l'Association suisse des médecins assistants et des chefs de clinique (ASMAC), la moitié des médecins assistants travaillent plus que les 50 heures hebdomadaires autorisées par la loi. Pour Marcel Marti, directeur adjoint de l'ASMAC, ces résultats sont «effrayants». Le droit du travail est «régulièrement ignoré». Les jeunes médecins préféreraient un environnement de travail différent, selon les résultats d'une enquête réalisée en 2017.

Seulement 2% de tous les répondants ont indiqué qu'ils aimeraient travailler 51 heures ou plus par semaine s'ils pouvaient choisir librement la charge de travail. 75% souhaiteraient avoir un temps de travail hebdomadaire de 39 à 42 heures. (...)

Afin de mieux protéger les médecins, Esther Kraft appelle à davantage de postes à temps partiel à tous les niveaux hiérarchiques ainsi qu'au développement de places de crèche. De plus, la FMH et l'ASMAC doivent s'assurer à l'avenir que les hôpitaux respectent la durée maximale légale du travail et réduisent la charge de travail administratif. (...)

La manière qu'ont les médecins de Remed d'aider leurs collègues après un appel à l'aide varient selon les situations. Dans le cas d'un médecin de 59 ans qui se sentait ignoré par la direction de l'hôpital dans le cadre de décisions importantes, Remed a mis à disposition un coach qu'il pouvait consulter en cas de besoin. Une discussion ouverte peut suffire à régler le problème. Si ce n'est pas le cas, Remed propose également un recours à des avocats ou à des comptables.

Le cas de la jeune médecin assistant mentionnée au début de l'article est plus difficile. Elle a dû abandonner sa place de travail, ce qui laisse des traces, même en milieu hospitalier. Durant son absence, elle a suivi une thérapie intensive avec un psychiatre qui lui a aussi prescrit des médicaments. Aujourd'hui, elle exerce à nouveau sa profession. C'est le plus important.

- SonntagsZeitung, 31 mars 2019

DOSSIER |

L'accueil, premier geste de soin

06

/ page /



SAVOIR-ÊTRE

Recevoir un patient n'est pas une simple formalité administrative mais un enjeu humain et relationnel qui détermine souvent le bon déroulement d'une prise en charge. Plusieurs projets institutionnels sont en cours à l'HNE pour mettre l'accent sur ce moment clé

Entrer à l'hôpital n'est pas toujours un moment agréable. La maladie et le monde hospitalier causent une rupture dans le cours normal et prévisible de l'existence à l'origine d'un sentiment d'insécurité et de vulnérabilité. Recevoir en tout temps avec patience, amabilité et indulgence le désarroi du malade est une tâche fondamentale de toute personne oeuvrant au sein d'un établissement de soin. Bien accueillir un patient, c'est dépasser les réactions ordinaires pour s'efforcer de le rejoindre dans ce qu'il vit.

« L'accueil se fait au premier regard et on a une seule fois l'occasion de faire une bonne première impression »

Pour le patient, la rencontre avec un médecin ou un soignant est un moment important. Comme pour un rendez-vous d'embauche, les premières impressions sont déterminantes car elles imprègnent la mémoire affective. Ce phénomène est renforcé lorsque l'accueil s'effectue en situation d'urgence. Le patient interprète les paroles du soignant en fonction de l'accueil reçu et de son attitude non verbale. Il peut se sentir dépersonnalisé, c'est-à-dire ne pas être considéré en tant que personne mais comme un simple « cas ». Pour Christophe Galzin, infirmier chef d'unité de soins (ICUS) aux urgences de l'HNE, c'est un moment clé: « L'accueil se fait au premier regard et on a une seule fois l'occasion de faire une bonne première impression. »

L'accueil aux urgences passe en premier lieu par le processus de tri réalisé par l'infirmière organisatrice de l'accueil (IOA). C'est elle qui clarifie la situation en posant des questions ciblées, en mesurant les paramètres vitaux et en définissant le délai maximum de prise en charge médicale des patients selon une échelle de 1 à 4.



07

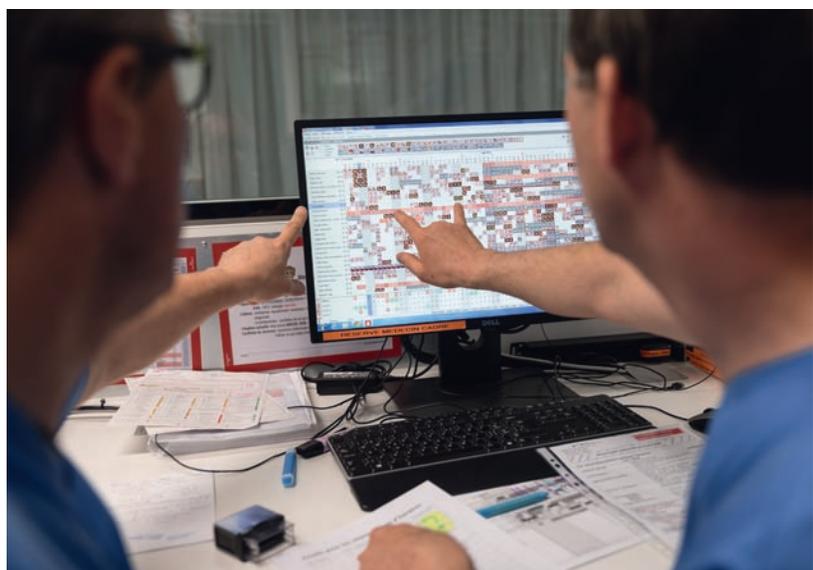




Christophe Galzin, ICUS aux urgences

Pour mettre à l'aise le patient dès son arrivée, le contact doit être chaleureux, sécurisant et respectueux. L'écoute, la disponibilité, la patience et le sourire doivent être de rigueur. Cette relation initiale participe à la création d'un climat de confiance. La démarche est ritualisée, que le patient soit seul ou accompagné: le soignant se lève, se met face au patient et le regarde dans les yeux. Il lui serre la main, se présente en lui donnant son prénom, son nom et sa fonction. Il détermine le degré d'urgence puis invite le patient à prendre place en salle d'attente. «Ce rituel dépend des personnes, mais la démarche est uniforme et définie dans les bonnes pratiques des urgences de l'HNE, reprend Christophe Galzin. Elle est valable pour tout le personnel médical ou infirmier.»

Quand les patients arrivent aux urgences dans un état critique, il y a peu d'interactions possibles. «On essaye de procéder de cette manière, que ce soit pour une urgence vitale (degré 1) ou pour une prise en charge non urgente (degré 4).» Cette pratique vertueuse ne peut pas toujours être respectée, notamment lorsque des intervenants externes comme les médecins spécialistes viennent donner leur expertise. «Souvent, ils viennent, palpent, touchent et repartent, constate l'ICUS. Il y a un important travail à réaliser au niveau de l'accueil à travers la chaîne de soins.»



L'attente avant la prise en charge est toujours un moment désagréable. Christophe Galzin explique que cela s'avère parfois compliqué à gérer pour les soignants. Certains patients ne comprennent pas forcément pourquoi une autre personne est prise en charge avant eux. La difficulté à avoir accès à une information rapide concernant le délai de prise en charge crée des tensions. «Quand on est absorbé par son travail, on n'a pas toujours l'opportunité de revenir dire à chaque personne qu'on ne les oublie pas et qu'on va bientôt s'occuper d'eux, précise l'ICUS. Je suis tout à fait conscient que cela fait partie intégrante de l'accueil.»



« Les patients ont des attentes importantes dans le domaine relationnel »

Entretien avec Béatrice Schaad, directrice de la communication du CHUV. Elle est l'auteure d'une thèse sur la dépersonnalisation des soins et l'initiatrice de l'Espace Patients & Proches du CHUV

HNE Mag: Dans votre thèse intitulée « Je ne suis pas un numéro – Quand patients et professionnels souffrent à l'hôpital », vous soulignez que les doléances des patients les plus fréquentes sont liées aux difficultés relationnelles avec les professionnels de la santé. Comment l'expliquez-vous ?

Béatrice Schaad: Les patients et les proches ont une grande compréhension générale pour ce qui concerne l'erreur médicale. Ce n'est pas le cas pour l'erreur relationnelle. Ils ont des attentes importantes dans ce domaine et estiment que ce genre d'erreur est plus facile à éviter que dans le domaine clinique. Très fréquemment, un mot de trop ou une attitude inadéquate est l'élément déclencheur du dépôt d'une doléance.

Il y a 15 ans, on n'aurait jamais attendu de son médecin qu'il se comporte différemment. À l'époque, son statut représentait une forme d'autorité. Aujourd'hui, les patients ont des attentes élevées sur le temps et l'attention qu'on leur consacre.

– L'Espace Patients & Proches (EPP) du CHUV permet aux patients et à leurs proches de déposer leurs doléances auprès d'un médiateur. Quel bilan tirez-vous après 6 ans d'activité ?

– L'intérêt d'avoir un lieu comme l'EPP est de pouvoir en tirer des enseignements sur

la base de données que les médiatrices et le médiateur répertorient dans un monitoring construit sur la base d'une centaine d'indicateurs. Cela permet de sortir des statistiques précises par services concernant les doléances: comme par exemple, à quel moment de la prise en charge s'est produit le problème, de quelle nature était celui-ci, quelle solution a été développée pour le résoudre. Chaque année, les médiatrices et le médiateur de l'EPP s'adressent aux services les plus exposés à la doléance. Ils leur présentent des statistiques sur la base desquels ils ont la possibilité de développer des projets pour améliorer par exemple la qualité de leur accueil.

La médiation vient compléter le travail du service des affaires juridiques où la preuve joue un rôle très important. À l'EPP, il n'y a pas d'investigation. On s'intéresse à la perception et non à la vérité des faits. Il suffit qu'un patient ou ses proches aient eu l'impression de vivre quelque chose de problématique pour qu'on s'y intéresse. J'ai été enthousiasmée par le fait qu'une institution telle que le CHUV, organisée sur la base de l'approche centrée sur des preuves (evidence-based) accepte d'ouvrir un lieu qui valorise la perception. On ne leur demande pas aux patients et aux proches si telle doléance est vraie ou fausse. On se fie à leur vérité.

– Quels sont les défis de l'accueil pour les hôpitaux publics ?

– Pour paraphraser Pierre-François Leyvraz, directeur général du CHUV: « La médecine a énormément progressé au cours des trente dernières années sur le plan technique, il s'agit d'être d'autant plus attentif à préserver la qualité de la relation, les aspects humains » La médecine se complexifie. Les prises en charges se fragmentent entre spécialistes. Cela génère un sentiment de dépersonnalisation de la prise en charge. Il faut éviter la standardisation. Cela concerne d'ailleurs aussi les professionnels de la santé: ils doivent répondre à des pressions toujours plus fortes, qu'elles soient d'ordre temporelles, économiques ou administratives. La prise en considération de leur bien-être est une condition sine qua non du bon fonctionnement de l'hôpital. La sensibilisation à ces enjeux passe désormais aussi par la formation des jeunes médecins, grâce à l'ouverture de la faculté de Biologie et de Médecine face à ces problématiques et à son Doyen, Jean-Daniel Tissot. Elle permet de leur présenter les attentes des patients et des proches et de leur montrer ce que les professionnels peuvent éprouver lorsqu'ils sont en ruptures avec leurs patients.

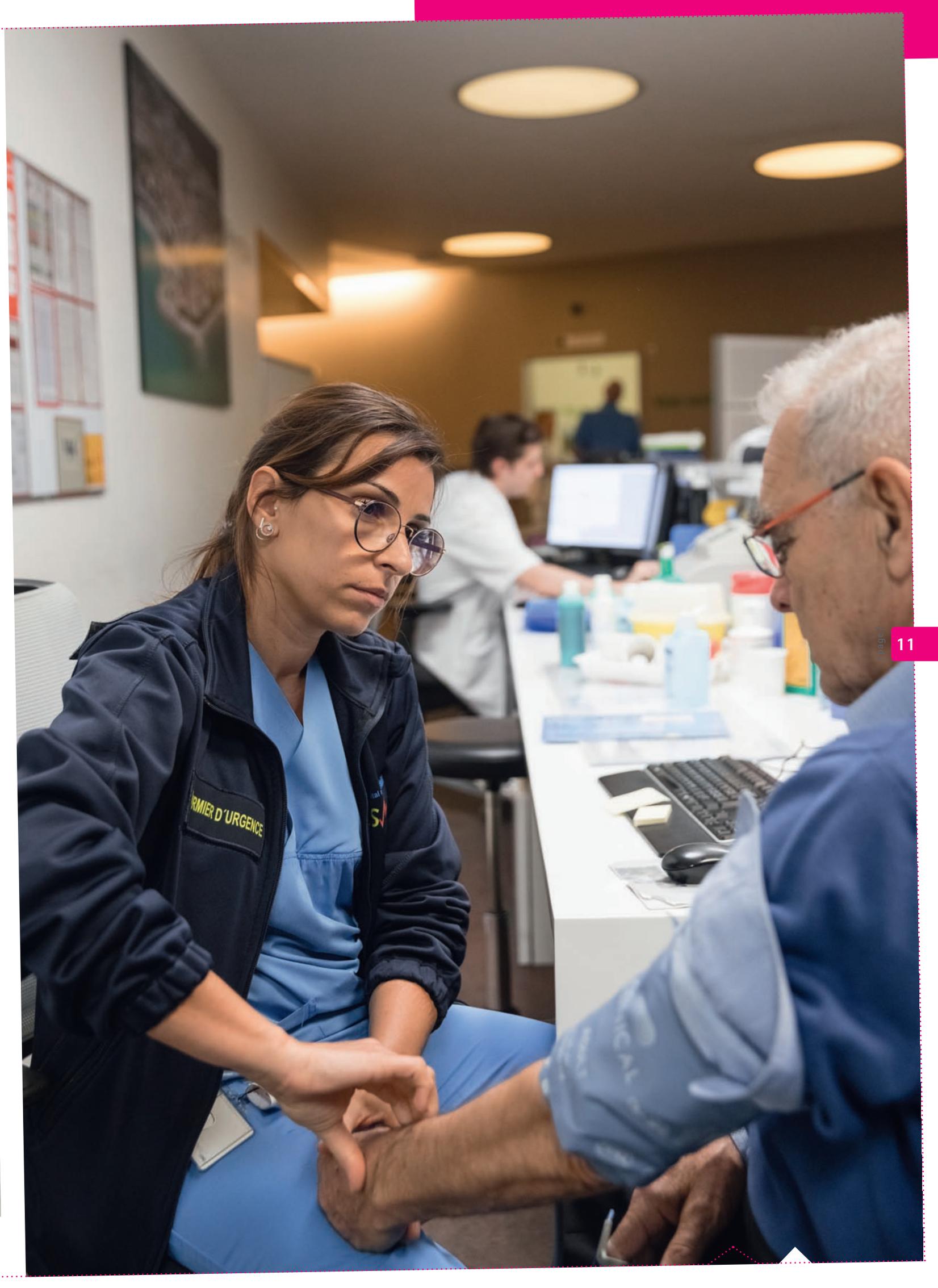
La situation se complique lorsque le flux de patients augmente au fil de la journée. La durée d'attente peut aussi être corrélée à l'augmentation du nombre de passages aux urgences qui est passé à l'HNE de 28'000 passages en 2010 à 44'200 en 2018, dont 50% sont des urgences de degrés 3. «Beaucoup de gens n'ont pas de médecin traitant, ce qui n'était pas le cas il y a encore quelques années, souligne Christophe Galzin. Comme les urgences sont ouvertes 24h sur 24h, de nombreuses personnes viennent consulter sans que cela soit une urgence.»

Dans certains cas, l'anxiété du patient peut déboucher sur de l'agressivité. La communication est dès lors plus compliquée, mais pas impossible «Il arrive que les gens soient vulgaires dans leur propos, avec des insultes à l'égard d'une infirmière ou d'un médecin», déplore Christophe Galzin. La maison de garde qui reçoit les patients le week-end et les jours fériés ainsi que la Voie verte durant la journée sont mis en place pour palier à ces problématiques liées aux prises en charge des degrés 3 et 4. Un médecin est mobilisé pour prendre les patients sur rendez-vous, réduisant ainsi considérablement le temps d'attente. «Cela crée beaucoup de satisfaction chez les patients, c'est un progrès important», souligne l'infirmier chef.

Des formations spécifiques sur l'accueil et sur la prise en charge des patients sont organisées au sein de l'HNE. Organisées par les IOA et les infirmières référentes du flux (IRF), elles visent notamment les personnes du 3ème et du 4ème âge. L'accent est mis sur l'étude des cas typiques. «Cela se fait sur des pratiques concrètes: gestion au niveau de l'accueil, d'une installation ou encore comment rassurer le patient sous forme de simulation. Ce sont des éléments repris régulièrement», précise Christophe Galzin.

Dans certaines situations, les patients ne distinguent pas aisément le personnel administratif ou technique du personnel soignant. Cela entraîne des confusions, notamment pour savoir à qui s'adresser dans l'enceinte de l'hôpital. Christophe Galzin considère que le travail sur l'accueil des patients devrait être pensé de manière globale à l'hôpital: «Il n'y a pas que les hôtesses d'accueil qui doivent travailler sur l'accueil. Les soignants, les médecins et les autres collaborateurs doivent tous être concernés.» Pour l'ICUS, le paradigme de l'hôpital devrait être dépassé, pour aller vers un accueil plus chaleureux et personnalisé: «Une des pistes est de s'inspirer des pratiques du secteur privé, mais sans tomber dans l'excès. L'objectif est que chaque patient ou visiteur se sente très important à nos yeux.»





Retenue comme priorité institutionnelle par le conseil d'administration de l'HNE, la problématique de l'accueil fera l'objet de plusieurs projets d'amélioration continue dans le courant de l'année 2019. Des ateliers, des formations actions, des simulations ou des vidéos seront utilisés pour travailler sur l'amélioration de l'accueil.

« L'objectif est que chaque patient ou visiteur se sente très important à nos yeux »

Un projet de « patient traceur » sera également mis en place. Cette technique, déjà éprouvée dans d'autres centres hospitaliers, permet aux collaborateurs d'entendre directement un patient sur leurs prestations directes et non sur la globalité de leur prise en charge. La technique consiste à retenir au hasard un patient en fin de prise en charge. Il participe à un entretien réalisé par une personne neutre, en présence des collaborateurs qui l'ont pris en charge. Le patient, éventuellement accompagné de proches, détaille son ressenti. Il débouche sur une discussion et d'éventuelles actions d'amélioration.

L'amélioration de l'accueil ne concerne pas uniquement les urgences, mais tous les services et unités de l'HNE. Ainsi, une démarche d'amélioration de l'accueil a été lancée en pédiatrie pour tous les « petits » patients ambulatoires et leurs parents (lire en page 13). À terme, des audits « accueil » seront réalisés pour identifier les problématiques de flux et les problèmes spécifiques liés à la qualité de l'accueil. Avec l'objectif d'introduire une culture d'amélioration continue dans ce domaine, comme c'est le cas pour l'hygiène des mains ou la sécurité au bloc opératoire. ■





Un accueil adapté aux enfants

Le projet «Kids Friendly» a pour objectif d'améliorer la prise en charge des jeunes patients au sein du département d'imagerie médicale sur le site de Pourtalès



Le contexte particulier d'un enfant malade et de parents angoissés demande un effort particulier de la part des soignants: la préparation à l'examen prend parfois plus de temps que l'examen lui-même. D'autant plus qu'en matière d'examens médicaux, les enfants n'ont pas la même perception que les adultes. D'où l'importance d'une prise en charge sur mesure, quelque soit la maladie. «En pédiatrie, il y a une approche ludique, notamment grâce aux jouets et aux peluches mis à disposition en salle d'attente et en salles d'examen, souligne la Dre Amira Dhoub-Chargui, radiopédiatre au Département d'imagerie médicale de l'HNE. Jusqu'à l'an dernier, ce n'est pas le cas chez nous.»

Pour améliorer les choses, la radio-pédiatre a initié avec d'autres collègues le projet «Kids friendly» du département d'imagerie médicale, qui a été accepté et validé par la direction générale fin 2018. Plusieurs mesures seront prises courant 2019, permettant d'améliorer la perception des enfants de leur expérience en radiologie.

Une salle d'attente dédiée aux enfants, contenant des meubles adaptés à leur taille ainsi que des jouets, sera installée au service de radiologie afin de les occuper tout en leur garantissant une atmosphère accueillante. Des jeux de lumière LED seront installés dans les salles d'examen, des affiches explicatives de chaque examen seront accrochées sur les parois, destinées

aussi bien aux parents qu'aux enfants et des jouets collectés seront mis à leur disposition pour les divertir. Ces artifices ont pour but de rendre les conditions d'examen plus apaisantes.

Les protocoles pédiatriques toutes modalités confondues ont été adaptés et des cours de radiologie pédiatrique ont été dispensés aux collaborateurs du département pour les sensibiliser aux spécificités techniques de la prise en charge des enfants.

Octroi de «certificats de bravoure»

«Cela évite une future appréhension d'examen chez l'enfant, considère la Dre Dhoub-Chargui. Si une première expérience est réussie, la seconde se déroulera probablement aussi de manière optimale.» Cela facilite la création de l'indispensable lien de confiance entre le soignant, l'enfant et ses parents.

Lorsqu'un examen est terminé, chaque enfant reçoit un certificat de bravoure. «C'est une petite attention, mais les enfants le reçoivent avec fierté», précise la radio-pédiatre. Chaque petit patient pourrait recevoir également une pochette de crayons de couleur et une sucette – avec l'accord des parents, bien entendu.



Un accueil chaleureux, la première condition pour se sentir en sécurité

L'accueil, c'est le premier des soins

Accueillir, c'est concevoir le patient ou un visiteur comme un hôte. C'est le prendre en considération. La qualité de l'accueil, c'est la cordialité et le respect de l'autre et de soi. C'est donc savoir créer un climat favorable et neutre tout en communiquant des émotions. C'est mettre de côté ses perceptions pour se mettre en phase, dans une certaine neutralité et écouter la personne, la comprendre en se mettant dans une attitude positive. C'est faire preuve d'hospitalité. Hôpital et hospitalité ont d'ailleurs la même origine latine: hospitalitas, de hospitalis «d'hôte, hospitalier», et de hospis «hôte».

L'accueil, c'est l'affaire de tous

Accueillir c'est quoi? C'est écouter, orienter, rassurer, certes, mais c'est aussi renvoyer une image de l'institution pour laquelle on travaille. Nous sommes tous les ambassadeurs. L'accueil, c'est l'image de l'entreprise et trop souvent, on n'attache pas assez

d'importance à ce que l'on renvoie lorsque l'on accueille.

C'est donc l'affaire de tous quel que soit le secteur où l'on travaille dans notre hôpital.

L'accueil, c'est proposer son aide lorsque l'on voit quelqu'un qui semble perdu dans l'hôpital; c'est tenir la porte de l'ascenseur pour des personnes à mobilité réduite; c'est parfois sortir de ce même ascenseur pour proposer sa place à une personne qui vous semble fatiguée. C'est un sourire, un mot gentil, une attitude bienveillante.

« Le sourire que tu envoies revient vers toi »

proverbe hindou

Un accueil efficace et de qualité c'est quoi?

L'accueil est donc un processus qui consiste à:

- Accueillir et traiter les demandes des usagers de manière performante, professionnelle et conviviale
- Montrer une image positive de l'institution
- Présenter des attitudes et comportements favorisant une relation de qualité et de confiance
- Résoudre les situations difficiles et maintenir une interaction bienveillante et respectueuse avec nos usagers

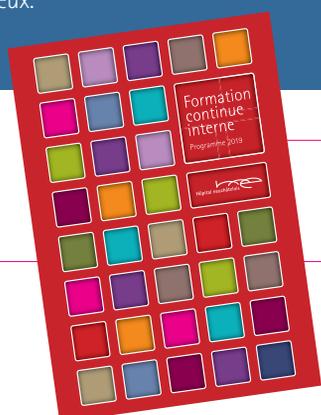
D'aucun vous diront qu'une formation n'est pas nécessaire, que c'est du bon sens et de l'éducation. En partie oui, mais pas que!

Adopter «l'accueil-attitude» demande des comportements spécifiques en lien avec la connaissance de soi et des autres mais aussi de la relation interpersonnelle et des jeux qui se font dans cette relation.

L'accueil n'est pas seulement un face-à-face mais c'est aussi une relation téléphonique.

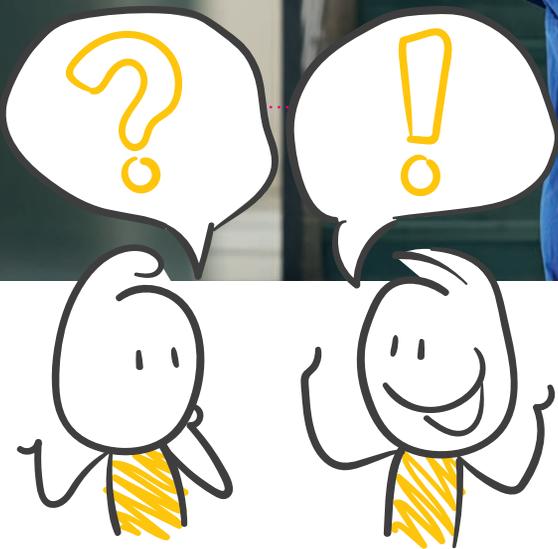
Vous pouvez consulter le **programme de formation continue interne 2019** sur Intranet et Internet.

N'oubliez pas que des formations sont obligatoires pour certaines catégories de personnel. Le service de la formation vous souhaite une bonne lecture et espère vous voir nombreux.



www.h-ne.ch/espace-pro/formation-continue

Pour toute demande:
hne.formation@h-ne.ch
tél. 032 713 30 15



Contrairement à ce que l'on pourrait penser, le non verbal reste primordial. Un sourire ne se voit pas, certes, mais se ressent.

Enfin un accueil de qualité, c'est aussi avoir la capacité de conclure et prendre congé.

Les compétences à développer

- Etre capable d'instaurer rapidement un climat de confiance dans la relation
- Etre capable d'analyser le verbal et le non verbal de l'autre et maîtriser son propre verbal – non verbal
- Maîtriser les freins qui nuisent à la compréhension du message entre émetteur et récepteur
- Etre capable d'identifier son propre système de valeurs et ses représentations personnelles pour mieux comprendre celui de l'autre
- Etre capable d'appréhender la dimension empathique dans la relation et savoir se préserver de la fatigue empathique
- Développer une attitude d'ambassadeur de son institution

Pour le personnel d'accueil qui est en première ligne pour orienter, une connaissance approfondie des structures et des personnes est important.

Les outils abordés pendant la formation

- Les principes de base de l'analyse transactionnelle
- L'écoute active et la reformulation
- Le sourire, le ton, le débit, la voix
- Le synchronisme avec son correspondant
- La technique des 4 fois 20
- Des exercices sur le verbal-non verbal
- La prise de recul
- Les techniques d'assertivité (exister sans s'imposer)
- Des jeux de rôles

Conclusion

Avec de la formation, certes, mais aussi une vraie volonté de rendre service, de prendre soin et de donner une image positive de l'institution dans laquelle nous travaillons, le message sera juste et touchera votre interlocuteur.

Méditez donc la citation de David Swanson: «Vous n'avez jamais une deuxième chance de faire une première bonne impression.»

Pour aller plus loin

Martin, M.-A. (2010).
Les clés de l'accueil:
la performance dès le 1er contact.
Chambéry: Le Génie Editeur.



IMAGERIE MOLÉCULAIRE

La tomographie par émission de positrons est utilisée pour analyser un nombre croissant de pathologies. Les explications de la Dre Nicodème- Paulin, cheffe du Département d'imagerie médicale de l'HNE

Le PET-CT, un outil de haute précision



16

/ page /

La médecine nucléaire permet de dépister, décrypter, comprendre - et bientôt traiter - certaines maladies, les cancers notamment. Elle renseigne sur le fonctionnement de l'organe investigué en livrant des informations anatomiques et métaboliques. Pour y parvenir, elle utilise des produits radiopharmaceutiques qui se fixent sur des tissus ciblés. Le Service de médecine nucléaire de l'HNE, installé sur le site de La Chaux-de-Fonds, est équipé de salles d'injection, d'examen et de contrôle pour effectuer des analyses de tomographie par émission de positrons, appelée PET-CT. Gros plan sur cette technologie d'imagerie moléculaire qui a vu le jour dans les années 1990 avec la Dre Emilie Nicodème-Paulin, cheffe du Département d'imagerie médicale.

- Avec son appellation énigmatique, que désigne le PET-CT?

- En fait, le PET est un acronyme anglais de tomographie par émission de positrons. Le PET-CT est un examen qui permet d'allier deux techniques, le scanner à émission de positrons et le scanner à rayons X capable de réaliser des images du corps en coupe fine. Un radiotracer est injecté avant l'examen dans le but de cibler des cellules spécifiques – zones de tumeurs et d'inflammation principalement – et les marquer. Cette technologie permet de faciliter l'interprétation par rapport à deux examens effectués séparément.

- Cette technique d'imagerie médicale est donc surtout utile pour détecter les cellules cancéreuses...

- Oui, mais elle s'applique à de plus en plus

de pathologies. Les indications les plus courantes sont les tumeurs, les maladies oncologiques, le lymphome (cancer des lymphocytes) notamment. On utilise aussi le PET-CT pour examiner le cerveau de personnes atteintes de démences, dont la maladie d'Alzheimer, ou dans des cas de fièvre d'origine inexpliquée. Pour l'instant, elle est principalement employée dans un but diagnostique, mais dans un avenir proche, on va pouvoir exploiter son potentiel pour agir au coeur d'une tumeur. Des traitements sont sur le point d'aboutir, on en est déjà au stade d'essais cliniques sur patients. Ils tirent parti de la précision du PET-CT pour viser des cellules spécifiques. Le principe consiste à rajouter un médicament à la molécule marquée. Il permettra d'administrer un traitement de

manière ultraciblée en provoquant moins de dégâts sur les cellules saines qu'avec une chimiothérapie par exemple.

-Comment se déroule l'examen?

-Il commence déjà en amont! Nous devons notamment définir la dose du produit en fonction de l'activité qui est recherchée. Dès que le rendez-vous est programmé, le Service de médecine nucléaire doit effectuer les commandes des produits nécessaires à l'examen.

« Les indications les plus fréquentes sont les tumeurs, les maladies oncologiques et le lymphome »

Il faut savoir que les composants sont complexes à fabriquer et qu'ils proviennent parfois de l'étranger. Le jour de l'examen, le patient reçoit une injection du produit radiotraceur, puis il se repose pendant une heure environ, le temps que la substance sillonne le corps et se concentre dans les zones à analyser. Ensuite, il rejoint la salle équipée du PET-CT, un appareil sphérique sous lequel coulisse un lit. L'acquisition des images – environ mille – peut prendre une petite heure, parfois moins. Vu leur quantité, les séquences ne sont pas analysées en direct. Elles sont triées dans les jours qui suivent et examinées à l'aide de mesures quantitatives (SUV). Nous établissons un rapport pour exposer les résultats.

-Qu'en est-il des risques?

- Dans la mesure où les produits injectés sont radioactifs, le risque n'est pas nul. Après l'injection, le patient est radioactif pendant un court laps de temps, mais le taux diminue au fil de la journée. Ses urines le sont aussi, raison pour laquelle nous avons équipé le service de WC spécifiques pour les recueillir et les traiter. Le PET-CT est contre-indiqué pour les femmes enceintes et peu recommandé chez les enfants. Mais la partie scanner, basée sur l'utilisation des rayons X, n'est pas complètement dénuée de risques non plus. Cette question demeure un sujet d'actualité dans la mesure où l'exposition de la population aux rayons ionisants tend à augmenter avec le développement de l'imagerie médicale. Nous faisons toujours une pesée d'intérêts, en mettant dans la balance le bénéfice escompté: on prescrit cet examen lorsqu'on en attend un vrai bénéfice. Le recours au PET-CT est très codifié. Autrement dit, les recommandations sont définies en

fonction de la pathologie et des cellules en cause, notamment parce que certaines tumeurs fixent mal les radiotraceurs. Mais les doses administrées sont moins importantes qu'autrefois: les sociétés de radiologie, en concertation avec l'OFSP, ont travaillé à les diminuer au cours de ces

quinze dernières années. Le Département d'imagerie médicale de l'HNE a d'ailleurs mis en place un suivi personnalisé pour les patients traités: nous sommes en mesure de communiquer à quelles doses d'irradiation ils ont été exposés lors de leurs passages dans nos services. ■



« La tumeur est localisée de manière très précise »

Le PET-CT est fréquemment utilisé dans le diagnostic et le suivi des cancers. Avec cette technique, les cellules malignes se révèlent plus lumineuses sur les images: leur métabolisme est plus rapide que les cellules saines et absorbent pour cette raison davantage de produit radioactif. Elle s'avère utile aussi pour mesurer la réaction des tumeurs aux traitements de radiothérapie ou chimiothérapie.

«Un PET-CT fournit quantité de données qui, combinées, font sens, détaille la Dre Emilie Nicodème Paulin. Non seulement il est en mesure de localiser une tumeur de manière très précise, mais il peut aussi mettre les métastases en évidence.» Scanner, PET-CT ou IRM (une technique sans irradiation basée sur un champ magnétique puissant), chacun de ces procédés fournit un type d'image différent et complémentaire. Si bien qu'il faut parfois en associer plusieurs pour obtenir les informations recherchées.

Le Département d'imagerie médicale participe aux tumorboards, des colloques multidisciplinaires qui réunissent un groupe de spécialistes, dont l'objectif est de déterminer la thérapie la plus opportune pour le patient. «Chaque tumorboard sont organisés par organe. Il y en a pour la sénologie, les tumeurs digestives, thoraciques ou oto-rhino-laryngologiques... Par conséquent, nous prenons part à plusieurs colloques au fil de la semaine», reprend la Dre Nicodème Paulin.

Orchestrés par l'oncologie, les tumorboards rassemblent les médecins spécialistes des organes atteints, la radiologie et la médecine nucléaire, la pathologie (qui analyse notamment le type des cellules en cause), des chirurgiens et des radiooncologues lorsqu'une radiothérapie est préconisée. «Les décisions se prennent à la majorité», rapporte la docteure. «Mais très souvent, nos positions sont communes, car aujourd'hui la pratique de la médecine se base sur l'évidence scientifique. Cela n'a pas toujours été le cas, car auparavant les décisions médicales découlaient davantage d'expériences personnelles.»

CARTE BLANCHE | par Guillaume Perret, photographe

« Normalement, je dois sortir cet après-midi ! »

« J'écoute de la musique ! »

18

/ page /

Les séjours à l'hôpital sont aussi des moments où le cours de notre vie quotidienne se modifie. On est souvent contraint à attendre, à penser à soi, à sa santé, à ceux qu'on aime. Un nouveau rythme de vie s'impose et fait place à des réflexions, qu'elles soient philosophiques ou liées à des envies très concrètes

Pensées de patients





« Ce n'est pas toujours facile, mais à la fin on a des résultats! »



« Je n'ai pas peur de mourir mais ça m'embête pour ma femme, mes enfants et mes petits-enfants! »



« Quand je serai grand, je serai policier au FBI! »



« Je pense à mon chat tout seul mais c'est surtout mon coiffeur qui me manque! »



« J'étais un grand skieur
et je pense aux pistes
de ski que j'ai dévalées ! »



« J'aimerais manger une sole avec des frites ! »



« Ça fait 3 mois que je suis ici,
je suis bien traité mais j'en
ai ras-le-bol ! »



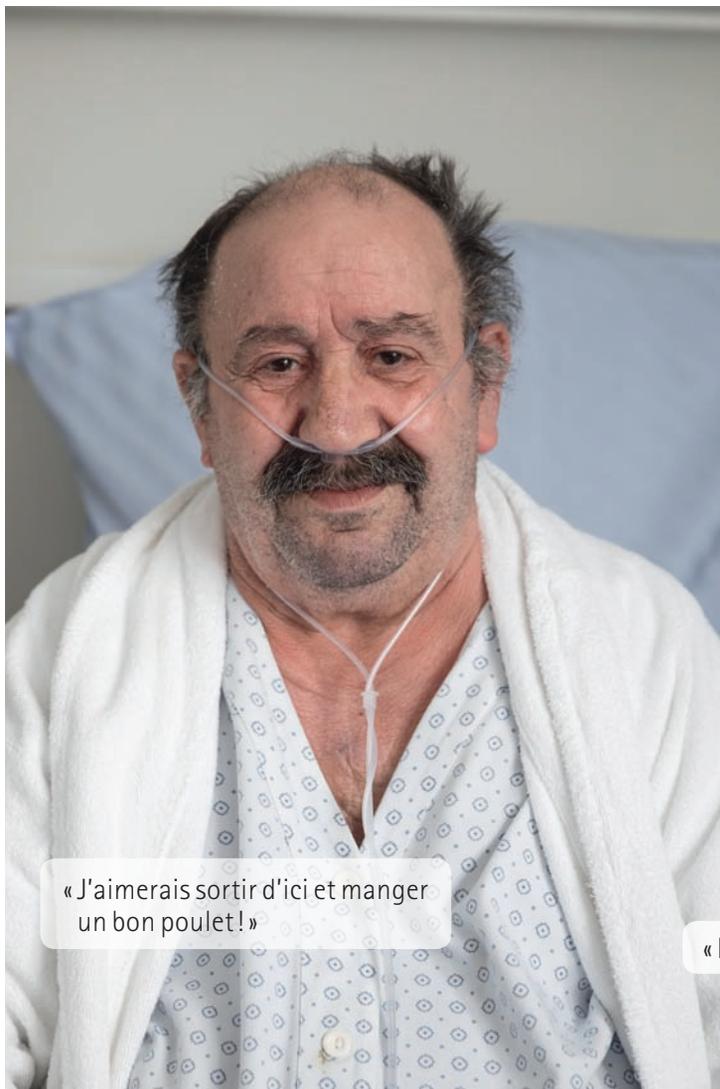
« Je suis soulagée que mon coeur aille bien ! »



« Je me réjouis de rentrer à la maison ! »



« Ca fait mal mais c'est marrant ! »



« J'aimerais sortir d'ici et manger un bon poulet ! »



« L'essentiel est d'être entre de bonnes mains ! »



« Vivre sa vie, c'est les bons et les mauvais jours ! »



« J'aime quand mes amies viennent me voir ! »



« Je me réjouis d'être debout ! »



« Je suis amoureuse de la vie ! »

48908

C'est le nombre total de jours de formations recensés au sein de l'HNE en 2018.

L'hôpital est un environnement complexe par la diversité de ses missions. Pas moins d'une septantaine de métiers s'y côtoient. Pour assurer la qualité des prestations et de la relève, l'HNE s'engage pour promouvoir la formation.

En 2018, l'institution a mis à disposition des ressources conséquentes dans ce domaine: 1'632 formations ont été suivies. Certains collaborateurs ont suivi plusieurs formations. Au total, 1'173 personnes ont bénéficié d'une manière ou d'une autre d'une offre de formation. ■

- ALEND SAADI -

Le médecin-chef en chirurgie est référent du projet SIC, pour système d'information clinique. Il souligne les avantages de la digitalisation du dossier patient, mené de concert avec l'H-JU et l'HJB

« L'informatisation du dossier patient constitue un progrès considérable »

24

page 7

En 2009, l'Hôpital du Jura, l'Hôpital neuchâtelois et l'Hôpital du Jura bernois ont initié ensemble le projet SIC, pour système d'information clinique. Ce partenariat intercantonal a non seulement permis l'informatisation des données relatives à la prise en charge des patients des trois hôpitaux, qui emploient 5000 collaborateurs au total. Il a également insufflé un esprit de coopération et de collaboration entre institutions à l'échelle de l'Arc jurassien, tout en garantissant une bonne économicité grâce à la mutualisation des coûts et des compétences. Une trentaine de collaborateurs BEJUNE ont suivi le projet en continu sur les différents sites des hôpitaux partenaires.

La digitalisation du dossier patient a permis de structurer l'ensemble des données médicales au sein des trois institutions, de renforcer la sécurité des données et de réduire les risques d'erreurs médicales et de soins. Dans le passé, les ordres médicaux retranscrits successivement sur différents supports papier induisaient des risques d'erreur à chaque étape. Une traçabilité renforcée garantit une meilleure sécurisation du circuit du médicament. Le bilan d'Alend Saadi, médecin-chef en chirurgie et référent SIC pour le département.

HNE MAg: De quelle manière avez-vous participé au projet SIC?

Alend Saadi: Je suis arrivé à l'HNE en 2015, juste avant le déploiement du SIC en chirurgie. Comme j'étais déjà référent pour l'application Soarian aux eHnv, où je travaillais auparavant, on m'a demandé de reprendre ce rôle. Pour le déploiement, nous avons procédé par étapes: nous avons commencé par le dossier médical, puis le dossier infirmier et enfin le dossier ambulatoire, fin 2018.

Quel bilan tirez-vous de la mise en oeuvre du SIC à l'HNE?

Le bilan global est extrêmement positif, malgré quelques faiblesses fonctionnelles et une fluidité à améliorer. Carefolio a permis de mettre fin à une situation insatisfaisante, avec un dossier éclaté sur plusieurs supports. Il y avait un dossier papier bleu pour les soins infirmiers et un dossier papier rouge pour les soins médicaux. Il y avait aussi en parallèle des plateformes informatiques qui fonctionnaient en silo comme Domino ou le PACS. Cette dilution de l'information était vraiment problématique et peu fonctionnelle. En chirurgie, le patient est confronté à plusieurs environnements pour un même séjour: il y a les consultations ambulatoires, la prise en charge stationnaire, le bloc opératoire sans oublier tous les examens interventionnels qui sont



« Avant l'introduction de Carefolio, on perdait du temps et de l'énergie »

BIO EXPRESS

1976: Naissance

2006: Diplôme de médecin à Lausanne

2014: Spécialisation en chirurgie FMH

2015: Engagement à l'HNE

2016: Spécialisation approfondi en chirurgie viscérale (sous-spécialisation) FMH

2016: DU prise en charge de l'obésité (Montpellier – France)

Citation

« Rien n'est permanent, sauf le changement »

Héraclite d'Ephèse



réalisés durant le séjour (radiologie, endoscopie, laboratoire). Avant l'introduction de Carefolio, on perdait du temps et de l'énergie: il fallait aller chercher le dossier infirmier dans le bureau infirmier, le dossier médical dans le bureau des médecins assistants... Il n'était par ailleurs pas toujours facile de relire les notes manuscrites des collègues. Cela pouvait être très problématique, notamment pour la prescription de médicaments. Les sources d'erreurs possibles étaient multiples. En centralisant toute les informations médico-soignantes sur un seul support, Carefolio a nettement amélioré la qualité de l'information, la communication et donc la prise en charge des patients. Tout le monde a accès aux données, tout est clairement lisible. Il y a aussi certaines alertes pour éviter par exemple les médicaments doublons. Bref, c'est un progrès considérable.

L'introduction du SIC vous a-t-elle permis de gagner du temps au quotidien?

Non, le dossier informatisé n'a pas apporté de gain de ce côté-là. Au contraire: pour les petites interventions, on en perd. Pour introduire quelques données, il faut aller vers son ordinateur, se loguer avec un mot de passe, faire plusieurs clics... C'est très vite chronophage. Pour les interventions plus lourdes, avec beaucoup de données à rentrer dans le système, le ratio temps-efficacité est meilleur. Il faut aussi faire attention au transfert de charge. Certaines choses qui pouvaient être éventuellement déléguées dans le passé ne le peuvent plus sans repenser le fonctionnement des services.

Quelles sont les différences avec d'autres systèmes, comme Soarian, utilisé par les hôpitaux vaudois?

C'est assez comparable, tous deux ont des avantages et des inconvénients. Je dirais que Carefolio est meilleur en matière de «workflow» (flux d'informations). En revanche, Soarian est plus abouti en ce qui concerne la fonction archivage. Je regrette que toute la Suisse romande ne se soit pas mise d'accord sur un même

programme. C'est un tout petit territoire avec une forte mobilité des médecins. Quand vous changez d'hôpital, comme le font souvent les médecins assistants, c'est une difficulté: il faut à chaque fois refaire une formation pour s'approprier le nouvel outil.

Quels sont les développements nécessaires pour rendre le dossier patient informatisé le plus en phase avec les besoins des professionnels de terrain?

Ce n'est pas tellement le logiciel qui doit évoluer, mais les supports que l'on a à disposition pour l'utiliser. Pour gagner en efficacité, le dossier informatisé devrait être disponible sur tablette ou sur smartphone, avec une manière simple de se loguer. Cela nous permettra de gagner beaucoup de temps. Il faudrait aussi généraliser le VPN pour permettre des connexions en dehors des murs de l'hôpital. Aujourd'hui, quand je suis en congrès par exemple, je dois appeler le collègue de garde pour avoir des informations sur un patient. Si je pouvais me connecter au SIC à distance, cela ne serait pas nécessaire. Je pourrais aller voir le labo d'un patient, corriger des lettres de sortie... Ce serait un vrai gain d'efficacité.

« Pour gagner en efficacité, le dossier informatisé devrait être disponible sur tablette ou sur smartphone »

Il faudrait aussi améliorer l'interconnectabilité avec les autres plateformes informatisées comme Opaleweb pour la facturation ou le RAP pour l'utilisation du bloc opératoire. De telles évolutions sont inévitables: comme les autres programmes comparables, Carefolio doit être mis à jour et amélioré en continu en fonction des évolutions et des besoins. ■

« Un défi technique et financier »

Le regard de **Gianni Imbriani**, chef du service informatique de l'H-JU

En quoi ce projet SIC représentait un véritable défi?

Cette aventure de 10 ans n'a rien de comparable avec les projets menés jusqu'ici par les trois hôpitaux. Nous sommes partis d'une feuille blanche, avec une équipe pluridisciplinaire, pour concevoir une application qui réponde à des besoins variés et très pointus. Les services informatiques des trois hôpitaux et du fournisseur, renforcés par du personnel médical et soignant ont réussi cette gageure. Le processus les a conduits à enchaîner les différentes phases: analyses, mises en consultation, validations, développements, tests, formations, puis l'accompagnement pour la mise en production. Le SIC a pris sa place au coeur du système d'informations des hôpitaux et il est interconnecté avec les systèmes administratifs et d'autres applications médicales, telles que le laboratoire, la cardiologie et la radiologie.

Pourriez-vous donner quelques chiffres pour donner une idée de l'ampleur du projet?

Il a également fallu former les médecins, les soignants et leur offrir un service de support 24h/24 et 7 jours/7, ce qui représente jusqu'ici près de 59'000 appels téléphoniques pour des aides ou des dépannages. Nous avons activé, toujours pour les trois hôpitaux, plus de 9000 comptes utilisateurs. Enfin, pour l'année 2018, nous avons créé près de 198'000 dossiers patients.

Est-ce que d'un point de vue humain, c'est aussi une réussite?

Absolument, ce projet a permis de fédérer les équipes bernoises, jurassiennes et neuchâteloises (dans l'esprit BEJUNE), autour d'objectifs communs et avec des enjeux institutionnels importants. Il s'agit sans aucun doute de l'un des plus grands projets informatiques hospitaliers et intercantonaux menés dans le nord-ouest de la Suisse, avec un budget global de plus de 4 millions de francs.



« Rendre le logiciel le plus intuitif possible »

Le regard de **Jérémie Treiber**, infirmier dans le service de médecine interne de l'Hôpital de Moutier et super utilisateur du SIC

Quel a donc été votre rôle dans le projet SIC en tant que soignant?

Tout d'abord, mon rôle a été de prendre en main le logiciel et d'apprendre à l'utiliser. Dans un second temps, j'ai dû réfléchir à comment faire pour uniformiser les pratiques de soins afin que le dossier patient informatisé puisse être rempli de manière la plus complète possible. Il a fallu tout repenser par rapport à notre façon de travailler au niveau administratif et réfléchir à comment exploiter au mieux le logiciel. J'ai également aidé l'équipe SIC à développer le logiciel pour que celui-ci soit le plus intuitif possible pour mes collègues.

Qu'est-ce que le dossier patient informatisé a apporté aux équipes médicales et soignantes dans la prise en charge des patients?

De manière générale, le dossier patient informatisé a apporté une prise en charge beaucoup plus détaillée et une transmission des informations plus fluide entre les différents professionnels. Grâce aux archives informatisées, le médecin accède en temps réel à l'historique du dossier médical car tout est désormais centralisé dans le logiciel. Des photos peuvent y être intégrées (p. ex.: des pansements) et nous pouvons suivre l'évolution des plaies et les visualiser, sans devoir passer par les archives papier des anciennes hospitalisations.

Comment votre rôle va évoluer maintenant que le logiciel est déployé dans tous les services?

Comme le logiciel ne cessera d'évoluer en fonction de l'évolution des besoins de la médecine, il y aura toujours des mises à jour à effectuer, des bugs informatiques à résoudre (dus à la complexité du logiciel). Par conséquent, il faudra toujours nous former aux nouvelles fonctionnalités et former les nouveaux collaborateurs à l'utilisation du logiciel. Je resterai donc la personne de référence pour le service de médecine de Moutier.



GROSSESSE

Éviter apéros et verres de vin est primordial dès les premiers jours de gestation pour éviter des problèmes de santé, potentiellement graves, au nouveau-né

Lorsque maman boit pendant la grossesse, bébé trinque



28

/ page /

Les femmes enceintes ne devraient pas boire d'alcool, pas même un verre de temps en temps. C'est du moins ce que recommandent les milieux de la prévention et les obstétriciens. Une abstinence rigoureuse qui peut sembler un peu extrême. Mais lorsqu'on regarde d'un peu plus près ce que l'alcool peut causer chez un enfant à naître, cette interdiction prend tout son sens. En voici un aperçu: malformations, troubles neurologiques, déformations faciales, poids de naissance léger, risque de prématurité ou de fausse couche. Et plus tard, d'éventuels troubles de l'apprentissage.

« L'anxiété contribue à amplifier les sensations désagréables ressenties »

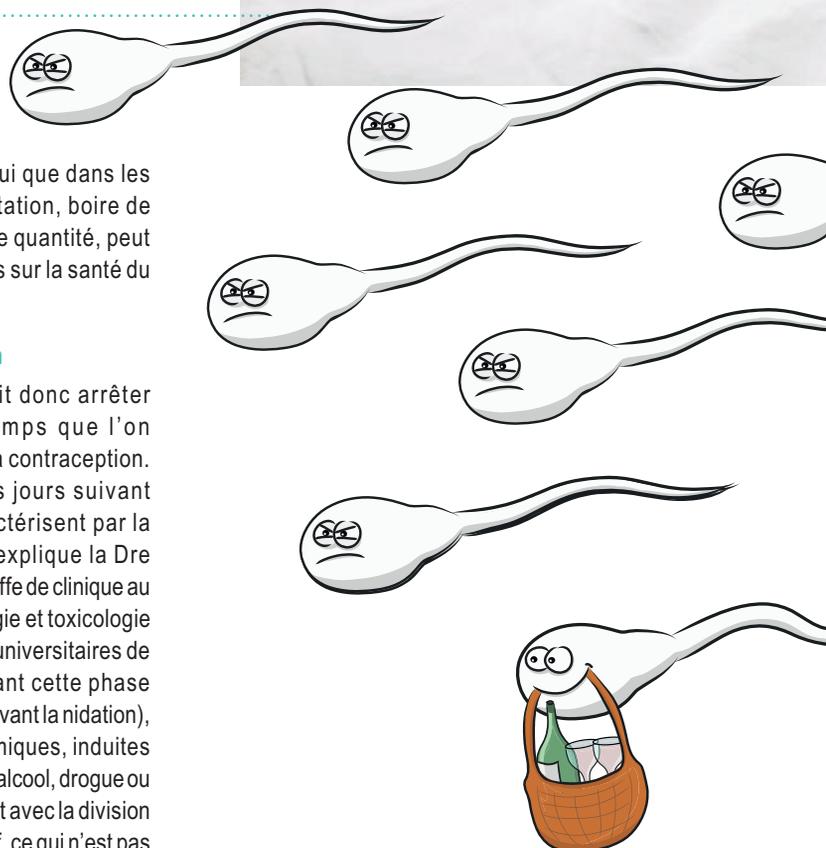
«Aucune étude ne permet d'affirmer qu'une consommation faible d'alcool pendant la grossesse est dénuée de risques, explique le Pr Jean-Bernard Daeppen, chef du Service d'alcoolologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). A la fin du XIXe siècle, il y a eu beaucoup de victimes du syndrome d'alcoolisation foetale (lire encadré) que l'on n'a pas vues venir. Ce mal touche les bébés de femmes alcooliques,

mais on sait aujourd'hui que dans les premiers jours de gestation, boire de l'alcool, même en petite quantité, peut avoir des répercussions sur la santé du nourrisson.»

La règle du tout ou rien

Idéalement, il faudrait donc arrêter l'apéro en même temps que l'on décide d'abandonner la contraception. «Les quinze premiers jours suivant la conception se caractérisent par la loi du «tout ou rien», explique la Dre Frédérique Rodieux, cheffe de clinique au Service de pharmacologie et toxicologie cliniques des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Pendant cette phase periimplantatoire (ndlr, avant la nidation), soit les agressions chimiques, induites par la substance nocive (alcool, drogue ou médicament), interfèrent avec la division et l'implantation de l'oeuf, ce qui n'est pas compatible avec la vie et provoque une fausse couche spontanée; soit l'oeuf est capable de compenser complètement les éventuelles lésions et est viable sans séquelles.»

Comme 50% des grossesses actuelles ne sont pas planifiées, il n'est pas rare qu'une femme consomme de l'alcool sans savoir qu'elle attend un enfant.





Faut-il s'alarmer? Les deux médecins se veulent rassurants. Inutile de dramatiser, de culpabiliser et de s'inquiéter outre mesure, mais il convient de s'abstenir dans les mois à venir et même après, étant donné les risques. «Les femmes qui allaitent ne devraient pas boire, car l'alcool consommé par la mère passe dans le lait maternel, explique la Dre Frédérique Rodieux. Bien qu'un nouveau-né allaité soit exposé à une infime quantité de l'alcool consommé par la mère, il le métabolise moins vite qu'un adulte. Sa concentration dans le sang diminue donc plus lentement avec un risque d'accumulation dans son organisme lors de consommations répétées.»

Par ailleurs, l'alcool peut modifier le goût du lait maternel et produire une diminution de la prise alimentaire, un effet sédatif ou encore de l'agitation chez le tout-petit. Lorsque le nourrisson tète à heures plus ou moins fixes, la mère peut s'accorder un petit verre, mais il faut alors attendre deux heures avant de donner le sein. ■

Pas besoin de boire beaucoup pour causer des dégâts

Le syndrome d'alcoolisation foetale (SAF) touche les bébés de mères alcooliques. Il est associé à des anomalies graves du développement et à des pathologies associées. Le trouble du spectre de l'alcoolisation foetale (TSAF) désigne quant à lui les problèmes de santé des enfants dont la mère a bu pendant la grossesse, même parfois de faibles quantités. Les enfants touchés ont un visage assez spécifique. Ce dernier présente souvent des fentes aux coins des yeux, un nez effacé ou allongé, une lèvre supérieure très fine, un front bombé, un crâne petit, des os soudés. A ces caractéristiques physiques s'ajoutent parfois des retards d'apprentissage ou des troubles du comportement plus ou moins sévères.

Selon l'Office fédéral de la santé publique, dans les pays occidentaux, près de 20 enfants sur 1000 naissent avec un TSAF et deux à cinq présentent un SAF. En 2017 en Suisse, sur 85'000 naissances vivantes, cela se traduirait donc par 1700 cas d'enfants souffrant d'un TSAF et entre 170 à 425 cas de SAF. Des chiffres élevés qui semblent pourtant vraisemblables, sachant qu'en comparaison internationale, la Suisse est un des pays dont les habitants consomment le plus d'alcool.

Christine Cher a appris en 2003 qu'elle souffrait d'une **SCLÉROSE EN PLAQUES**, 8 mois seulement après la naissance de sa fille cadette. Aujourd'hui, grâce à une prise en charge pluridisciplinaire, la maladie est stabilisée. Rencontre

« Le plus important, c'est d'avoir gardé mon indépendance »



Pour elle, la vie quotidienne est un défi permanent. Atteinte dans sa mobilité par une sclérose en plaques, Christine Cher vit aussi normalement que possible à Chézard avec son mari et ses deux enfants. Quand elle sort faire des courses ou qu'elle se rend sur le site de Landeyeux de l'Hôpital neuchâtelois pour une séance de physiothérapie, elle doit toujours anticiper. Le rituel est toujours le même: elle sort sa chaise roulante de sa voiture avec un treuil puis tente d'éviter les obstacles qui se présenteront devant ses roues. «Cela prend du temps, c'est sûr, reconnaît-elle. Mais cela me permet de garder mon indépendance, c'est le plus important.»

C'est en 2003 que sa vie a basculé. Jeune maman d'une petite fille de huit mois et d'un garçon de 3 ans, elle apprend qu'elle a une «SEP», comme elle appelle la maladie. Pour elle et son entourage, c'est un terrible choc, mais pas vraiment une surprise. Installée dans la cuisine lumineuse de la maison familiale, elle se souvient: «En 2001, alors que nous étions en vacances en Italie, j'étais tombée dans les pommes à la salle de bain pendant la nuit. Avec le recul, j' imagine que c'était la première expression de la maladie. En 2002, j'ai commencé à avoir un peu de peine à marcher, avec de drôles de sensations à la jambe gauche. J'ai tout de suite pensé à la sclérose en plaques. J'ai décidé d'aller consulter.»

Le diagnostic tombe l'année de ses 30 ans. «Les médecins suspectaient les suites d'une piqûre de tique. J'ai fait une IRM, ce n'était pas ça... L'annonce est extrêmement violente. Au début, tu ne peux rien faire d'autre que subir.» Mais la Valonnière d'origine est combative. «J'ai toujours envie d'aller de l'avant, c'est dans mon caractère. Avec le soutien de mon mari et de mes enfants, qui m'aident de manière extraordinaire, je me suis toujours donné les moyens d'avancer.»

Les premiers mois, Christine Cher ne sait pas trop à quoi s'attendre. La sclérose en plaques, qui est la première cause d'invalidité neurologique d'origine non traumatique chez le sujet jeune,





connaît en effet plusieurs formes avec des pronostics et des traitements différents. «Les médecins ont défini que je souffre d'une forme de SEP qui ne se manifeste pas par des poussées, mais qui entraîne un lent déclin. Les traitements médicamenteux doivent permettre de freiner l'évolution de la maladie, voir de la stopper.»

La jeune femme reçoit d'abord de la cortisone pour stopper l'inflammation. Son neurologue la met ensuite sous interféron. «Je ne l'ai pas du tout supporté, précise-t-elle. J'étais dans un état grippal permanent, avec des maux de tête et beaucoup de fatigue. Après 6 mois, j'ai décidé d'arrêter.»

« Avec le soutien de mon mari et de mes enfants, qui m'aident de manière extraordinaire, je me suis toujours donné les moyens d'avancer. »

Après avoir pris durant un temps un traitement homéopathique, Christine Cher se rend à l'Hôpital universitaire de Bâle pour avoir un autre avis médical. On lui prescrit du Mab Thera, médicament qui n'était pas encore homologué pour le traitement de la sclérose en plaques. «Au début, je me rendais une fois par année à Bâle pour un traitement en intraveineuse, précise la quadragénaire. Depuis 2010, je suis suivie à Pourtalès par la Dre Suzanne Renaud, cheffe du service de neurologie de l'HNE. Je la vois tous les trois mois, avec un bilan complet deux fois par an.»

La Neuchâteloise fait aussi de la physiothérapie, avec un emploi du temps réglé comme du papier à musique. Chaque mardi, elle effectue une séance dans la piscine du site de Landeyeux. Elle marche, mobilise sa jambe... des

efforts qui la fatiguent beaucoup. «Après ça, ma physio, Cindy Mollier, s'occupe de moi. Elle me fait faire des étirements, aux pieds et aux jambes.» Le jeudi, nouvelle séance, avec de la marche et des exercices pour l'équilibre. «C'est une prise en charge globale que j'apprécie. Elle a permis de stabiliser la maladie. Et cela tout près de chez moi. C'est vraiment une chance.»

Depuis quelques années, elle ne sait plus exactement, elle utilise une chaise roulante pour tous ses déplacements à l'extérieur. «C'est un progrès considérable, considère-t-elle avec le recul. L'utilisation de la chaise me permet de ne plus être épuisée après une sortie. Je n'ai plus besoin de faire une sieste pour récupérer. C'est encore plus vrai depuis que j'ai une chaise avec des roues électriques et un treuil qui la sort du coffre.»

Christine Cher dispose d'une rente AI à 100%. «Il a fallu prendre un avocat pour l'obtenir, ça n'a pas été tout simple.» Depuis 1999, soit juste après sa première grossesse, elle ne travaille plus. «Il y a quelques années, j'étais tentée, confie-t-elle. Mais la Dre Renaud me l'a vivement déconseillé. La fatigue peut aggraver la maladie». Comment voit-elle l'avenir? «Comme tout le monde, répond-elle avec énergie. Avec l'âge, nos aptitudes ont tendance à diminuer, c'est ainsi. Mais à 45 ans, j'ai de la marge. Lors de mon dernier test de marche, j'ai parcouru une distance plus élevée que les fois précédentes. Je prends ça comme un encouragement pour la suite.» ■

JEUDIS DE L'HNE

Cycle de conférences publiques



Les prochains rendez-vous > 19h00 > Auditorio du site de Pourtalès

2019 > 20 juin

Vous avez dit «fragile»?

Regards croisés sur les enjeux du vieillissement

19 septembre

Pourquoi on attend aux urgences?

3 octobre

Digitalisation et médecine

21 novembre

Prendre l'avion – quels risques pour la santé?

12 décembre

Douceurs... le sucre, à privilégier ou à bannir?

Pré-hospitalisations
Salon patients



Salon patients

