



CENTRE HOSPITALIER D'AJACCIO

CENTRU USPITALIERU D'AJACCIO

LES INFOS DU CHA

L'ÉDITO

Enfin, nous y voilà !

Le transfert tant attendu est désormais acté et l'ensemble des services de soins, médico-techniques, logistiques, techniques et administratifs du site de la Miséricorde évolue désormais dans ses nouveaux locaux et équipements.

De l'avis général, la sécurité, la fonctionnalité et le confort de nos patients a fait franchir un cap historique au Centre Hospitalier d'Ajaccio, pour ses patients et pour l'ensemble du personnel, en termes de conditions de travail.

Qu'il me soit permis de remercier chaleureusement celles et ceux, qui, ont œuvré pour que ce déménagement, dont chacune et chacun se souviendra d'y avoir participé, parfois et même souvent sur leurs temps de repos, contribuant ainsi à la réussite d'un projet auxquels certains s'étaient publiquement permis de douter.

A l'instar de la lutte contre la pandémie COVID, tous les professionnels de notre établissement ont fait front afin de démontrer qu'à Ajaccio, à partir du moment où en nous en donne les moyens, nous sommes capables d'aller au bout de nos idées, de nos convictions et de nos efforts, bravo à tous !

Bien entendu, tout n'est pas encore totalement stabilisé, et notre position sera réellement affermie lorsque nous aurons achevé le transfert de la cancérologie (oncologie et radiothérapie) et l'extension du capacitaire de soins critiques (2 lits de réanimation et 3 lits de soins intensifs polyvalents ainsi que la création de 6 lits de soins de réadaptation post réanimation) en 2024.

Lorsque le gros œuvre de ces travaux sera achevé, la dépose des patients couchés pourra être réalisée à l'arrière du bâtiment principal (devant le service de dialyse) ce qui permettra de rendre à l'entrée principale sa vocation première, à savoir une entrée piétonne.

Des équipements devront sensiblement être améliorés et/ou complétés, comme le capacitaire du parking par exemple.

Je souhaite également que nous puissions poursuivre l'amélioration de la convivialité de notre établissement, bien entamée avec la présence physique d'hôtesses dans des locaux à la mesure de leur importance en matière d'accueil, la création de l'espace cafétéria, et l'implantation d'œuvres d'artistes locaux dans le hall.

Il va de soi enfin, que ces nouveaux locaux ne gommement pas nos difficultés budgétaires, mais j'ai bon espoir, au vu des échanges que nous avons avec les services de l'Etat, que notre sort puisse s'améliorer, puisque la spécificité de l'insularité (et de ses surcoûts en matière de santé publique) est en passe d'être matériellement reconnue, ce qui ne doit pas nous exonérer de conduire les efforts nécessaires afin de démontrer, à ceux qui en doutent encore, que nous sommes capables non seulement de conduire un projet, mais aussi de le faire vivre avec passion et raison.

Je vous souhaite à tous un très bel été.

Bien à vous tous,

Jean-Luc Pesce
Directeur Général

ÉDITO du Directeur	1
INFOS...QUALITÉ - La Certification	2
INFOS... QUALITÉ - Actions Bien être au Travail	3
INFOS...QUALITÉ - Actions Formation Nouveaux Arrivants	4
ZOOM SUR... - La loi RIST	5
DOSSIER - Rapport de cas clinique	7
INITIATIVES - La formation d'adaptation à l'emploi...	10
INITIATIVES - Enquête LAGOON	11
ZOOM SUR... - Ils sont avec nous	12
INFOS... USAGER - La Commission des Usagers	14
JEUX	15

SOMMAIRE

LA CERTIFICATION H.A.S. DU C.H.A. (MISÉRICORDE - EUGÉNIE)

INFOS...QUALITÉ

Comme annoncé lors de la parution du dernier numéro du semestriel CHA et malgré la demande de report de date pour le CHA site Miséricorde, que nous avons adressée en janvier à la HAS au regard, notamment, des contraintes liées au déménagement, nous avons eu confirmation par retour courrier le 12 juin dernier que la visite de certification du Centre Hospitalier d'Ajaccio sites Miséricorde et Eugénie (hors EHPAD) aura lieu en octobre prochain, la certification de l'EHPAD étant fixée courant troisième trimestre 2023, en conséquence au plus tard le 30 septembre.

Si la démarche intéressant l'EHPAD est bien avancée, il n'en est pas de même pour le site Notre Dame de la Miséricorde et Eugénie (USLD et SMR). L'échéance étant excessivement proche, elle nous oblige à déployer une organisation adaptée à la contrainte temporelle.

Toutefois, et comme annoncé dans le précédent numéro du semestriel CHA, les résultats de nos évaluations internes, qui définissent notre niveau de maîtrise afin de préparer la visite dans les meilleures conditions, ont été adressés à la HAS, comme base de travail et d'identification de nos actions prioritaires.

Concrètement, afin de cadrer la démarche, un comité de pilotage Certification exceptionnel a eu lieu le 28 juin dernier.

Lors de cette séance le plan d'actions a été proposé par la Direction Qualité Gestion des Risques.

Ce plan d'actions, dont chaque pilote de processus devra assurer la mise en œuvre et le suivi, s'inscrit dans la continuité de celui proposé lors du Comité de pilotage de septembre 2022 au bémol, de taille, que l'ensemble des actions doit être concrètement mis en œuvre afin de garantir la Certification de notre établissement à un niveau qui sera fonction du nombre et de la qualité des réponses apportées aux interrogations des experts visiteurs (certification, certification sous condition ou non certification).

Clairement notre objectif, compte tenu de l'état d'avancement de la démarche et du peu de temps dont nous disposons, ne peut être autre que valider les critères à niveau d'exigence impératif, au nombre de 15, et qui sont :

- Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités (critère 1.1-03)
- Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité (critère 1.2-01)
- Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté (critère 1.2-02)
- Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur (critère 1.2-08 IQSS)
- Au bloc et dans les secteurs interventionnels, la check-list « Sécurité du patient » est utilisée de manière efficace (critère 2.2-12)
- Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque (critère 2.3-06)

- Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires (critère 2.3-11)
- Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs (critère 2.3-12)
- Les équipes maîtrisent les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI) (critère 2.3-20 IQSS)
- Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant les événements indésirables associés aux soins qu'elles ont déclarés (critère 2.4-04)
- L'établissement lutte contre la maltraitance en son sein (critère 3.2-06)
- La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins (critère 3.3-01)
- La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée (critère 3.6-01)
- La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement (critère 3.6-05)
- L'établissement analyse, exploite et communique les indicateurs qualité et sécurité des soins (critère 3.7-03 IQSS)

Un document permettant l'aide à l'appropriation des critères impératifs est disponible sur notre outil de gestion documentaire YES (QGDR_80 PASQUAL/HAS - S'approprier le référentiel - Evaluation des critères impératifs).

S'agissant des autres critères, au nombre de 120, et dont certains sont toutefois à un niveau de management processus satisfaisant, ils seront traités autant que faire se peut entre aujourd'hui et la visite d'octobre mais le seront, dans tous les cas, pendant la période (a priori entre 6 et 12 mois) qui suivra la visite d'octobre prononçant une éventuelle certification sous condition.

Dans le pire des cas, que nous n'osons envisager car correspondant à une non certification de notre établissement, une visite sous 12 à 24 mois sera programmée par la HAS.

Alors, si tel est le cas, il nous faudra fixer l'objectif de Certification comme prioritaire dans notre organisation.

Pascal DERUDAS

Directeur Qualité Gestion des Risques

INFOS...QUALITÉ

ACTIONS BIEN-ÊTRE AU TRAVAIL

Dès Septembre, Action bien-être au travail : 2 actions proposées, 4

Pôles de soins, 8 services de soins.... 180 agents concernés ...

L'année passée, la Direction Qualité-Gestion des risques du CHA en partenariat avec la M NH (Mutuelle Nationale des Hospitaliers) a mis en place une journée dédiée au **bien-être au travail** à destination des soignants des différents services médicaux de l'Hôpital EUGENIE. Aussi 32 agents de l'établissement ont pu bénéficier d'une séance de 30 minutes de relaxation profonde et tester un dispositif de lumino-relaxothérapie : le PSIO encadré par un animateur « Prévention et Promotion de la santé » M NH.

Cette année, la M NH nous propose d'organiser avec vous :

- 4 journées « petit-déj » organisées dans un service de 8H00 à 9H30 pour approximativement 30 personnes ;
- 4 opérations « petits soins » (Séance de 15 minutes de massages pour 15 personnes de 10H00 à 16H00).

Les informations relatives à ces actions vous seront transmises par les Cadres de Pôles respectifs.

ML. Caccavelli - CAREQ



ACTIONS SOLIDARITÉ AVEC L'UKRAINE

Solidarité avec l'Ukraine

Une deuxième semi-remorque avec 33 lits médicalisés, 8 bras d'anesthésie, 3 scialytiques et divers mobiliers issus des locaux de l'ancien hôpital ont été acheminés dans la ville d'Uzzorod en Ukraine.

Une solidarité qui a été bien accueillie par la direction de l'établissement et la population.

Le matériel est déjà en partie installé (voir photo jointe) et réparti dans différents sites en fonction des besoins.

Merci à tous ceux qui se sont investis pour permettre la réalisation de cette opération.

Fin septembre, une dernière partie du matériel récupérable rejoindra l'hôpital de Bizeth en Tunisie.

M. Buisson
Association PER A PACE



ACTIONS FORMATION NOUVEAUX ARRIVANTS

INFOS...QUALITÉ

Le 20 juin s'est tenu la première session de formation des nouveaux arrivants (FNA). Remise en place sur le nouveau site du Stiletto, cette FNA a permis l'accueil, par Monsieur P. DERUDAS, Directeur Qualité Gestion Des Risques et la formation de plus d'une trentaine de nouveaux agents à qui nous souhaitons la bienvenue sur l'établissement.

Etape clé d'un processus RH et QVT, la qualité du processus d'accueil et une correcte formation du nouvel arrivant sont des éléments de la maîtrise des risques de toute activité hospitalière.

En effet, l'arrivée d'un nouvel agent peut constituer un risque, non par manque de professionnalisme mais par méconnaissance des règles en vigueur dans l'établissement.

Aussi la FNA a pour objectif principal de promouvoir des valeurs, des comportements et des attitudes qui favorisent une culture professionnelle bienveillante visant l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Elle va permettre :

- Une sensibilisation à une culture qualité, sécurité des soins, au partage de valeurs et de connaissances communes qui encourage la collaboration et le travail en équipe,
- Un apport de notions essentielles, connues mais parfois oubliées, sur les enjeux des procédures en vigueur dans



l'établissement,

- Une approche organisationnelle et collaborative sur le travail en équipe, le rôle et les missions pluriprofessionnelles et transversales de chacun renforçant ainsi le sens du travail et favorisant la motivation et la reconnaissance.

A qui s'adresse la FNA ?

L'accueil et la FNA concernent tous les agents nouvellement embauchés, CDI, CDD et les agents en retour de formation professionnelle ;

Il est toutefois possible pour des agents titulaires de l'établissement de suivre des modules de formations spécifiques (exemple : module 3 formation sécurité incendie) en fonction des places disponibles.

N'hésitez pas à demander leur inscription !

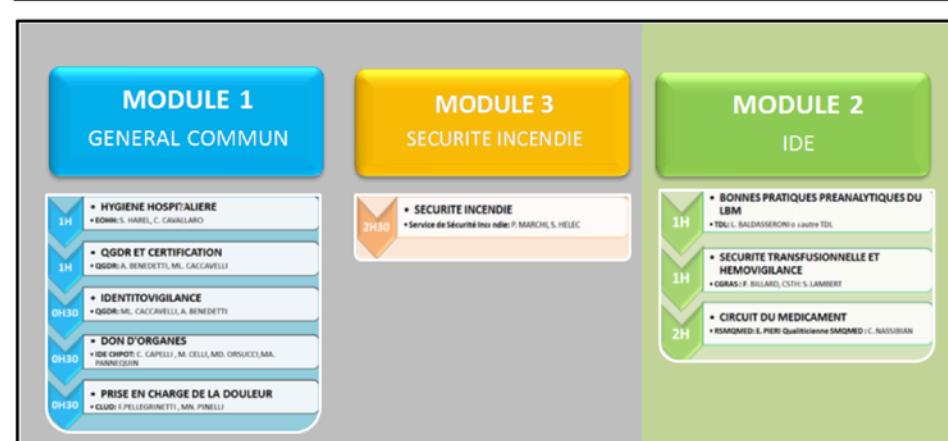
Comment sont organisées ces FNA ?

Afin de rendre accessible cette formation à un maximum d'agents, chaque module de formation est indépendant et peut être suivi sur des sessions différentes.

ML. Caccavelli - CAREQ

ORGANISATION DE LA FORMATION DES NOUVEAUX ARRIVANTS

1 ^{ère} JOURNÉE DE FORMATION	2 ^{ème} MATINÉE DE FORMATION
MATIN 8H30 Accueil des nouveaux arrivants 9h00-12h30 : Module 1 Général commun	APRES-MIDI 13h30-16h00 : Module 3 Sécurité incendie



ZOOM SUR...

LOI RIST

APPLICATION DE LA LOI RIST SUR L'INTERIM MEDICAL

PRESENTATION DU DISPOSITIF APPLICABLE DEPUIS LE 3 AVRIL 2023

Pour rappel, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a posé le principe de l'encadrement des rémunérations des médecins intérimaires. Malgré ce dispositif, le recours à l'intérim médical et aux contrats de gré à gré s'est développé dans des conditions non conformes au cadre réglementaire en vigueur.

Ce faisant, afin de lutter contre les dérives de l'intérim médical alors que le statut de praticien hospitalier titulaire constitue la norme de l'emploi médical hospitalier, des mesures complémentaires ont été inscrites dans l'article 33 de la loi du 26 avril 2021, dite loi RIST.

Concrètement, ces dispositions, qui devaient initialement entrer en vigueur le 28 octobre 2021, renforcent le rôle du comptable public des établissements publics de santé en lui permettant de bloquer les rémunérations excédant les plafonds réglementaires.

De surcroit, ce texte confère un nouveau rôle aux directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS), chargés de saisir le tribunal administratif compétent dès que le comptable public porte à leur connaissance l'existence d'actes irréguliers.

Ce contrôle s'exerce sur tous les contrats de mise à disposition de praticiens salariés par les entreprises de travail temporaire ainsi que sur l'ensemble des contrats à durée déterminée conclus entre un praticien et un établissement à compter du 3 avril 2023.

A noter que la mise en œuvre de la nouvelle responsabilité des gestionnaires publics implique que les ordonnateurs sont désormais responsables en matière de payes illégales, ce qui oblige les chefs d'établissement à une particulière vigilance quant au respect de ce nouveau dispositif.

L'IMPACT DE LA LOI SUR NOS SERVICES

Au sein de l'établissement, l'intérim médical a, au fil des années, significativement diminué dans de nombreuses disciplines grâce à une politique de recrutement active (GO, chirurgie orthopédique, chirurgie viscérale, chirurgie urologique, chirurgie vasculaire, neurologie, pédiatrie, gériatrie, pharmacie, infectiologie, biologie médicale et médecine interne/médecine polyvalente).

S'agissant des services pour lesquels l'établissement n'est pas parvenu à son effectif cible, l'intérim médical continue d'être mobilisé dans plusieurs disciplines (radiologie, cardiologie, pneumologie, médecine d'urgence, HGE, médecine polyvalente, pédiatrie, GO). De façon plus ponctuelle, des remplaçants sont nécessaires pour les absences programmées de nos équipes médicales.

Le travail de mise en conformité des contrats a donc nécessité une gestion active pour organiser le renfort des services les plus exposés à l'intérim médical.

Non sans difficulté, pour le premier mois d'application de la loi RIST (avril), l'établissement a pu éviter la fermeture de lits ou d'unités dans les secteurs en tension.

Cette situation s'explique par :

- Une plus forte mobilisation de nos personnels dont il faut souligner l'investissement sans faille
- Le relatif désengagement des médecins intérimaires réguliers, attachés aux équipes du CHA et dont la grande majorité a maintenu ses missions aux conditions financières de la loi RIST
- La solidarité régionale et inter-régionale

A noter également que certains médecins intérimaires ont fait le choix de s'engager sur un poste mais pour autant, une mobilisation plus massive de médecins sera indispensable pour amorcer la période estivale qui va s'avérer compliquée, notamment pour le pôle soins critiques.

LES LEVIERS DEPLOYES POUR REONDRE A LA CONTINUITE DES SOINS

Afin d'atténuer l'impact de la loi RIST sur les services en tension et pour répondre à la continuité des soins, l'ARS Corse, en lien avec les établissements insulaires, a déployé des leviers pour favoriser les remplacements dans un cadre mieux valorisé que l'intérim médical.

Le dispositif de solidarité territoriale est le premier de ces leviers, conçu à l'origine comme étant l'alternative à l'intérim, dès lors que les ressources médicales des établissements le permettent.

Opérationnel depuis le 20 décembre 2021, ce dispositif vise à favoriser les remplacements de praticiens entre établissements publics de santé en autorisant le versement d'une prime de solidarité territoriale. Cette dernière valorise l'exercice d'une activité partagée entre plusieurs établissements après l'accomplissement des obligations de service du praticien.

ZOOM SUR...

LOI RIST

A noter que le directeur général de l'agence régionale de santé a la possibilité de fixer, après avis de la commission régionale paritaire (CRP), une majoration des montants de la prime dans la limite de 30%, par arrêté, par établissement et par spécialité.

Cette faculté ouverte au directeur général de l'ARS permet de s'adapter au contexte local, en fonction des réalités de la démographie médicale et des tensions sur l'offre de soins dans la région.

C'est dans ce contexte qu'une convention cadre régionale a été conclue avec les différents établissements insulaires pour permettre la mobilisation de praticiens au niveau du territoire Corse, avec une prime majorée de 30%.

Cette convention a permis la mobilisation d'un médecin urgentiste de Bastia pour la réalisation de gardes mensuelles au SAMU/SMUR. Un appui des équipes d'AREA de Bastia par les équipes d'Ajaccio est également envisagé.

Des solidarités inter-régionales ont également pu être mises en place avec des établissements d'autres régions (PACA, IDF, Occitanie et Hauts-de-France).

Le recours à l'emploi contractuel est un autre de ces leviers, encadré par le décret de février 2022 relatif au nouveau statut unique de praticien contractuel.

Pour prévenir les situations de forte tension sur l'offre de soins, l'ARS Corse a validé le principe de recourir jusqu'au 30 septembre 2023 au contrat de PHC, alinéa 2. Le motif 2 ouvre la possibilité, « en cas de difficulté particulière de recrutement ou d'exercice pour une activité nécessaire à l'offre de soin sur le territoire », de majorer l'attractivité des postes contractuels en accordant aux praticiens une part variable subordonnée à la réalisation d'engagements et d'objectifs prévus au contrat.

L'ARS a cependant indiqué la nécessité de réguler le recours à ce type de contrat afin de répondre à certains objectifs. C'est également une volonté du Président de la CME.

Il convient notamment de veiller à la transparence de la politique régionale et à l'équité des rémunérations entre praticiens hospitaliers et contractuels sur un même territoire.

C'est la raison pour laquelle une grille de rémunération commune a été construite avec les établissements insulaires. Cette grille prévoit de moduler le montant des parts variables proposées en fonction de l'âge des praticiens afin de ne pas perdre toute référence avec la grille des praticiens hospitaliers dans le déroulé de carrière de ces derniers.

Enfin, il convient de veiller à ce que le contrat motif 2 ne devienne pas une voie de contournement de l'esprit de la loi RIST dont le but est de lutter contre l'instabilité des équipes

médicales induit par l'attractivité financière des missions de courte durée.

ET APRES...

De l'avis de tous les professionnels de santé, la régulation de l'intérim médical est une nécessité mais cette régulation ne doit pas se faire aux dépens des praticiens en poste.

L'intérim médical a toujours existé, ne serait-ce que pour répondre aux impondérables du quotidien ou des pics d'activité que des équipes, même normalement dotées, ne peuvent assumer.

On ne peut nier que les rémunérations excessives jusqu'alors versées sont un vrai problème : déséquilibre des rémunérations, implication variable dans les équipes, contribution aux déficits hospitaliers...

En réalité, le véritable problème, ce n'est pas l'intérim médical mais l'intérim dérégulé.

S'il y a autant d'intérim, c'est aussi parce que nombre de praticiens quittent l'hôpital public au motif qu'il n'est pas suffisamment attractif sur le plan financier. Pour exemple, nombre de médecins intérimaires sont des PH en disponibilité.

De l'avis de la communauté médicale hospitalière, la modernisation du statut de praticien hospitalier ainsi que les mesures du Ségur de la Santé pour rendre l'engagement dans la carrière hospitalière plus attractif, restent également décevante.

Afin de répondre au défi de l'attractivité de l'hôpital public, le Ministre de la santé s'est engagé à réinjecter dans la valorisation des carrières hospitalières les économies générales par la régulation de l'intérim médical, en particulier pour permettre une juste reconnaissance de la permanence des soins (nuits, week-ends et jours fériés).

Christelle FILLEUL

Responsable des Affaires Médicales

DOSSIER

RAPPORT DE CAS CLINIQUE

INTUBATION DIFFICILE CHEZ UN NOUVEAU-NÉ : UN DÉFI CLINIQUE

Dr Reda El Bayoumy MD FRCA EDRA

Praticien hospitalier en anesthésie-réanimation et l'auteur correspondant.

Hôpital d'Ajaccio, Route de Stiletto, 20000, Ajaccio, France

Tel. 0683728943 email: rodeolo@hotmail.com

Cet auteur a réanimé et intubé le nouveau-né.

Dr Edeline Coinde MD

Praticien hospitalier en pédiatrie, chef de service

Hôpital d'Ajaccio, Route de Stiletto, 20000, Ajaccio, France

email: edeline.coinde@ch-ajaccio.fr

Cet auteur a réanimé le nouveau-né.

Dr Marion Nimal MD

Praticien hospitalier en médecine néonatale

Hôpital Nord, CHU Marseille, 147 Bd Baille, 13005 Marseille, France

email: marion.nimal@ap-hm.fr

Cet auteur a transféré le nouveau-né à l'hôpital universitaire

Le nombre de mots du résumé est de 108, l'introduction est de 266 et la discussion est de 412 mots

Nombre total de mots: 1499 mots

"Conflits d'intérêts/Informations financières : AUCUN"

Introduction

L'intubation endotrachéale chez les prématurés est souvent difficile, en particulier en présence de malformations des voies respiratoires.^{1,2,3,4} L'intubation endotrachéale réussie d'un nouveau-né à la naissance peut être difficile, même pour un pédiatre et anesthésiste expérimenté.^{1,2,3} Les lésions supraglottiques et sous-glottiques se présentent généralement comme un scénario difficile pour les voies aériennes nécessitant une cricothyroïdotomie en tant qu'intervention vitale en cas d'urgence.^{1,4} La plupart des néoplasmes solides identifiés chez les nouveau-nés sont bénins. L'incidence d'une tumeur maligne est de 1 sur 12 500 à 27 500 naissances vivantes, représentant 2 % de tous les cancers de l'enfant,⁵ néanmoins, les hémangiomes sous-glottiques, les sténoses et les toiles sont les étiologies habituelles, mais le thymus cervical ectopique a rarement été signalé comme provoquant une obstruction des voies respiratoires.⁵ La reconnaissance rapide des malformations

Résumé

L'intubation endotrachéale difficile chez les nouveau-nés n'est pas une situation rare qui a des étiologies diverses.^{1,2,3,4} Il pose un défi technique pour sauver un nouveau-né immédiatement après la naissance, en particulier dans les îles isolées avec des installations, des ressources et une expertise néonatales limitées.² La morbidité et la mortalité néonatales sont considérablement élevées dans les scénarios d'intubation endotrachéale difficiles.³ Un nouveau-né peu prématuré est né mou et apnétique. L'obstruction des voies respiratoires supérieures par une volumineuse masse kystique supraglottique avec une éventuelle obstruction sous-glottique était principalement prédictive. Le nouveau-né a été intubé et transféré avec succès à l'unité néonatale universitaire pour une prise en charge chirurgicale définitive.

Glossaire

b/min = battements/minute; CPAP = continuous positive airway pressure (pression positive continue des voies respiratoires); ORL = Oto rhino laryngologie; ET = endotrachéale; EXIT = ex-utero intrapartum treatment (traitement intrapartum ex-uterin); FiO₂ = oxygène inspiré fractionné; DI = diamètre intérieur; IRM = imagerie par résonance magnétique; O₂ = oxygène; PaCO₂ = pression artérielle partielle de dioxyde de carbone; PaO₂ = pression artérielle partielle en oxygène ; PEP = pression expiratoire positive

des voies respiratoires facilite la réanimation dirigée et une intervention appropriée, le retard qui pourraient être mortelles pour le bébé.^{2,3} Cela peut être dû à des variations anatomiques des voies aériennes ou à des obstructions mécaniques telles que kystes et tumeurs. Il faut avoir une forte suspicion de cette condition et l'équipe d'urgence doit être rapidement préparée à faire face à de telles situations.^{2,3} La résection précoce des tumeurs de la tête et du cou pendant la période infantile est primordiale.⁶ Ces tumeurs peuvent être détectées tôt dans la période par échographie fœtale avancée ou imagerie par résonance magnétique (IRM).⁷ Il serait plus approprié de diagnostiquer les malformations de la tête et du cou pendant la grossesse afin de mieux planifier l'accouchement avec une équipe médicale spécialisée ou d'envisager une procédure de traitement intrapartum ex-uterin (EXIT).^{8,9}

"Un consentement écrit a été obtenu du plus proche parent du patient pour la publication de ce rapport de cas".

DOSSIER

RAPPORT DE CAS CLINIQUE

INTUBATION DIFFICILE CHEZ UN NOUVEAU-NÉ : UN DÉFI CLINIQUE

Description du cas

Un petit garçon avec un poids de naissance de 2445 grammes est né d'une mère primigeste à 36 semaines de gestation par accouchement instrumental sous analgésie péridurale.

Le bébé est né mou et apnéique avec une fréquence cardiaque de 60 b/min. Le score d'Apgar était de 1/3/6/6. Des mesures de réanimation ont été immédiatement initiées par ventilation au masque et ballon Neopuff (ventilation assistée spontanée) avec les paramètres suivants : PEP de 5 cmH₂O et FiO₂ de 30 %. La ventilation par ballon-masque a réussi ; la saturation d'O₂ était de 97 % et la fréquence cardiaque était de 152 b/min, cependant, le bébé était hypoxémique en respiration spontanée avec un stridor biphasique; La saturation d'O₂ était de 71% sur une FiO₂ de 30% avec des signes d'obstruction des voies respiratoires supérieures. Le pédiatre a immédiatement décidé de transférer le bébé à l'hôpital universitaire. La respiration spontanée du bébé était soutenue par une pression positive continue des voies respiratoires via le ventilateur CPAP-Dräger Babylog 8000 plus, sur FiO₂ de 30 %, PEP de 5 cmH₂O (Vidéo 1).

La saturation d'O₂ a été maintenue à 97 %. Les gaz sanguins artériels étaient : pH 7,173, PaO₂ 67,7, PaCO₂ 67,6, lactate 0,70 mmol/L. Le bébé était normothermique et maintenu au chaud avec une glycémie normale tout au long de la période de réanimation. Échec de deux tentatives d'insertion de sonde nasogastrique. La fréquence cardiaque était d'environ 134 b/min, la fréquence respiratoire était de 56 respirations/minute, la pression artérielle était de 45/33 mmHg et la saturation d'O₂ était de 97 % sur 30 % de FiO₂. La radiographie thoracique était normale (Figure), ce qui a conduit le pédiatre à ne pas procéder à l'intubation ET sans l'apport multidisciplinaire de l'anesthésiste et le pédiatre de l'hôpital universitaire avec une prédition élevée d'obstruction des voies respiratoires supérieures.

La deuxième contrainte était que l'hôpital public d'Ajaccio est situé dans l'île méditerranéenne de la Corse qui manque d'unité néonatale avancée, l'hôpital d'Ajaccio est affilié à l'hôpital universitaire de Marseille en France et les pathologies néonatales et pédiatriques difficiles doivent être référées à l'hôpital universitaire. La distance entre Ajaccio et Marseille est de 400 kilomètres. Le transfert se fait par hélicoptère. De plus, l'incident s'est produit pendant un week-end où il n'y avait pas assez de soutien médical pour demander de l'aide.

Le bébé est né vers 10 heures du matin ; l'équipe néonatale de Marseille est arrivée pour récupérer le bébé vers 5 heures de l'après-midi. Le bébé a été maintenu sous ventilation CPAP en unité néonatale de soins intensifs. L'anesthésiste et le chirurgien ORL de garde ont été informés et se tiennent prêts pour l'intubation ET dès l'arrivée de l'équipe néonatale marseillaise. L'anesthésiste et l'infirmière anesthésiste de garde ont préparé le chariot d'intubation difficile pour faire face à l'intubation ET difficile ; le vidéolaryngoscope pédiatrique (axess vision

bronchoflex agil Glidescope, Ø 3,9, taille de lame 1 et 2) et la bronchoscope à fibre optique (bronchoflex agile et vortex) avec différentes tailles de mandrins et lames ont été préparés.

Une fois l'équipe néonatale de Marseille arrivée en place, elle a été immédiatement rejointe par les équipes de garde anesthésique, ORL et pédiatrique.

L'équipe néonatale de Marseille a préparé le chariot d'intubation difficile; qui comprenait les AirTrach Vygon et mandrins pédiatriques. Ils ont préparé les produits d'induction anesthésique (kétamine intraveineuse, midazolam et suxaméthonium), le calcium, le magnésium, le bicarbonate de sodium, les seringues d'adrénaline et la seringue de perfusion de noradrénaline. Des seringues de perfusion de midazolam et de sufentanil étaient également en cours de préparation pour la sédation intraveineuse pendant le transfert.

La première tentative d'intubation ET a échoué avec l'identification d'une obstruction des voies respiratoires supérieures par une volumineuse masse kystique supraglottique, mais il était facile de ventiler le bébé avec un masque facial et de maintenir ses voies aériennes et sa saturation d'O₂, le bébé n'a jamais été hypoxémique.

La deuxième tentative d'intubation ET a réussi à l'aide d'un glidescope et d'un mandrin. Le bébé a été intubé par une sonde ET à ballonnet de 3 mm de diamètre interne, il était un peu difficile de pousser la sonde ET dans la trachée au-delà de l'entrée laryngée, mais il a réussi à le pousser dans la trachée avec une manipulation douce. La sonde ET a été sécurisé sur place et le bébé a été transféré avec succès par hélicoptère à l'unité néonatale de Marseille vers 8 heures de l'après-midi (Vidéo 2,3).

Le bébé a été opéré le lendemain par l'équipe chirurgicale pédiatrique ORL qui a subi une marsupialisation au laser du kyste paralaryngé supraglottique droit et ils ont également traité un deuxième petit kyste sous-glottique au laser qui communiquait avec le plus grand kyste paralaryngé droit via un conduit qui explique la difficulté à faire avancer la sonde ET dans la trachée pendant l'intubation endotrachéale. L'anesthésiste a décidé de ne pas extuber le bébé après la fin de l'intervention en raison d'un œdème laryngé (Vidéo 4,5).

Le bébé a été transféré aux soins intensifs néonatals sous sédation pour une ventilation et une prise en charge postopératoire adaptée. Le bébé a été extubé avec succès le troisième jour postopératoire sans complications.

Le patient a survécu et l'analyse pathologique a montré des kystes de Malpighien vascularisés paralaryngés et sous-glottiques bénins.

DOSSIER

RAPPORT DE CAS CLINIQUE

INTUBATION DIFFICILE CHEZ UN NOUVEAU-NÉ : UN DÉFI CLINIQUE

Discussion

Les tumeurs congénitales de la tête et du cou peuvent entraîner un stridor et une obstruction des voies respiratoires supérieures chez les nouveau-nés et pourraient par conséquent poser un défi considérable aux pédiatres et aux anesthésistes pour sécuriser leurs voies aériennes.^{1,2,3} Les diagnostics différentiels incluent les tératomes, les hémangiomes, les malformations lymphatiques et les hétérotopies neurogliales.^{3,4} La sténose sous-glottique peut être congénitale ou acquise.⁴ Elle est définie comme un diamètre inférieur à 4 millimètre de la région cricoïde chez un nourrisson né à terme et inférieur à 3 millimètre chez un prématuré.⁴ Masses périglottiques et les tuméfactions peuvent effectivement entraîner une intubation difficile qui peut entraîner des résultats indésirables graves, y compris la mort, ce qui nécessite une expertise dans la prise en charge des voies respiratoires supérieures et des compétences appropriées.^{1,3,5} Travailler dans une île éloignée isolée avec des ressources de réanimation néonatale minimales ajoute aux difficultés techniques.

Une « situation difficile des voies aériennes » survient lorsque la ventilation au masque facial, la laryngoscopie directe, l'intubation endotrachéale ou l'utilisation d'un dispositif supraglottique ne parvient pas à assurer la ventilation.^{2,3} Comme la bradycardie et l'arrêt cardiaque chez le nouveau-né sont généralement d'origine respiratoire, la prise en charge des voies aériennes néonatales reste un facteur critique.^{2,3}

La formation médicale continue et l'amélioration des compétences et de la prise en charge des maladies néonatales et pédiatriques doivent être soulignées pour les pédiatres, les gynécologues et les anesthésistes travaillant dans des hôpitaux périphériques et en sous-effectif. Les milieux hospitaliers dans les déserts médicaux sont de la plus haute importance pour sauver des vies.³

La résection précoce des tumeurs de la tête et du cou pendant la période infantile est préconisée.⁶ Une résection et une reconstruction précoces peuvent éviter une intubation ou une trachéotomie prolongée et permettre ainsi une récupération précoce de la fonction normale des voies respiratoires.⁶

Récemment, ces tumeurs peuvent être détectées au début de la période prénatale par échographie fœtale avancée ou IRM, ce qui nécessite de souligner sur le développement de ces compétences et expertises diagnostiques pendant les soins prénatals par les médecins concernés, en particulier dans les hôpitaux publics périphériques et dans les déserts médicaux.⁷

Un accouchement bien planifié par traitement intrapartum ex-uterin (EXIT) pourrait être effectué.⁸ Il s'agit d'une extension de la césarienne standard avec le bébé partiellement accouché tandis que le cordon ombilical est maintenu intact pour

maintenir la circulation materno-fœtale afin de laisser le temps à l'intubation et de sécuriser les voies aériennes de nouveau-né.^{8,9}

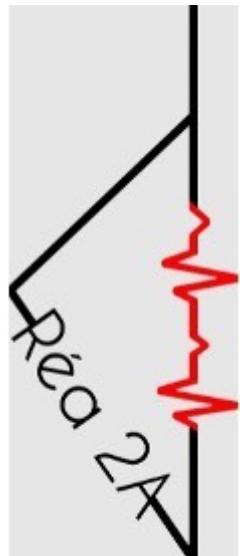
Références

1. Heinrich S, Birkholz T, Ihmsen H, et al. Incidence and predictors of difficult laryngoscopy in 11,219 pediatric anesthesia procedures. *Paediatr Anaesth*. 2012 Aug;22(8):729-36. doi: 10.1111/j.1460-9592.2012.03813. x. Epub 2012 Feb 20.
2. Robert Tinnion and the framework authors BAoPM. Managing the difficult airway in the neonate- A BAPM Framework for Practice. 2020; London: British Association of Perinatal Medicine. https://kids.bwc.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/05/DA_framework_final_October_2020.docx-2.pdf
3. G. Berisha, A. M. Boldingh, E.W. Blakstad, et al. Management of the unexpected difficult airway in neonatal resuscitation. *Front. Pediatr.* 2021; 9: 699159. doi: 10.3389/fped.2021.699159.
4. Ida JB, Guarisco JL, Rodriguez KH, et al. Obstructive lesions of the pediatric subglottis. *Ochsner J* 2008; 8:119–28. PMCID: PMC3096332.
5. A. Boudewyns, J. Claes, and P. van de Heyning. Clinical practice: an approach to stridor in infants and children. *European Journal of Pediatrics*. 2010; vol. 169, no. 2, pp. 135–141. doi: 10.1007/s00431-009-1044-7.
6. B. Y. H. Wong, R. W. M. Ng, A. P. W. et al. Early resection and reconstruction of head and neck masses in infants with upper airway obstruction. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2010; vol. 74, no. 3, pp. 287–291. doi: 10.1016/j.ijporl.2009.12.005.
7. K. Nawapun, N. Phithakwatchara, S. Jaingam, et al. Advanced ultrasound for prenatal interventions. *Ultrasonography*. 2018 Jul; 37(3): 200–210. Published online 2018 May 2. doi: 10.14366/usg.18011.
8. L. García-Díaz, A. Chimenea, J. C. de Agustín, et al. Ex-Utero Intrapartum Treatment (EXIT): indications and outcome in fetal cervical and oropharyngeal masses. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2020; volume 20, Article number: 598. doi: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-26019/v2>.
9. L.X. Barrette, C. Z. Morales, E. R. Oliver, et al. Risk factor analysis and outcomes of airway management in antenatally diagnosed cervical masses. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2021; volume 149, Article number: 110851. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2021.110851>.

Dr Réda El Bayoumi

INITIATIVES

FORMATION D'ADAPTATION À L'EMPLOI DE L'INFIRMIER EN RÉANIMATION



Le congrès **Réanimation** se déroule du 14 au 16 juin 2023 au Palais des Congrès à Paris.



Le service de Réanimation d'Ajaccio et le CESU 2A sont invités à présenter leur **Formation d'Adaptation à l'Emploi de l'Infirmier en Réanimation**.

L'infirmier en réanimation est amené à maîtriser bon nombre de gestes et à effectuer autant de soins et de surveillances spécifiques aux patients relevant de la réanimation. Il assure les surveillances et mesures de l'hémodynamique, de pression intra crânienne, les soins aux patients intubés et ventilés, trachéotomisé, sous hémodialyse, sous ECMO, la gestion de l'urgence...

La réanimation nécessite un personnel paramédical formé et compétent.

Les sommes de connaissances reçues en tant qu'étudiant semble bien insuffisantes et certaines inexistantes pour permettre d'emblée à un infirmier de gérer un patient de réanimation.

Cette FAE est le résultat d'une longue et mure réflexion entre 2 équipes, l'équipe du service de réanimation polyvalente du CHA



et du CESU 2A qui travaillent main dans la main depuis plusieurs années.

La réanimation a mis en place depuis plusieurs années un accompagnement du nouvel arrivant avec une formation pratique sur le terrain et un suivi du nouvel arrivant par des tuteurs, le cadre de santé et le médecin chef du service.

La FAE IDE va permettre d'optimiser la formation des infirmiers en associant l'apprentissage sur le terrain, des cours théoriques pour développer l'apprentissage cognitif, des ateliers pratiques pour l'apprentissage des gestes techniques et l'utilisation du matériel, de la simulation en santé pour améliorer les prises en soin, le travail d'équipe et la gestion du stress.

Les professionnels en Corse ont le droit de bénéficier de formations performantes et innovantes dans leur région et ne doivent plus être confrontés aux contraintes de l'insularité.

L'association du service de réanimation et du CESU 2A permet de mettre en place un programme de formation ambitieux et quasi unique en France actuellement.



Et surtout MERCI à Céline SUSINI sans qui tout ça n'aurait jamais vu le jour et tant d'autres projets ...



Sandrine DELORME

FF. Cadre de Santé



INITIATIVES

ENQUÊTE LAGOON

Enquête LAGOON



Le service de réanimation d'Ajaccio participe à l'Enquête LAGOON. (Évaluation de la chARGE en soins infirmiers en réanimation)

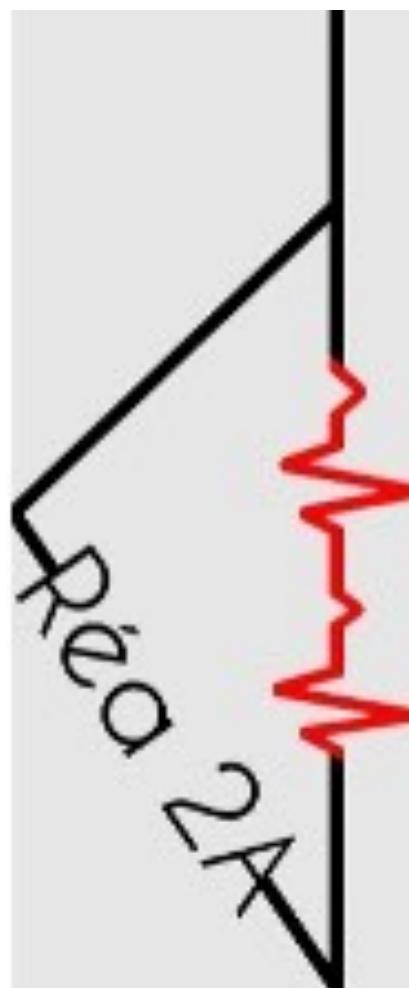
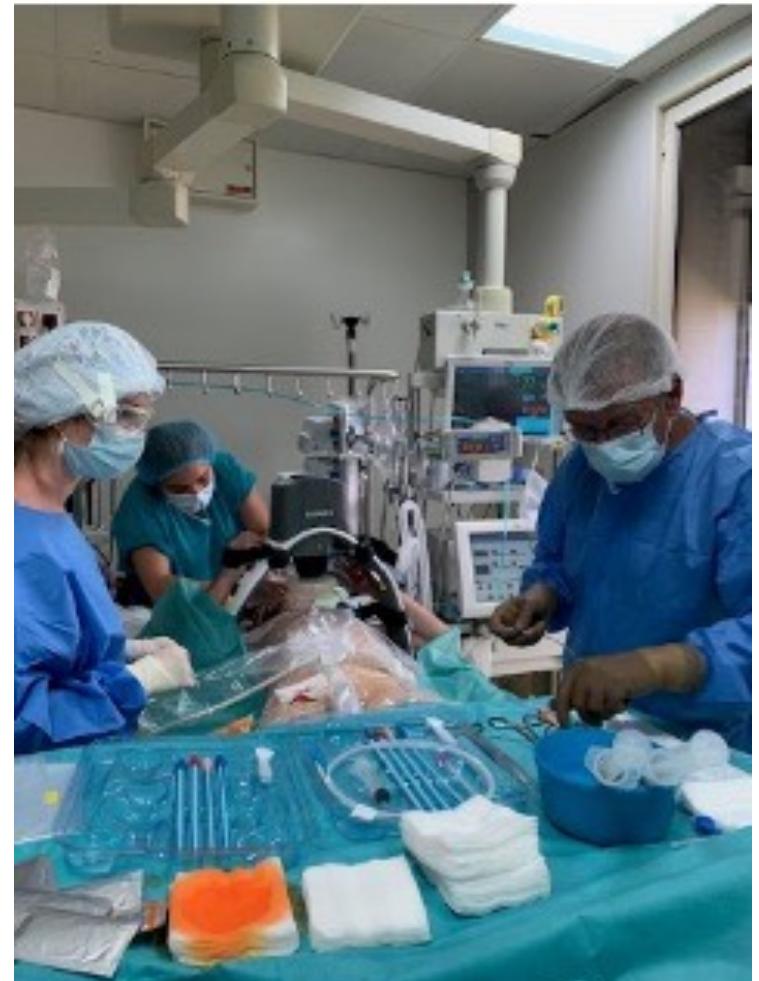
A ce jour, il n'existe en France aucune donnée formelle, nationale, de la charge en soins réelle des infirmiers de réanimation.

L'objectif de cette enquête nationale est d'évaluer la charge en soins infirmiers en réanimation en France, les bénéfices attendus sont de garantir une qualité optimale des soins.

La charge en soins est évaluée par le Nursing Activity Score.

Cette dernière se déroule sur une période de deux semaines consécutives.

Sandrine DELORME
FF. Cadre de Santé



ZOOM SUR...

ILS SONT AVEC NOUS

Opération Hopilot à l'Unité de Chirurgie Ambulatoire

Se rendre au Bloc Opératoire en voiturette électrique,

Voilà le concept que va désormais proposer l'UCA (Unité de Chirurgie Ambulatoire) du Centre Hospitalier d'Ajaccio aux enfants devant subir une opération.

Attentif au bien-être des enfants, le personnel de l'UCA souhaite, par la mise en place de cette nouvelle prise en charge, lutter contre le stress et l'angoisse générés par une intervention chirurgicale.

Conjuguer le soin et le jeu permet aux enfants d'être acteur de leur prise en charge et rassure les parents, le tout dans un cadre sécurisé et respectant les normes d'hygiène en vigueur.

Ce modèle de prise en charge, existant dans d'autres établissements, permet d'apporter :

- une forme de sérénité pour les enfants et leurs familles,
- d'offrir une qualité de prise en charge aux enfants et leurs familles,
- de faciliter l'intervention des professionnelles,

L'initiative Hopilot œuvre depuis 2017 en faveur des enfants hospitalisés et grâce à leur intervention, à l'association DAUPHIN HANDICAP et aux dons de certaines sociétés (CETELEM, ROLLER GRILL, COGEP, PLAISIRS AUTOMOBILES, GAN, MOTRIO...), l'UCA du Centre Hospitalier d'Ajaccio s'est vu doté d'une BMW X6 blanche, qui nous n'en doutons pas, sera très appréciée.

Cette opération d'envergure nationale peut être suivie sur les réseaux sociaux suivants :



Facebook : « Hopilot »: Les voitures électriques pour les hôpitaux"

Instagram : « Hopilot »

Twitter : « Hopilot »

Opération KDO en pédiatrie

"L'Association Du Sport et Plus était de passage le 15 juin dernier dans le service pédiatrique du CH d'Ajaccio.

Accompagnée de Pierre-Louis Loubet, pilote en Championnat du Monde des Rallyes WRC, l'association a offert différents équipements et jouets afin d'améliorer le quotidien des enfants soignés à l'hôpital.

L'Association Du Sport et Plus, dont l'objectif est d'améliorer la vie des enfants à l'hôpital grâce au monde du sport, soutient actuellement 27 services pédiatriques en France ; vous pouvez suivre son actualité sur les réseaux sociaux et avec le lien suivant : www.dusportetplus.fr"



ZOOM SUR...

ILS SONT AVEC NOUS

La Fête de la musique au Centre Hospitalier d'Ajaccio 21 juin 2023

Organisée par l'association d'artistes NOLEMA (Dr Bruno Ménager et Emmanuelle Prieto), la fête de la musique a été célébrée au Centre Hospitalier Notre-Dame de la Miséricorde.

A cette occasion, et après un passage individualisé en duo Voix-Musique au lit du patient (maternité, néonatalogie et pédiatrie), notre duo a pu rejoindre Alain Colonna, guitariste Ajaccien émérite, pour un concert associant la guitare et Emmanuelle dans un répertoire classique, populaire et Corse.

Alain a intercalé de nombreux morceaux de guitare jazz, Corse, manouche pour le plus grand plaisir de tous.

Des patients de services adultes (soins palliatifs, gériatrie, médecine) ont pu descendre dans le hall et profiter de la prestation.

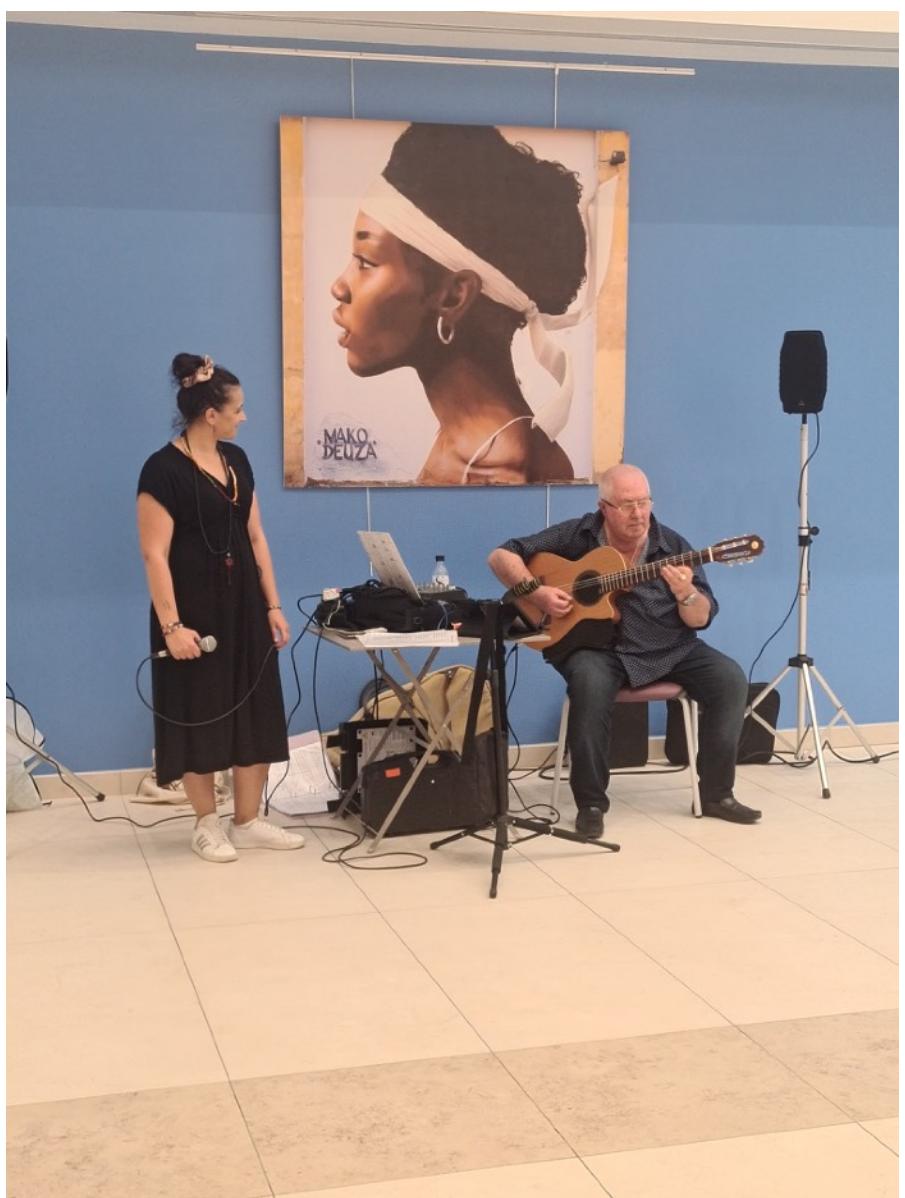
Le public était également présent sur la coursive du 1er étage.

Du bonheur, de la joie, de la musique ont changé l'atmosphère de l'hôpital en cette après midi.

Nous reconduirons de tels moments musicaux à d'autres occasions dans l'année, à la demande de nombreux spectateurs.

Docteur B. Menager

NOLEMA est une association d'artistes soutenue par la CdC et l'ARS Corse dans le cadre de l'opération Culture et Santé.



INFOS...USAGERS

LA COMMISSION DES USAGERS

La Commission des usagers est une instance du CH Ajaccio chargée de veiller au respect des droits des usagers et de faciliter leurs démarches, afin qu'ils puissent éventuellement exprimer leurs difficultés. Conformément à la réglementation, elle doit normalement se réunir au moins 4 fois par an. Elle examine les réclamations qui ont été adressées à la Direction du Centre Hospitalier par les usagers, ainsi que les demandes d'accès aux dossiers patients formulées par les usagers. Le cas échéant, elle informe les usagers sur les voies de conciliation et de recours.

Plus généralement, la Commission des usagers peut formuler des recommandations et des avis sur la politique d'accueil et de prise en charge des usagers qu'il convient de mettre en œuvre au sein de l'établissement.

Elle rend compte de ses analyses et de ses propositions dans un rapport annuel, qui est présenté aux instances de l'établissement comme le Conseil de surveillance ou la CME. Elle peut aussi proposer un projet des usagers.

La Commission des Usagers est composée de membres avec voix délibérative : Le Directeur du Centre Hospitalier, le

médiateur médical, le médiateur non médical, ainsi que de deux représentants des usagers (personnes représentants des associations de santé agréées).

Elle est composée aussi de membres avec voix consultative : Représentant du Conseil de surveillance, Président de la CME, représentant de la Commission de soins infirmiers ou du CTE, Direction des soins, Direction Qualité, service des relations avec les usagers...

S'agissant des représentants des usagers, il faut noter que ces personnes ont pour mission d'informer les usagers sur leurs droits, de faciliter l'échange et l'écoute des usagers. Ils peuvent apporter une aide aux usagers dans leurs différentes démarches.

Les usagers qui souhaitent prendre RDV avec les représentants des usagers peuvent le faire en appelant le service des relations avec les usagers, soit au 04 95 29 96 97 ou au 04 95 29 90 98.

Laurent GERMANI

Directeur des Affaires Générales et des relations avec les Usagers



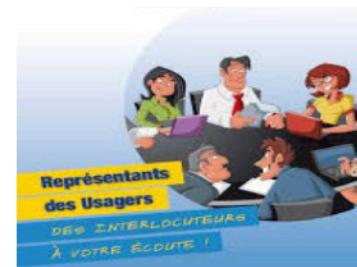
CENTRE HOSPITALIER D'AJACCIO

Les représentants des usagers

Ces personnes ont pour mission d'informer les usagers sur leurs droits, de faciliter l'échange et l'écoute des usagers. Ils peuvent apporter une aide aux usagers dans leurs différentes démarches.

Les représentants des usagers présents dans les instances sont :

M. Robert COHEN, Mme Nathalie PAOLETTI (Association pour le droit de mourir dans la dignité), Mme Roselyne PROFIZI (Union fédérale des consommateurs Que Choisir), M. Henry MULLER (Association des paralysés de France), Mme Rose-Marie PASQUALAGGI (Association des diabétiques de France).



COMMENT CONTACTER LES REPRESENTANTS DES USAGERS ?

☞ Via le service relations avec les usagers de l'établissement



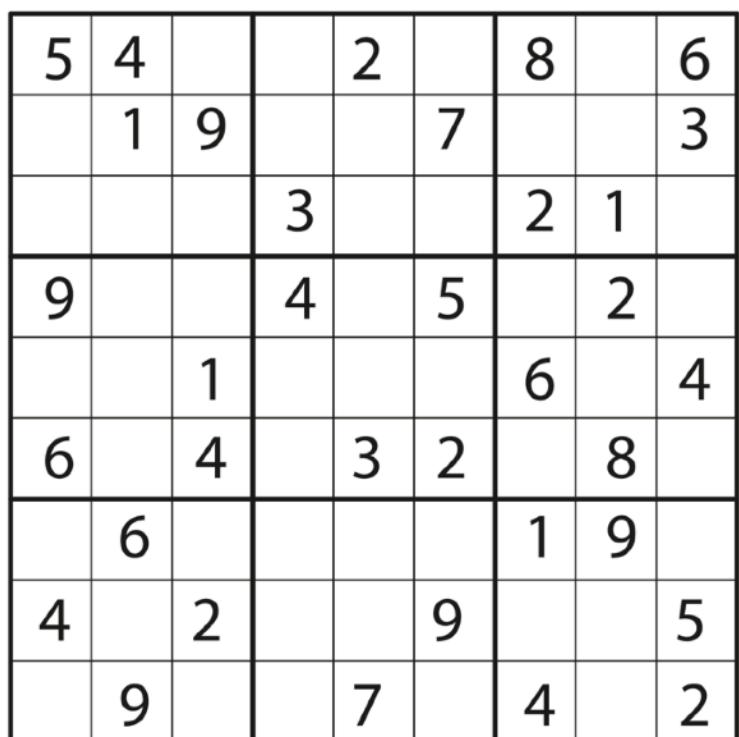
04.95.29.96.97
Ou
04.95.29.90.98



JEUX

POUR SE DÉTENDRE

A VOTRE DISPOSITION

UNE GRILLE DE MOTS FLÉCHÉS
DEUX GRILLES DE SUDOKU

Lettre d'information du Centre Hospitalier d'Ajaccio

CH Notre-Dame de la Miséricorde - Site du Stilettu

1180 Route A Madunuccia - 20090 Ajaccio

Cellule Communication : ☎ 04.95.29.81.15

Chargé de Communication : Mr Cyril Pacout

Parution semestrielle / Publicité en régie directe au journal

Dépôt légal en préfecture d'Ajaccio

Impression : C.H.A. / Tirage : Numérique en fonction des besoins

Directeur de publication : Mr Jean-Luc Pesce,

Directeur de la Communication : Mr Pascal Derudas

Contributions : Monsieur Jean-Luc Pesce, Monsieur Pascal Derudas, Madame C. Filleul, Madame Marie Lucie Caccavelli, Dr R. El Bayoumy, Dr B. Menager, Madame S. Delorme, Monsieur L. Germani, Madame M. Buisson

Comité de Rédaction : Pascal Derudas - Directeur Adjoint chargé de la Qualité, Gestion des Risques - Plans et Crises Sanitaires - Communication,

Crédit photos : Pixabay / Cyril Pacout / Relations Usagers / I Stock Photos / Dr B. Menager / S. Delorme

Copyright 2022, Motsfleches.fr

Medium • Intermédio • Intermediario • Mittelschwer • MOYEN

★	PROPRE À PLUSIEURS FORCES	SCAN-DINAVE	DÉCAMPE	OFFICE	PHRASES SACRÉES EN ASIE	DONNE	NICKEL AU LABO	SCÈNE DE VILAR	ENCHASSÉ
QUI DÉS-HONORENT	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
CONFISERIE									
FONT LEUR SÉLECTION							TÊTE DE PROUVE		
DÉFONCÉ							EXPLOSE		
DEUXIÈME SURSEPT			GRILLON	►				EST DANS LES NUAGES	
PLAISANT			NE PARS PAS	▼					OBТИNES
SE GONDOLE				EXQUIS	►				▼
CANTINE DES OFFICIERS				PRÉSENTE À TABLE	▼	OUTIL POUR SERRER	►		
GREFFÉE					▼	JEUNE PREMIÈRE		AUXILIAIRE CONJUGUE	
IRRITÉ							TERME DE MODE	►	IL RÉFLÉCHIT
PIÈCES ANTIQUES									

Visitez notre site, Motsfleches.fr, pour résoudre des mots croisés directement sur votre smartphone ou votre ordinateur. Ou essayez notre application gratuite sur Google Play ou l'App Store

Digitalcrosswords.com • Krydsord.dk • Kryss.se • MOTSFLÉCHÉS.FR
Crucigrama.es • Kreuzwortraetsel-online.com • Cruzadinhas.com

8		6			3		9	
	4			1			6	8
2			8	7				5
1		8			5		2	
	3		1				5	
7		5		3		9		
	2	1			7		4	
6				2		8		
	8	7	6	4			3	