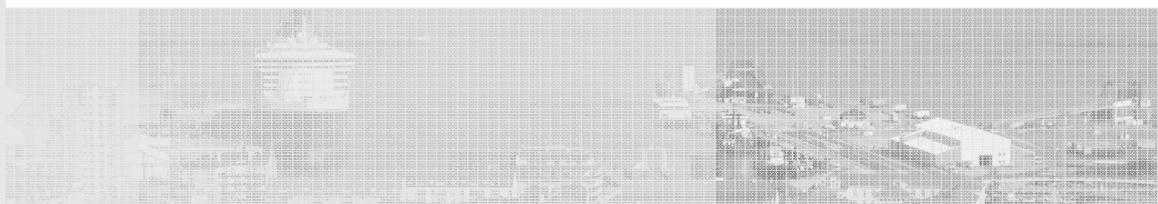




RAPPORT D'ACTIVITE

Centre Hospitalier Public du Cotentin

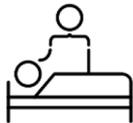


Année 2016

CAPACITÉ

929 lits et places

- › Médecine : 352 lits
- › Chirurgie : 57 lits
- › Obstétrique : 51 lits
- › SSR : 96 lits
- › HAD : 26 places
- › EHPAD : 347 lits



URGENCES

59 446 passages aux urgences

- › dont 45 029 aux urgences adultes
- › dont 9 540 aux urgences pédiatriques
- › dont 4 877 aux urgences gynécologiques

1 passage sur 4 est suivi d'une hospitalisation

DELAIS : pour 100 patients accueillis aux urgences,

- › 80 y passent moins de 6H, et même moins de 2H pour 40 d'entre eux
- › 4 y passent plus de 10H

15

SMUR

1 463 interventions extérieures

- › 2 véhicules SMUR
- › Activité régulée par le SAMU 50 (centre 15)

MATERNITÉ

1 855 naissances

- › Maternité de niveau III (réanimation néonatale)
- › 5 salles de naissances



AUTOUR DU SOIN

Recherche clinique

- › 1 département de recherche clinique depuis 2015
- › 25 essais ouverts en 2016 – 243 patients inclus

Pharmacie

- › 15 M€ de consommation annuelle de médicaments
- › plus de 1 400 références en stock

Informatique

- › 1 500 postes informatiques & 2 data centers redondants
- › 100% des prises en charges médicales informatisées

Hygiène

- › Solution hydro-alcoolique utilisée : 3 796 litres
- › 169 tonnes de DASRI (déchets d'activité de soins à risques infectieux)

ACTIVITÉ (+3,2% / 2015)

45 134 hospitalisations & séances (MCO)

- › Médecine : 37 052
- › Chirurgie : 5 320
- › Obstétrique : 2 762

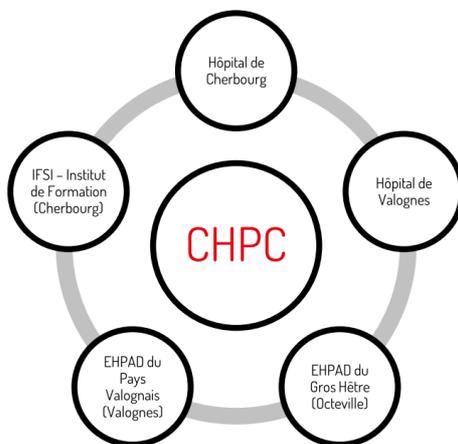
213 157 consultations externes

- › 1/2 en médecine, chirurgie, obstétrique
- › 1/4 en imagerie ou au laboratoire de biologie
- › 1/4 aux urgences

20 222 patients du Cotentin

- › dont 98% originaires de la Manche, soit approximativement 10% de la population du Nord-Cotentin

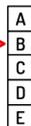
5,8 jours (durée moyenne d'hospitalisation, hors 0 jour)



QUALITÉ

Certification HAS niveau B

- › Certification obtenue en 2016
- › Réception de 183 courriers d'usagers
70% de satisfaction/reconnaissance de la qualité de soins et de l'engagement des équipes soignantes
- › 10 plaintes enregistrées en 2016
- › Questionnaires sorties : 95,4% de satisfaction globale



LOGISTIQUE

1 245 tonnes de linge traité

- › soit près de 5 tonnes par jour traitées à la blanchisserie du CHPC

782 280 repas

- › 361 709 aux patients hospitalisés
- › 253 864 aux résidents des EHPAD
- › 166 507 au personnel



soit plus de 2 000 repas préparés et servis chaque jour

Surfaces & Espaces verts

- › Surface au sol du bâti du CHPC : 110 000 m²
soit approximativement 15 terrains de football

UNE JOURNÉE ORDINAIRE

- › 545 patients hospitalisés (dont 450 en MCO et 95 en SSR)
- › 120 nouvelles hospitalisations (dont 80 programmées et 40 via les urgences)
- › 650 consultations externes
- › Entre 20 et 25 interventions chirurgicales au bloc opératoire
- › 5 naissances
- › 4 sorties SMUR
- › 163 passages aux urgences (123 urg. adultes, 26 urg. pédia, 13 urg. gyneco)
- › 340 résidents au sein des 2 EHPAD

ÉQUIPEMENTS

Imagerie médicale

- › 2 scanners
- › 1 IRM
- › 7 salles de radiologie
- › 1 mammographe
- › 1 accélérateur de particules (radiothérapie)

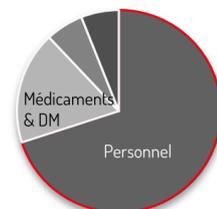
Plateaux techniques

- › 4 blocs opératoires
- › 2 blocs d'obstétrique
- › 1 bassin de balnéothérapie

BUDGET

160 M€ de dépenses

- › 70% : Personnel
- › 18% : Dépenses médicales et pharmaceutiques
- › 6% : dépenses hôtelières et logistiques
- › 6% : amortissements & frais financiers



6 M€ d'investissement

- › Travaux & gros entretien – équipements biomédicaux – équipements et projets informatiques

RESSOURCES HUMAINES

EFFECTIFS [ETPr]

308 [235] médecins dont 60 internes

Personnel non médical : 2 145 [2 042]

- › 1 592 [1 514] soignants (infirmiers, aides-soignants, techniciens de labo, rééducateurs physiques, manipulateurs radio, diététiciens, recherche clinique [...])
- › 279 [271] agents techniques et ouvriers
- › 274 [257] agents administratifs et sociaux éducatifs (accueil, secrétariats médicaux, service social, RH, Qualité, Finances, Direction)
- › Femmes : 81% / Hommes : 19%



Sommaire

I – INTRODUCTION.....	7
II – DES COOPERATIONS MULTIPLES ET AMBITIEUSES.....	15
2.1 – GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE.....	15
2.2 – FONDATION BON SAUVEUR.....	18
2.3 – POLYCLINIQUE DU COTENTIN.....	19
III – DES EVOLUTIONS MAJEURES DU SYSTEME D’INFORMATION AU SERVICE DE L’ETABLISSEMENT.....	22
IV- LES ENGAGEMENTS ET LES ACTIONS QUALITE / GESTION DES RISQUES VIS A VIS DES USAGERS.....	36
4.1 – LA QUALITE, LA GESTION DES RISQUES ET LA RELATION AVEC LES USAGERS.....	36
4.1.1 – Organisation et fonctionnement.....	36
4.1.2 – La politique qualité et le plan d’amélioration de la qualité.....	38
4.1.3 – La certification.....	38
4.1.4 – La démarche qualité.....	39
4.1.5 – La gestion des risques.....	41
4.1.6 – Les évaluations des pratiques professionnelles.....	41
4.1.7 – La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.....	42
4.1.8 – L’hygiène et la prévention des infections nosocomiales.....	43
4.2 – COMMUNICATION ET CULTURE A L’HOPITAL.....	45
4.2.1 – La communication interne.....	45
4.2.2 – La communication externe.....	46
V – L’ACTIVITE HOSPITALIERE.....	48
5.1 – SITUATION GENERALE.....	48
5.2 – EVOLUTION DETAILLEE PAR POLE.....	50
5.2.1 - Pôle « F » Femme-enfant-HAD.....	51
5.2.2 - Pôle « C » Médico-chirurgical.....	53
5.2.3 - Pôle « I » Services de Médecines intensives.....	56
5.2.4 - Pôle « M » Spécialités médicales et SSR gériatrique.....	60
5.2.5 – Pôle « M » Hôpitaux de jour et de semaine.....	64

5.3 – L’ORGANISATION DES SOINS.....	70
5.3.1 – Développement et restructuration d’activités	70
5.3.2 – Organisation des soins	70
5.3.3 – Développement des compétences du personnel.....	72
5.3.4 - Participation à la démarche qualité	72
5.3.5 – Bilan d’étape du projet de soins institutionnel	73
5.3.6 – Perspectives	73
5.4 – LA RECHERCHE CLINIQUE	74
VI – RESSOURCES HUMAINES EN LIEN AVEC L’ACTIVITE.....	82
6.1 – LES ENGAGEMENTS ET LE DIALOGUE SOCIAL AU CHPC	82
6.1.1 – Les instances.....	83
6.1.2 – Les discussions sociales	83
6.1.3 – Le comité de prévention et de suivi de la violence	84
6.1.4 – Les mouvements sociaux.....	84
6.2 – GESTION DU PERSONNEL MEDICAL.....	84
6.2.1 – Mission de la Direction des affaires médicales	85
6.2.2 – Gestion du temps de travail	89
6.2.3 - Le suivi budgétaire	90
6.3 – GESTION DU PERSONNEL NON MEDICAL	91
6.3.1 – La stratégie Handicap et travail.....	91
6.3.2 – Gestion du temps de travail	92
6.3.3 – Gestion des statuts.....	94
6.3.4 – Métiers et compétences	95
6.3.5 – Au sein du service, travail de réflexion sur les valeurs professionnelles.....	100
6.3.6 – L’activité du Service social.....	100
6.3.7 – Bilan de l’activité 2016 au sein des secrétariats médicaux et administratifs.....	101
6.4 - DEPENSES DE PERSONNEL.....	111
6.5 – INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS ET INSTITUT DE FORMATION D’AIDES-SOIGNANTS ..	111
6.5.1 – Institut de formation d’aide-soignant(e)s	111
6.5.2 – Institut de formation en soins infirmiers.....	112
6.5.3 – Le centre de documentation et d’information (CDI).....	113
6.5.4 – Les contrats d’apprentissage.....	113
6.5.5 – Zoom sur la communication en 2015 – 2016	113

VII – LES MOYENS LOGISTIQUES CONSACRES AU FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT	114
7.1 – UN PROGRAMME D'INVESTISSEMENT EN BAISSSE	115
7.2 – DES DEPENSES D'EXPLOITATION STABLES	116
7.3 - PHARMACIE ET STERILISATION	120
7.3.1 – Actions réalisées et projets	121
1 – Pharmacie	121
2 – Stérilisation	130
7.3.2 – Chiffres d'activité des différents secteurs.....	130
 ANNEXE 1	 142
FONCTIONNEMENT INSTITUTIONNEL	143
 ANNEXE 2	 151
INTERIM MEDICAL	152
 GLOSSAIRE	 153

I - INTRODUCTION

Depuis 2012, le Centre hospitalier public du Cotentin est à la fois engagé dans une politique ambitieuse de réorganisation pour améliorer son efficacité et l'accueil des patients, et dans une nécessité de réduction de son déficit structurel qui obère au quotidien ses marges de manœuvre budgétaires et comptables. Il affronte de surcroît régulièrement de grandes difficultés de recrutement médical qui affectent ses capacités de prise en charge (les Urgences en 2015, la Neurologie en 2016, les nécessaires renforts ponctuels chaque hiver).

Pour autant, la mobilisation de l'ensemble des équipes, l'engagement des professionnels de tous grades et de tous métiers, l'implication des responsables médicaux et paramédicaux permettent au CHPC de continuer à innover, de poursuivre le déploiement de ses projets importants et de produire des résultats encourageants tant en termes de qualité que de performance économique ou sociale.

I – L'innovation au programme

Le centre de soins non programmés (C.S.N.P)

La nécessité de réorganiser les activités d'Urgences-SMUR va certainement s'imposer comme une obligation pour beaucoup de régions et de centres hospitaliers. Il s'agit d'une spécialité où l'écart entre les besoins démographiques et les candidatures médicales est parmi les plus élevés.

Le CHPC y a été confronté avant beaucoup d'autres. Contraint de fermer à l'été 2015 les urgences de Valognes par manque de médecins, il a immédiatement réfléchi, en lien avec l'Agence Régionale de Santé et les élus du territoire, à la mise en place d'un nouveau dispositif. Ce dernier, appelé Centre de soins non programmés (C.S.N.P), a ouvert le 7 mars 2016, suite à un appel à projet expérimental financé par le FIR auquel ont répondu deux établissements publics de santé de la région ex Basse-Normandie.

Il se distingue des urgences par plusieurs caractéristiques: ses horaires (ouvert au public de 8h à 18h30, les équipes travaillent de 7h45 à 19h45 pour assurer la conclusion des prises en charge) ; son ouverture (hors week-ends et fériés, le CSNP n'assure qu'une seule des deux semaines des périodes de congés scolaires) ; son recrutement (les médecins recrutés en son sein sont pour la majorité des non-urgentistes) ; ses capacités d'accueil (l'orientation par le 15 doit permettre d'éviter des cas lourds pour lesquels il n'est pas équipé).

Il bénéficie pour autant de l'appui du SMUR de Valognes lorsque celui-ci n'est pas en intervention (selon les périodes, le SMUR assure 15 à 30% des prises en charge) et de la structure hospitalière (taux d'hospitalisation de 7% dont 3% sur la Médecine polyvalente à Valognes, recours au scanner et à la biologie délocalisée).

La première année d'exercice justifie pleinement l'existence de ce centre. Avec 5500 passages annuels dont 60% de traumatologie, avec une montée en charge pendant l'hiver à 28/30 passages journaliers, il a démontré son utilité pour la population. Il reste cependant fragile en fonctionnement (deux médecins seulement y sont attachés contractuellement) et aucune révision des horaires ne peut être envisagée à ce stade.

Le G.H.T gériatrique du Cotentin

Le CHPC et ses instances militaient pour sortir le CHPC de son isolement géographique à l'occasion de la réforme territoriale de santé votée début 2016. Cette position n'a malheureusement pas été suivie aux plans régional et national et le G.H.T gériatrique du Cotentin se trouve être le plus petit des 135 G.H.T du territoire national.

Fort de cette exception, l'Agence Régionale de Santé souhaite que nous innovions en axant nos réflexions sur la filière gériatrique territoriale.

A cet effet, les EHPAD relevant de la fonction publique hospitalière se sont vu proposer d'intégrer le groupement. L'objectif est de construire un projet médico-soignant commun autour de la prise en charge territoriale des personnes âgées. En date du 30 juin 2016, les EHPAD de Sainte-Mère Eglise et de Carquebut ont signé la convention cadre constitutive du GHT, aux côtés du CHPC, et les instances représentatives ont commencé à se réunir à compter du mois de décembre 2016.

Le contexte démographique actuel et le profil des patients accueillis au CHPC ces dernières années comme pour les années à venir confortent la nécessité de développer la filière gériatrique du territoire. La Manche est parmi les départements qui compte le plus de personnes âgées de plus de 75 ans. Au niveau local, et à titre d'exemple, si le nombre de séjours au CHPC a augmenté de 22% en 5 ans, il apparaît que sur cette même période le nombre de séjours des plus de 75 ans a augmenté de 34%. Cette hausse s'élève à 50% pour les séjours de personnes de 85 ans et plus. Au total en 2016, 32% des séjours hospitaliers réalisés au sein des unités d'hospitalisation classique du CHPC concernent les patients de plus de 75 ans.

Le GHT se fixe pour objectif 2017 de finaliser la rédaction du projet médico-soignant. Il vise également à poursuivre ses rencontres avec les différents acteurs du territoire qui accompagnent les personnes âgées (EHPAD rattachés à un CCAS, SSIAD, ...), ainsi que les partenaires du soin (PCC, FBS, Siouville...) afin de les associer au GHT, avec toujours pour principal objectif de fluidifier le parcours de nos aînés sur le territoire nord cotentin.

La recherche clinique

Le Centre Hospitalier Public du Cotentin souhaite, conformément aux orientations nationales, mettre en avant **l'accès à l'innovation pour ses patients**. Dans ce but, un Département de Recherche Clinique a été ouvert en Août 2015 pour structurer et développer cette activité. Ce projet a pu être mis en œuvre grâce à deux sources de financements externes :

- Financement GIRCI Nord Ouest, avec l'appel à projet TECCHNO : « Soutien au développement de l'activité de recherche dans les établissements non universitaires »
- Financement du Cancéropôle Nord Ouest dans le cadre de l'étude ERNU : Essai randomisé évaluant l'intervention du Cancéropôle Nord Ouest pour le développement de la recherche clinique dans les établissements de soin non universitaires.

L'activité de Recherche Clinique n'est pas nouvelle dans l'établissement. Depuis 1994, cette activité existe, mais sans valorisation au profit de l'établissement, c'est-à-dire sans « portage institutionnel ». Les « recherches impliquant la personne humaine » font pourtant partie des protocoles de soins de demain et permettent de mettre en avant des qualités de prestations cliniques très réglementées.

L'attractivité médicale peut en être améliorée, car cette activité permet à de jeunes médecins tout juste sortis de formation en CHU de rester dans une dynamique d'activité hospitalo-universitaire. L'objectif est aussi d'**améliorer la prise en charge des patients**, la qualité des prestations de soins, l'état de santé de la population et de permettre la mise en œuvre rapide du progrès médical localement.

Cette structuration a permis de :

- ❖ Créer un réseau intra hospitalier pour fluidifier les interactions entre services nécessaire à l'activité de recherche.
- ❖ Communiquer avec et former les équipes médicales et paramédicales à la réglementation autour de cette activité, notamment grâce à la plateforme d'e-learning mise à disposition par le CHU d'Amiens et aux formations mises en place en partenariat avec le Réseau OncoNormand de Cancérologie.
- ❖ Mettre en place des recherches organisées et pratiquées sur le patient, tous cadres réglementaires confondus.
- ❖ Assurer un soutien logistique aux médecins pour l'inclusion de patients et leur suivi.
- ❖ Avoir une centralisation des informations liées à la gestion administrative, financière et logistique des essais de l'ensemble de l'établissement.
- ❖ Décharger le corps médical de tâches administratives chronophages et l'orienter vers des publications.

L'ambition du CHPC est que la recherche clinique ne soit plus restreinte à une activité transversale ou ponctuelle individuelle mais devienne une activité d'établissement, que l'investigation (ouverture d'essais dans les services) se généralise à l'ensemble des services, et que l'activité devienne financièrement autonome (par la collaboration avec des industriels et/ou une valorisation des publications par des MIG via la plateforme SIGAPS – SIGREC).

La structuration du Département de Recherche Clinique, grâce d'une part à l'investissement du responsable du Service d'Oncologie, et du responsable du service de Réanimation, et d'autre part à l'accompagnement par le CHU d'Amiens, permet en fin d'année 2016 d'annoncer 28 essais en cours, 227 patients inclus dans ces essais et 5 essais en attente d'ouverture. La dynamique recherche est lancée, elle doit se poursuivre.

II – Le déroulé des projets

Les plateaux de soins

L'année 2016 matérialise l'entrée dans la phase finale de cette opération, si l'on considère le caractère « déclenchant » du déplacement de la Pédiatrie qui a entraîné la refonte quasi-complète du plateau « F », dont la Maternité était le secteur à rénover le plus ancien et celui qui méritait le plus d'évoluer.

En effet, les plateaux 1 (des Médecines) et 2 (la Chirurgie) sont entrés en fonctionnement dans des locaux largement rénovés en début d'exercice. Ils ont été suivis avant l'été par une partie de l'hospitalisation de Cardiologie, et après l'été par la totalité du service d'hospitalisation de Neurologie au 3^{ème} étage.

N'oublions qu'à ces travaux de confort (chambres seules, douches, WC individuels) pour les patients s'ajoutent des opérations centrées sur les conditions de travail. Les postes de soins sont ainsi systématiquement repris pour inclure la gestion plein-vidé de l'approvisionnement pharmaceutique et les besoins de locaux dédiés pour l'informatisation du dossier (tant médical que paramédical).

Des logisticiens de plateaux sont intégrés dans les équipes pour la gestion des matériels et des réserves.

Les secrétariats médicaux sont également réorganisés pour mieux distinguer et rendre plus efficaces les missions distinctes : accueil physique – secrétariat de service.

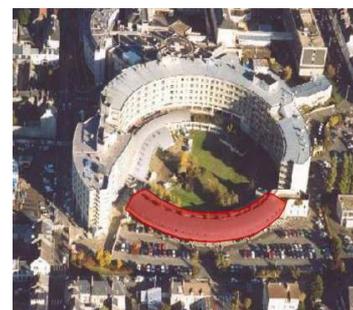
Le plateau des consultations de Médecine

L'aménagement d'un plateau de consultations centralisées de médecine il y a cinq mois dans le bâtiment de l'hémicycle sud constitue un projet s'inscrivant totalement dans cet objectif double. Il s'agit en effet de :

- ❖ rassembler dans un lieu principal (il reste quelques exceptions : pneumologie, néphrologie et les consultations liées à la nouvelle unité d'évaluation neuro-gériatrique) les 20 000 consultations de Médecine auparavant disséminées au sein de chacun des services d'hospitalisation afin de mutualiser les professionnels mobilisés pour ce type de prise en charge comme les infirmières, les secrétaires médicales et les agents en charge de la facturation.
- ❖ de mieux distinguer le parcours « hospitalisation » du parcours « consultation externe », à l'instar de ce qui existe depuis plusieurs années pour les consultations de chirurgie et d'ORL.

Ce nouveau plateau de consultation présente un certain nombre d'améliorations pour les patients :

- une accessibilité directe et adaptée aux personnes à mobilité réduite depuis le parking de l'hémicycle sud, actuellement en cours d'achèvement.
- une localisation « par l'intérieur » proche de l'entrée principale de l'hôpital.
- une centralisation dans un même lieu de toutes les étapes de prise en charge : identification du patient se présentant à son rendez-vous, remise de ses étiquettes nominatives, réalisation de la consultation, programmation éventuelle d'un nouveau rendez-vous et facturation de l'acte.
- une attente confortable dans un lieu adapté à la diversité des situations individuelles : les locaux comprennent deux salles d'attente pour les patients valides, une salle d'attente spécifique pour les personnes en brancard et une salle de repos pour les patients fatigués nécessitant une certaine attente avant leur retour à domicile.



Pour l'établissement, ce projet, dont le coût d'aménagement s'est élevé à environ 200 000€, s'inscrit dans une stratégie globale de restructuration profonde visant à améliorer la qualité et la lisibilité de l'offre de soins proposée à la population, et donc l'attractivité de l'établissement, mais également à améliorer son fonctionnement par l'efficacité de ses organisations et la valorisation financière des actes médicaux réalisés.

Le DPI et l'ouverture à la ville

En 2016, le Centre Hospitalier Public du Cotentin a poursuivi et accéléré le déploiement de son DPI (Dossier Patient Informatisé) et l'informatisation de ses processus et parcours de soins, tant en interne qu'en externe, en renforçant notamment ses liens avec la médecine de ville.

En interne, cette année a été marquée d'abord par la poursuite du déploiement d'HEO (prescription informatisée) sur le site de Valognes qui est désormais totalement équipé (Médecine polyvalente en mars 2016, SSR fin mai 2016), puis par la poursuite de l'informatisation de la gestion des rendez-vous (pôle Femmes-enfants début mai 2016 et plateau des consultations de médecine à l'automne). En parallèle, le réseau informatique local du CHPC a été totalement renouvelé (remplacement des cœurs de réseau et de plus de 150 équipements actifs). Le WIFI a été totalement déployé sur tous les sites de soins, ceci constituant un prérequis à la prescription informatisée, et à la mobilité des équipements informatiques nécessaires aux soins. Courant 2017, les usages de ce dispositif seront étendus, avec la mise à disposition du WIFI pour les patients.

Corrélativement, le CHPC a lancé sa démarche d'ouverture au-delà de ses murs, à la fois auprès des patients mais également auprès des acteurs des réseaux de santé du territoire. Ainsi en 2016 divers projets ont abouti, et notamment, les travaux techniques préparatoires pour l'alimentation du DMP (Dossier Médical Partagé – « carnet de santé numérique ») en coordination avec la CPAM, mais également en complément du projet cité précédemment sur l'informatisation des rendez-vous de consultations externes, avec la mise en place d'une centrale d'appel téléphonique permettant de concentrer progressivement la prise de rendez-vous de toutes les consultations externes proposées par l'institution et accessible par un numéro externe unique (02.33.20.70.30). Dans le même souci d'améliorer l'offre de soins proposée à la population et d'optimiser le fonctionnement hospitalier, un dispositif d'envoi de sms de rappel de rendez-vous a été testé fin 2016 et déployé début 2017.

Enfin, a été mise en place la messagerie sécurisée pour permettre l'envoi automatisé des comptes-rendus d'hospitalisation aux médecins de ville disposant d'une messagerie Apicrypt. Le projet a été déployé en septembre/octobre 2016. Il s'agit d'une avancée précieuse dans l'échange d'informations entre l'hôpital et la ville qui permet de supprimer le temps de transmission requis par voie postale et d'optimiser la continuité des soins des patients lorsqu'ils quittent l'hôpital et retournent vers leur médecin traitant.

Les retours obtenus auprès des médecins de ville, généralistes et spécialistes sont globalement très positifs. De **nouvelles demandes** de transmission d'autres informations, comme la synthèse médicale de la prise en charge de leur patient par le service des urgences ou l'information de l'hospitalisation de leur patient ou de sa sortie, ont été formulées. De même le CHPC travaille sur **l'ouverture de son PACS** (système d'archivage et de transmission d'images), tant auprès de médecins libéraux qu'auprès d'institutions, notamment avec la Polyclinique du Cotentin. Ces demandes sont en cours d'étude de faisabilité par le service informatique de l'établissement en lien avec les éditeurs de nos logiciels, et devraient être mises en œuvre en 2017.

Enfin, en matière d'informatique et d'ouverture, la **télé médecine** a accéléré son développement au sein de l'établissement. Alors que le CHPC utilise depuis plusieurs années les services SMNRouter/Nexus, SCAD, Domoplaies et e-Staff pour les RCP, de nouveaux usages ont démarré en 2016, avec notamment le **Télé-AVC** ainsi que les expertises en **Télé-EEG** et **Rétinopathie** chez les nourrissons. Les besoins et usages continueront de croître. Par ailleurs, dans le cadre de la constitution du GHT Gériatrique du Cotentin, le CHPC envisage également de développer les **téléconsultations en EHPAD**.

Qualité, performance et politique sociale

Résultat des démarches de certification (HAS et COFRAC)

Malgré l'augmentation des exigences posées par la Haute Autorité de Santé en termes de qualité et de sécurité des soins dans les Etablissements de Santé avec sa nouvelle version de certification V2014 et l'évolution des outils utilisés par la HAS et les experts visiteurs, le CHPC a réussi à relever le défi d'atteindre une certification de niveau B. Ce niveau atteste d'une identification pertinente des risques existant dans chacune de ses activités et d'un engagement de l'établissement pour assurer leur prévention dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. La mobilisation de l'ensemble des professionnels de l'établissement pour parvenir à un tel résultat témoigne d'un profond attachement à la qualité du service rendu à la population et d'une volonté partagée de s'investir dans l'institution.

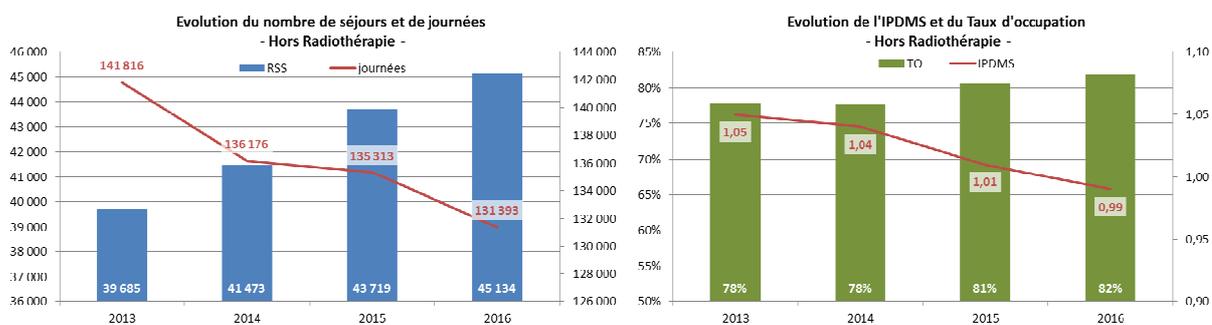
L'accréditation du laboratoire par le COFRAC avec une seconde visite d'accréditation en 2016, élargissant les domaines audités mais également les exigences de qualité, confirme également l'investissement de ce service dans une démarche continue d'amélioration de la qualité et de la sécurité des prestations qu'il offre.

Ces deux analyses externes émanant d'experts en termes de qualité permettent de positionner l'établissement dans une dynamique de performance extrêmement positive à la fois valorisante pour ses professionnels et à la fois sécurisante et attractive pour les patients.

Amélioration de la performance globale hôpital

L'indicateur de performance de la durée moyenne de séjours (IPDMS) est désormais en deçà de la moyenne nationale à 0,99 (1.01 en 2015 / 1.05 en 2013). Ainsi les efforts réalisés sur la maîtrise des durées de séjours ont permis, malgré une capacité d'accueil plus réduite, de prendre en charge un volume de journées d'hospitalisation quasi équivalent entre 2016 et 2015.

En enlevant les séjours avec des durées de séjours très supérieures (extrêmes hauts) ou très inférieures (extrêmes bas) aux durées nationales, l'IPDMS hôpital est de 0,96. Le différentiel de journées est de 13 767 soit environ 34 lits (sur les 439 lits MCO de l'établissement) occupés par des séjours « extrêmes ».



Stagiairisations

80 stagiairisations, le financement d'études promotionnelles et la lutte contre les risques psychosociaux : trois temps forts de la politique sociale 2016.

Le CHPC s'est à nouveau engagé, et pour la première fois depuis plusieurs années, dans une politique ambitieuse à l'égard des agents non médicaux (infirmiers généraux de soins, infirmiers de bloc, infirmiers anesthésistes, auxiliaires de puériculture, aides-soignants, agents de service hospitalier, techniciens de laboratoire, manipulateurs radio, préparateurs en pharmacie, ouvriers professionnels, adjoints administratifs) via l'organisation de concours pour accéder au statut de la fonction publique hospitalière.

Concrètement, cela permet aux agents de bénéficier à la fois d'un rattrapage (reprise d'ancienneté) et d'un déroulement de carrière (autrement dit, une revalorisation progressive de rémunération) et d'une protection sociale plus étendue que celle proposée par le régime des contractuels de droit public. 80 agents ont été stagiairisés en 2016. Cette décision, fruit d'un dialogue social constructif, représente un coût de 400 000 € pour l'établissement. Cette relance de la politique de titularisation, pilier de la politique sociale de l'établissement, constitue donc un choix ambitieux et difficile dans un contexte de situation financière dégradée. Elle se poursuivra en 2017. Le tableau ci-dessous répertorie le nombre de postes ouverts par concours :

Type de concours	Nombre de postes ouverts	Date mise en stage liste principale	Nombre de postes en liste complémentaire	Date mise en stage liste complémentaire
AIDE SOIGNANT	18	01/11/2016	9	01/01/2017
ADJOINT ADMINISTRATIF	8	01/11/2016	4	01/01/2017
AUXILIAIRE PUERICULTURE	1	01/11/2016		
ASHQ	8	01/11/2016	2	01/01/2017
ISGS 1er grade	18	01/11/2016	4	01/01/2017
AEQ	1	01/01/2017	1	01/01/2017
OPQ	1	01/01/2017		
TECH DE LABO	1	01/01/2017		
PREPARATEUR PHARMACIE	1	01/01/2017		
MANIP RADIO	1	01/01/2017		
ISGS 3ème GRADE	1	01/01/2017		
ISGS 2ème GRADE	1	01/01/2017		

Pour ceux qui souhaitent développer leurs compétences et investir un nouveau champ professionnel, les études promotionnelles constituent une chance à saisir : en 2016, une dizaine d'agents ont été retenus (parmi les 30 agents qui ont préparé les concours, étés déclarés admis puis lauréats de la procédure de sélection) et ont vu leurs études co-financées par l'établissement et l'Association Nationale pour la Formation du Personnel Hospitalier (ANFH). En 2017, 15 parcours seront pris en charge.

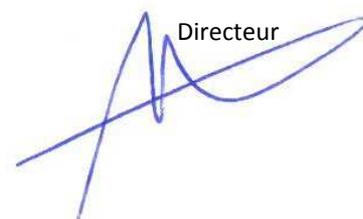
Enfin, le quotidien de travail des agents du CHPC a été le théâtre de nombreuses évolutions depuis quatre ans. Ces changements, sur le plan collectif, constituent des opportunités pour améliorer la qualité des soins et l'efficacité de nos organisations. Toutefois, sur un plan individuel, ces évolutions ont pu générer du stress, de la fatigue, des inquiétudes. C'est pourquoi une formation relative à la prévention des risques psycho-sociaux (RPS), ou contraintes psycho-organisationnelles, a été proposée à l'ensemble des agents exerçant des fonctions d'encadrement au sein de l'établissement. Prendre le temps d'échanger, d'identifier les facteurs de risques, leurs modalités de manifestation ainsi que les façons de les combattre, apparaît comme une priorité pour l'établissement. Ce travail sera poursuivi dans le cadre de la mise à jour du Document Unique du CHPC. Ce projet, réalisé en collaboration avec les organisations syndicales représentatives du personnel, vise à répertorier l'ensemble des risques professionnels auxquels sont exposés les agents de l'établissement au cours de leurs fonctions et à établir des plans d'actions pour mieux les prévenir, les combattre et les guérir si des symptômes se sont manifestés.

Par ailleurs, l'intervention d'un de psychologue du travail et des organisations a complété l'accompagnement proposé aux agents par les psychologues auprès du personnel (concrètement, en 2016, des groupes de parole, notamment des sessions relatives à l'épuisement professionnel, ont été organisées et des audits organisationnels menés). Enfin, la cellule d'aide à la médiation fonctionne depuis avril 2016. Après une année de formation par l'Institut Français de la Médiation, les quatre médiatrices aux horizons divers et complémentaires (psychologue auprès du personnel, assistante sociale du personnel, cadre socio-éducatif et conseillère en économie sociale et familiale), analysent les conflits entre professionnels et les accompagnent dans des médiations lorsqu'elles celles-ci semblent opportunes. En 2016, la cellule a été saisie d'une quinzaine de situations. Cette démarche novatrice vise à permettre aux agents qui ont connu des difficultés de s'inscrire de nouveau dans un collectif de travail.

Ambitieux programme au service d'un objectif lui même pluriel : valoriser notre première richesse, le personnel de l'établissement, pour faire croître les compétences collectives et individuelles, en améliorant conjointement la qualité et la sécurité des soins ainsi que la qualité de vie au travail.

Maxime MORIN

Directeur



II – DES COOPERATIONS MULTIPLES ET AMBITIEUSES

2.1 – GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

La loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé prévoit que tous les établissements publics de santé se réunissent dans le cadre d'un groupement Hospitalier de Territoire. L'objectif est de mutualiser les services supports et de co-construire un projet médical commun dans le but d'apporter une réponse coordonnée aux besoins de soins de la population du territoire défini par l'Agence Régionale de Santé.

D'après le territoire défini par l'ARS, le CHPC est le seul établissement public de son territoire. De ce fait, en accord avec l'ARS, celui-ci s'est dirigé vers un GHT à orientation gériatrique. A cet effet, les EHPAD relevant de la fonction publique Hospitalière se sont vu proposer d'intégrer le groupement. L'objectif sera de construire un projet médical commun autour de la prise en charge des personnes âgées. En date du 30 juin 2016, les EHPAD de Sainte-Mère Eglise et de Carquebut ont signé la convention cadre constitutive du GHT, aux côtés du CHPC. A tout moment, et sur avis favorable du comité stratégique du GHT, d'autres EHPAD de la FPH pourront intégrer ce dernier. D'autres établissements, privés ou associatifs, pourront être également associés au GHT (EHPAD rattachés à) un CCAS, SSIAD, ...).

Parmi les instances constitutives du GHT, le collège de gériatrie a été conforté. D'ores et déjà existant au CHPC dans le cadre de la filière gériatrique de l'établissement, en plus des médecins gériatres du CHPC, celui-ci intégrera dorénavant les médecins coordonnateurs des établissements sociaux et médico-sociaux membres ou associés au GHT. A raison d'un minimum de 2 réunions par an, il propose des actions visant à améliorer la fluidité du parcours des personnes âgées du territoire.

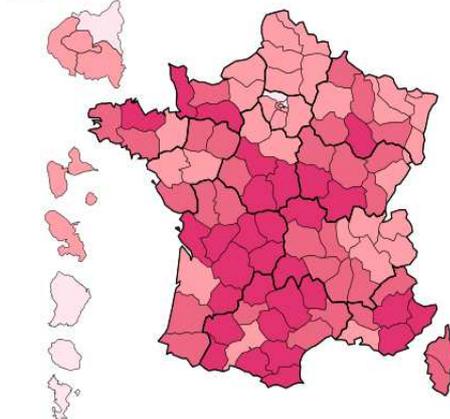
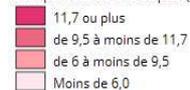
Le contexte démographique actuel conforte la nécessité de développer la filière gériatrique du territoire. En effet, les filières de soins hospitaliers et de ville notent une prévalence croissante de la prise en soins des sujets âgés de plus de 75 ans.

Le vieillissement de la population française s'accroîtra. Alors que 20,8 % de la population résidant en France métropolitaine avait 60 ans ou plus en 2005, cette proportion serait de 30,6 % en 2035 et de 31,9 % en 2050. La Manche est parmi les départements qui comptabilise le plus de personnes âgées de plus de 75 ans.

Au niveau local, et à titre d'exemple, si le nombre de séjours au CHPC a augmenté de 22% en 5 ans, il apparaît que sur cette même période le

Population par sexe et âge au 1er janvier 2016 : comparaisons départementales

dont part des 75 ans ou plus (%)



Source : Insee, estimations de population

¹ INSEE

nombre de séjours des plus de 75 ans a augmenté de 34%. Cette hausse s'élève à 50% pour les séjours de personnes de 85 ans et plus.

Enfin, en 2016, 32% des séjours hospitaliers du CHPC concernent les patients de plus de 75 ans. Cette évolution n'est pas sans conséquence puisqu'on sait que les sujets dépendants fragiles et poly pathologiques nécessitent une prise en charge spécifique qui implique de faire coordonner entre eux les acteurs du champ sanitaire, social et médico-social du territoire.

Le « virage ambulatoire » qui se traduit par un raccourcissement des durées de séjours hospitaliers, n'a de sens en gériatrie que si le réseau de soins primaires est en capacité d'assurer les relais nécessaires, et si la coordination des acteurs aboutie à une anticipation et une organisation des sorties.

La prise en soins repose sur un plan d'action personnalisé, notamment pour les sujets à haut risque d'hospitalisation ou de ré-hospitalisation (fragile ou dépendant). L'évaluation gériatrique est l'élément fondateur de ces temps d'action personnalisés et d'une orientation adéquate. Pour être efficace, elle nécessite un suivi régulier des recommandations et des réévaluations régulières.

La prévention de la perte d'autonomie est également un objectif majeur de toute intervention gérontologique. Elle passe par le dépistage de la fragilité des facteurs individuels qui y concourent, que ce soit au domicile ou à l'hôpital. En effet, la prévention de la perte d'autonomie nosocomiale (intra-hospitalière) est un enjeu majeur qui doit se traduire par des pratiques adaptées de prise en soins dans les services hospitaliers non gériatriques.

Enfin, un travail collaboratif et partenarial est nécessaire entre les équipes gériatriques hospitalières, les EHPAD, les services de soins infirmiers à domicile et bien sûr les médecins généralistes traitants pour améliorer le parcours des personnes âgées du territoire.

Ainsi, ce projet médical partagé du GHT s'oriente vers 4 axes majeurs :

AXE 1 : Améliorer la prise en charge intra hospitalière des patients âgés fragiles au sein du CHPC

L'objectif est d'améliorer la qualité des soins apportés aux personnes âgées fragiles lors de leur séjour hospitalier y compris lors d'hospitalisations dans des services non gériatriques. Cet axe passe essentiellement par la prévention de la perte d'autonomie nosocomiale (intra-hospitalière) qui doit se traduire par :

- Le repérage des sujets âgés fragiles, et notamment à risque de décompensation en cascade, de prolongation de séjour et de ré-hospitalisation.
- Evaluation systématique de l'autonomie des sujets âgés fragiles repérés avant le séjour, à l'entrée et en cours de séjour par l'Equipe Mobile d'Evaluation Gériatrique.
- Le renforcement de l'Equipe Mobile d'Evaluation Gériatrique interne au CHPC avec une infirmière référente gériatrique par plateau de soins dont la mission est de suivre et de réévaluer les recommandations apportées

par l'équipe mobile, mais également de veiller aux bonnes pratiques gériatriques sur le modèle de la prévention de la confusion.

- Le développement de plates-formes de consultation et d'évaluation qui s'inscrit dans la continuité de la création en février 2017 d'une unité d'évaluation neuro-gériatrique destinée à des situations de type troubles de la mémoire, chutes répétées, troubles de la marche, AVC, oncogériatrie, fragilité.

AXE 2 : Améliorer la coordination entre les EHPAD et le CHPC

17

Il s'agit ici d'améliorer la fluidité du parcours de la personne âgée en développant les relations avec les EHPAD:

- Privilégier les admissions directes sans passage par le service des Urgences du CHPC pour les patients ayant besoin d'une hospitalisation en cours séjour, en SSR ou à l'UCC avec des retours d'hospitalisation facilités.
- Limiter les transferts nocturnes ou en week-end à travers l'éventuelle mise en place d'une astreinte infirmière commune aux EHPAD
- Mettre en place des consultations spécialisées en gériatrie, de type consultation douleur, et un accès facilité pour l'évaluation neuro-gériatrique dans les situations complexes ou en amont des entrées pour faciliter l'orientation.
- Donner accès à une expertise gériatrique au sein des EHPAD (équipe mobile externe, expérimentation de télémédecine) destinée à accompagner les équipes soignantes des EHPAD dans la prise en charge des situations complexes dans l'objectif de prévenir les hospitalisations indues, ainsi que d'assurer le suivi post-hospitalisation pour les patients repérés.
- Développer et harmoniser les dossiers de liaison d'urgence, et l'associer au développement de la conciliation médicamenteuse.
- Continuer à favoriser le recours à l'HAD et à l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs toujours dans le but de limiter les hospitalisations dont on sait qu'elles sont néfastes pour les personnes âgées.
- Développement et harmonisation des dossiers de liaison d'urgence, associé au développement de la conciliation médicamenteuse et à un travail sur les directives anticipées
- Proposer un appui aux fonctions de médecin coordonnateur des EHPAD.
- faciliter l'accès aux EHPAD pour des patients identifiés au sein de la filière gériatrique avec une expertise des demandes d'entrées réalisée par nos structures.
- Favoriser l'échange de pratiques et de valeurs à travers des formations communes, des immersions sur des périodes courtes et l'ouverture du comité d'éthique du CHPC aux professionnels des autres EHPAD.

AXE 3 : Développer les coordinations ville-hôpital en amont et en aval des passages hospitaliers.

- Diffuser aux médecins traitants et médecins coordonnateurs du numéro d'accès unique à la filière gériatrique, pour avis, éventuelle orientation et hospitalisation programmée.
- Créer une équipe mobile externe d'évaluation gériatrique pour les suivis d'hospitalisation avec les retours à domicile qui seraient pressentis comme étant fragiles, toujours en lien et avec l'accord du médecin traitant.
- Répondre aux demandes des médecins traitants et médecins coordonnateurs d'EHPAD pour une évaluation et une expertise au domicile.

- Systématiser et développer l'utilisation d'outils communs d'évaluation de l'autonomie afin de faciliter les échanges.
- Structurer le partenariat avec le PSLA (Pole de Santé des Libéraux Ambulatoires) et la maison de santé
- Repérer les situations de fragilité en ville à travers le développement de l'unité d'évaluation neuro-gériatrique vers l'évaluation des facteurs de fragilité.

AXE 4 : Mettre en place un dispositif de coordination gériatrique de territoire

A l'instar des Coordinations Territoriales d'Appui (CTA) mises en œuvre dans le cadre des expérimentations PAERPA, ce dispositif de coordination vise à renforcer le travail collaboratif et complémentaire des acteurs des champs sanitaire, social et médico-social.

La composition de cette cellule d'appui doit permettre aux intervenants de ville (SSIAD, médecins généralistes, MAIA, CLIC, EHPAD) de travailler de concert avec un médecin gériatre hospitalier référent et l'Equipe Mobile d'Evaluation Gériatrique. Elle vient donc en support, et surtout pas remplacement des dispositifs d'ores et déjà existants. En soutien à la MAIA, elle participe à la mise en place d'un guichet intégré.

2.2 - FONDATION BON SAUVEUR

Depuis la mise en place des lois du 18 janvier 1994 relative à la Santé Publique et à la Protection Sociale, du 09 novembre 2002 pour l'orientation et la programmation pour la justice et du 24 novembre 2009 concernant la loi pénitentiaire, la prise en charge des patients détenus relève du Ministère de la Santé et chaque lieu d'incarcération est sous la responsabilité médicale de la structure de soin de secteur.

Dans ce cadre, les détenus doivent avoir accès à la même qualité de soin que toute autre personne vivant sur le territoire dont ils dépendent, y compris concernant les soins psychiatriques.

Dans ce contexte, le CHPC a été investi de la mission de prise en charge des détenus de la Maison d'Arrêt de Cherbourg-en-Cotentin.

Une équipe paramédicale composée de cinq infirmières diplômées d'état, associée à un médecin à vocation généraliste, intervient quotidiennement au sein de la structure pénitentiaire et constitue l'Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire (USMP), anciennement nommée UCSA (Unité de Consultations et de Soins ambulatoires).

Le CHPC ne disposant pas d'une unité psychiatrique, un partenariat tout naturel a été signé avec la Fondation du Bon Sauveur de Picauville afin que des soins psychiatriques et psychologiques puissent être proposés aux patients détenus.

A l'heure actuelle, un médecin psychiatre intervient au minimum deux fois par mois, une infirmière psychiatrique, une infirmière addictologue et une psychologue consultent de façon hebdomadaire. Le service Sophie DeRieux assure l'accueil des patients nécessitant une mesure de Soins à la Demande d'une Représentant de l'Etat (SDRE) en attendant un éventuel transfert vers l'UHSA (Unité Hospitalière Spécialement Aménagée) de Rennes.

L'année 2015 a été marquée par l'entrée de 221 détenus au sein de la Maison d'Arrêt de Cherbourg, avec un effectif moyen de 85 hommes.

Il s'agit d'une population jeune, dont près de 75% à moins de 40 ans, avec une importante demande de soins dans des contextes de vie précaire, avec forte prévalence d'addictions (tabac, alcool, cannabis, héroïne...), des risques infectieux notables (MST, tuberculose, gale...) et des pathologies psychiatriques sous-jacentes parfois sévères.

Durant cette même année 2015, 914 consultations médicales généralistes ont été réalisées et près de 450 consultations à orientation psychiatrique, alors que la transition entre deux praticiens psychiatres était en cours engendrant une baisse des disponibilités sur la fin de l'année.

Dans ce contexte de collaboration déjà étroite, une volonté de travail sur des axes communs d'intervention a émergé.

Trois objectifs principaux se sont imposés au fil de nos rencontres :

- L'évaluation du risque suicidaire
- La prévention en addictologie
- La pluridisciplinarité aux prises en charge

auxquels sont venues se rajouter deux interventions qui sont apparues secondairement nécessaires :

- Le travail sur l'estime de soi
- L'harmonisation informatique et la lutte pour la confidentialité des données médicales.

Un calendrier de travail autour de ces objectifs est en cours d'organisation.

2.3 – POLYCLINIQUE DU COTENTIN

Le territoire de Cherbourg en Cotentin est le secteur le plus dense et le plus peuplé de l'ex-Basse-Normandie après celui de Caen. Il est marqué par la présence de deux établissements de santé de court séjour que sont le Centre Hospitalier Public du Cotentin (CHPC) et la Polyclinique du Cotentin (PCC).

Ces deux établissements qui présentent une forte complémentarité de leurs activités, connaissent des difficultés similaires en matière de recrutement de professionnels médicaux et de taux de fuite de leur patientèle.

Aux fins de garantir et d'améliorer la prise en charge des patients et l'accès aux soins sur le territoire du Cotentin et réduire les taux de fuites auxquels ils sont confrontés, les deux établissements ont depuis longtemps fait le constat de l'impérieuse nécessité d'adapter :

D'une part, l'offre hospitalière aux évolutions de la démographie médicale et au développement de nouvelles pratiques médicales et chirurgicales,

D'autre part, leurs structures d'hospitalisation respectives en termes d'efficacité, d'amélioration de la qualité et de maîtrise des dépenses de santé.

Dans cette perspective, ils se sont engagés depuis plusieurs années dans un fort processus de coopération qui s'est formalisé par la conclusion de plusieurs conventions de coopération :

- La convention de complémentarité et de coopération signée en juin 2005 ;
- Le contrat relais relatif à la prise en charge des urgences de chirurgie vasculaire et thoracique (octobre 2005) ;
- la convention constitutive du Centre de Coordination en Cancérologie du Territoire Nord-Ouest (mars 2007) qui organise plusieurs réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) communes entre les deux établissements ;
- la convention de prêt de dispositifs médicaux chirurgicaux (novembre 2008) ;
- la convention de mobilisation de moyens en cas de pandémie grippale (novembre 2009) ;
- la convention de chirurgie carcinologique en gynécologie et en urologie permettant des interventions médicales croisées (juillet 2010) ;
- la création du GIE IRM public-privé sur le site de Valognes du CHPC ;
- le développement de projets d'internes partagés en gynécologie-obstétrique ;
- la convention de coopération pour les examens anatomopathologiques (janvier 2013) ;
- le contrat commun tripartite pour le transport des produits sanguins labiles (mars 2016).

Les deux établissements de santé entendent aller plus loin dans l'application opérationnelle de ces conventions, et rechercher tout mode coopératif complémentaire, y compris en lien avec l'Agence Régionale de Santé et l'ensemble des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux du territoire cherbourgeois et du territoire de santé de la Manche, sur l'ensemble des sujets transversaux.

Les objectifs de la coopération sont doubles :

Le premier objectif majeur et commun au CHPC et à la PCC est d'assurer et de renforcer l'attractivité médicale du territoire. Une partie des fuites apparaît liée aux autorisations non présentes sur le territoire (cardiologie interventionnelle, neurochirurgie, activités de recours, etc...) ; en revanche il est nécessaire de travailler sur les fuites résultant en grande partie des effectifs médicaux insuffisants dans les disciplines déjà exercées par les deux établissements.

Le Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) rendu en Juillet 2014 et publié en février 2015 indique ainsi :

« Même si les modifications des habitudes d'adressage demandent du temps et une grande détermination, l'étude des taux de fuite peut donner quelques indications, surtout s'ils sont importants. » Extrait {41}

« Toutes spécialités confondues, les taux de fuite pour les patients du secteur représentent un volume de 27 %. Ce taux est globalement stable, même s'il progresse légèrement en médecine. Comme souvent, les taux varient selon les activités : ils sont de 20 % en médecine, 27 % en chirurgie et 7 % en obstétrique pour laquelle le CHPC, seul établissement détenteur d'une maternité, jouit d'un quasi-monopole ». Extrait {42 et 43}

« Dernière cause, et non la moindre dans les difficultés du CHPC, le recrutement de médecins permanents qui est très difficile et qui le contraint à avoir un recours de plus en plus grand à l'intérim. » Extrait {48}

Si les deux établissements de santé se sont engagés avec les collectivités du territoire dans cette démarche d’attractivité médicale, celle-ci doit encore se renforcer.

Il s’agit, entre autres, pour y parvenir, d’améliorer la performance des deux plateaux techniques (CHPC et PCC), tout en favorisant et en dynamisant le recrutement médical partagé afin d’assurer la prise en charge d’un maximum de patients sans sortie du territoire.

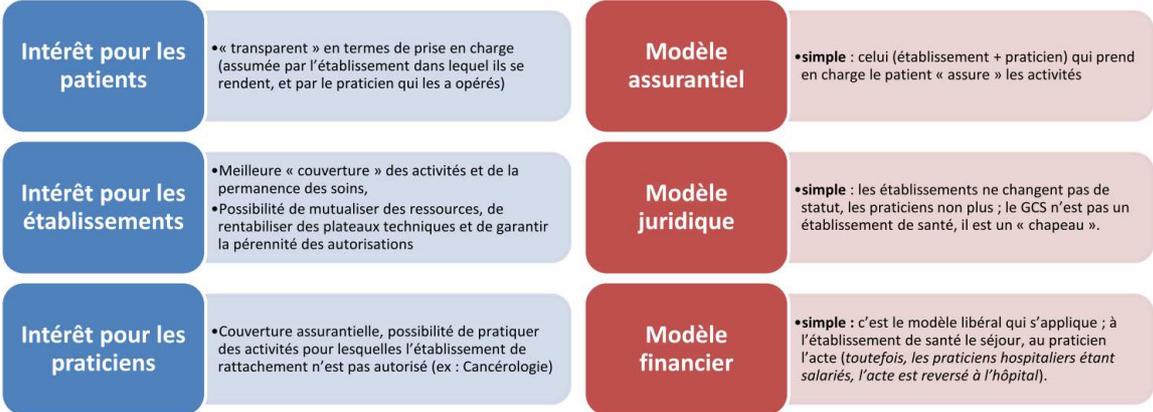
Partant, cette démarche s’inscrit dans la recherche de la pérennité économique à plus ou moins long terme des deux établissements qui constitue le second objectif de la coopération.

Celle-ci prend aujourd’hui la forme de deux nouveaux outils juridiques :

- un protocole d’accord signé officiellement le 26 janvier 2017, en Mairie de Cherbourg-en-Cotentin et en présence du Directeur Général Adjoint de l’ARS Normandie, lequel protocole définit le cadre général et le contenu respectif de cette nouvelle coopération.
- un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS), soumis à autorisation de l’ARS Normandie, lequel constitue le moyen d’actions et de concrétisation de ce partenariat.

Cette coopération affirmée va permettre aux deux établissements d’associer leurs forces via ce groupement et, par ce biais, pouvoir réaliser ce qu’on appelle des « prestations médicales croisées », de mettre à disposition des médecins volontaires leur plateau technique et notamment leur bloc opératoire, de s’assurer du maintien de leurs autorisations respectives, en particulier dans les « localisations » de chirurgie carcinologique soumises à seuil d’activité.

Prestations croisées	Avant le GCS	Après le GCS
Depuis la PCC vers le CHPC <small>(un opérateur de la polyclinique auprès d’un patient hospitalisé au Centre Hospitalier Public du Cotentin, et dans le bloc du CHPC)</small>	Possible, nécessite un contrat spécifique, paiement sous forme de vacations	<ul style="list-style-type: none"> • Couverture assurantielle par le Centre hospitalier, • Séjours GHM touchés par l’hôpital, • Praticiens libéraux rémunérés à l’acte (NGAP/CCAM) – redevance accès bloc
Depuis le CHPC vers la PCC <small>(un opérateur du Centre Hospitalier Public du Cotentin auprès d’un patient hospitalisé à la Polyclinique, et dans le bloc de la PCC)</small>	Très difficile, voire impossible, convention, pas de possibilité de remboursement du CHPC	<ul style="list-style-type: none"> • Couverture assurantielle par la Polyclinique du Cotentin, • Séjours GHM touchés par la Polyclinique du Cotentin, • CHPC remboursé du temps médical à l’acte - redevance accès bloc



III – DES EVOLUTION MAJEURES DU SYSTEME D’INFORMATION AU SERVICE DE L’ETABLISSEMENT

Sur un plan fonctionnel, l’année 2016 a été essentiellement marquée par la poursuite de la mise en place du DPI avec notamment :

- Le déploiement de la prescription HEO et du Dossier de Soins Infirmiers (DSI) sur 7 nouveaux services,
- L’extension du système de gestion des rendez-vous (PDR) à l’ensemble des plateaux de consultations.

Parallèlement, des avancées significatives ont été réalisées en termes d’ouverture vers la médecine de ville avec la mise en place de la messagerie sécurisée Apicrypt pour la transmission automatisée et sécurisée des comptes rendus produits dans le DPI et pour les échanges de données de santé par mail entre professionnels. A la demande de la CPAM, et pour répondre aux exigences du plan Hôpital Numérique, l’alimentation du Dossier Médical Personnel (DMP), pour les patients en disposant à leur entrée dans notre établissement, à également été mise en œuvre.

Un travail important a été réalisé pour obtenir la certification « Hôpital Numérique ». Ce projet national a pour ambition d’élever le niveau de maturité des Systèmes d’Information Hospitalier (SIH) de façon à en améliorer significativement la qualité, la sécurité et d’en garantir la continuité de service. L’obtention de cette certification constituait un pré-requis au dépôt de dossiers de financements prévus au plan Hôpital Numérique.

La préparation de la mise en place des versions V8, pour l’ensemble des logiciels développés par la société Maincare (M-GAM, M-GEF, M-RH, M-CROSSWAY, M-HEO, ...), a également mobilisé de façon importante les ressources informatiques et métier pour installer, paramétrer et qualifier ces nouvelles versions.

Enfin, pour accompagner les différents projets réalisés ou engagés sur 2016, des opérations techniques significatives ont été conduites :

- Finalisation du déploiement WIFI à l’échelle de l’établissement,
- Ajout de mémoire sur les serveurs de bases de données Oracle et évolution de version Oracle,
- Etude des pré-requis techniques et choix d’une solution de virtualisation des postes de travail,
- Doublement du nombre de serveurs dédiés aux environnements VMWARE (passage de 20 à 40 machines) et augmentation de mémoire des serveurs,
- Mise en place de deux nouvelles baies de stockage à accès rapide.

DOSSIER HÔPITAL NUMERIQUE

Comme indiqué en introduction, un gros travail a été conduit en 2016 pour atteindre les pré-requis et donc la certification Hôpital Numérique (HN). Au-delà des objectifs nationaux d’amélioration de la qualité et de la sécurité du notre Système d’Information (SI), cette certification ouvrait la possibilité d’obtenir des financements pour accompagner notre projet DPI.

Les pré-requis permettant d’atteindre la certification portaient sur 3 grands domaines :

- Identités – Mouvements
- Fiabilité – Disponibilité
- Confidentialité

Le dossier déposé par le CHPC comportait plus de 150 documents (éléments de preuves). Les principales actions, formalisées par des livrables, ont été les suivantes :

- Désignation d'un Responsable Sécurité du Système d'Information (RSSI) et lettre de mission, M. PORET,
- Formalisation d'une cartographie applicative (urbanisation du SI, recommandation pour la gestion des comptes et des mots de passe, traçabilité des actions au sein des logiciels, suivi des versions, calcul du taux de disponibilité) et développement d'un logiciel interne pour le suivi de cette cartographie,
- Formalisation des actions en termes d'identito-vigilance (règlement intérieur CIV, protocoles, conduites à tenir, ...),
- Réalisation d'une analyse de risques basée sur la méthode EBIOS, formalisation d'un plan d'actions en 29 fiches actions, réalisation d'un BIA (Bilan Impact Activité) pour l'ensemble des logiciels,
- Rédaction d'une Politique Générale de Sécurité du Système d'Information (PGSSI),
- Rédaction d'un PCA/PRA (Plan de Continuité d'Activité et Plan de Reprise d'Activité) avec plus de 70 documents techniques en annexes,
- Réécriture de la quasi-totalité des procédures dégradées pour être en conformité avec le formalisme HN,
- Réécriture de la charte informatique et création d'une charte « fournisseurs ».

En septembre 2016, le CHPC a été certifié Hôpital Numérique, par l'ARS puis par l'ASIP (Agence Française de la Santé Numérique). Notre établissement a donc pu instruire et déposer un dossier de financement pour le « domaine D2 – DPI interopérable et communicant avec l'extérieur », seul domaine financé au plan régional. Le 3 novembre 2016, l'ARS a validé l'atteinte des cibles pour le domaine D2 et donc attribué un financement de 585 K€ à notre établissement (signature d'un avenant au CPOM).

CONTINUITÉ DE SERVICE ET ASSISTANCE AUX UTILISATEURS

Face à la médicalisation de notre système d'information, la continuité de service, notamment pour les logiciels participant à la prise en charge médicale et soignante des patients, est devenue indispensable H24/7j/7. Pour répondre à cette nécessité, des opérations techniques ont déjà été réalisées ces dernières années avec notamment la création d'une seconde salle informatique en miroir de la salle historique, la virtualisation des serveurs et le maillage du réseau lors de sa refonte en 2015 (doublement de tous les chemins – du poste de travail aux salles machines), etc ...

Les contrats de maintenance ont aussi été étendus pour les principaux logiciels et infrastructures critiques dans le but de disposer d'un support H24/7j/7 :

- Pour les logiciels : Molis et Channel (Système de Gestion de Laboratoire et serveur de résultats), le PACS et RESURGENCES,
- Pour les infrastructures techniques : Le réseau, les systèmes supports des logiciels MainCare (bases de données, interfaces/intégration, ...).

La mise en place d'une astreinte informatique H24/7j/7 a été instruite au cours du dernier trimestre 2016 et le dispositif a été présenté et validé en CTE. Des transferts de compétences en interne au service informatique ont été réalisés pour **un démarrage opérationnel de l'astreinte H24/7j/7 au 1^{er} janvier 2017.**

PROJET DPI : LES REALISATIONS 2016

Pour mémoire, l'année 2015 avait vu se concrétiser :

- La qualification du logiciel de prescription HEO et du Dossier de Soins Infirmiers CROSSWAY (hors transmissions) par le service de Néphrologie, puis leur déploiement sur un second service : l'EHPAD du pays Valognais,
- L'intégration des comptes rendus d'Anapat. à l'entrepôt de données M-Entrepôt,
- La mise en place de la gestion des rendez-vous avec PDR sur un premier plateau de consultations (consultations d'anesthésie et de spécialités chirurgicales) ainsi que démarrage de la centrale d'appels,
- L'intégration du lanceur M-PMSI (CORA) au portail M-EVA avec passage contextuel.

Un travail préparatoire important avait également été mené autour de la messagerie sécurisée afin d'envisager, pour début 2016, l'envoi de façon automatisée et sécurisée des comptes rendus produits dans le DPI vers la médecine de ville.

Poursuite du déploiement de la prescription informatisée HEO et du Dossier de Soins Infirmiers

Pour mémoire, il faut rappeler que le système HEO-CrossWay ne se limite pas à la seule prescription des médicaments. Il intègre également la prescription des surveillances, des actes de laboratoire et d'imagerie ainsi que les prescriptions paramédicales dans le cadre du rôle propre infirmier.

Le déploiement est organisé de façon horizontale, c'est-à-dire service par service. La mise en place de la prescription avec HEO va de paire avec le déploiement de la validation des administrations par les personnels soignants, de la pancarte, du plan de soins et du dossier de soins (hors transmissions).

Les services suivants ont été déployés en 2016 :

- **Pour le site de Valognes :**
 - Médecine Polyvalente, en mars 2016
 - UCC et SSR1, en avril 2016
 - SSR2 et SSR 3, en mai 2016
- **Pour le site de Cherbourg :**
 - Médecine gériatrique en octobre 2016
 - Services MIMI/RDED en novembre 2016

A fin 2016, la totalité des services du site de Valognes est équipé.

Mise en place de la messagerie sécurisée

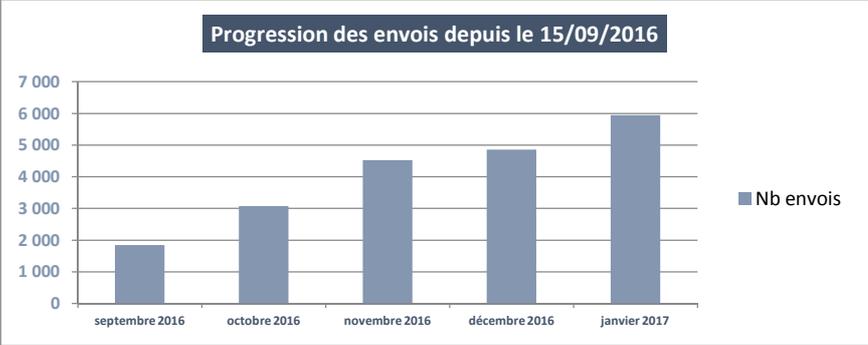
Pour rappel, l'échange de données de santé à caractère personnel est autorisé par la loi mais est très réglementé en termes de confidentialité (Article L1110-4 du code de la santé publique, loi informatique et liberté). Ces textes imposent notamment que ces échanges ne peuvent se faire que de façon cryptée entre l'expéditeur et le destinataire.

Ce projet, engagé dès 2015 sur un plan technique, comprend deux volets :

- L'échange de mails libres entre médecins du CHPC et médecins de ville,
- L'envoi automatisé des comptes rendus produits dans le DPI vers les médecins traitants ou « adresseurs » des patients pris en charge.

Ces deux finalités concourent à l'amélioration de l'image de notre établissement vis-à-vis de la médecine de ville, tout en apportant un gain de temps pour les secrétaires médicales et en diminuant les frais postaux.

A l'issue d'une période qualification de plusieurs mois avec le service d'Oncologie, le passage en production pour l'ensemble des services de l'établissement a pu être prononcé le 15 septembre 2016. La montée en charge s'est faite de façon progressive sur le dernier trimestre 2016, pour atteindre début 2017 l'envoi d'environ 6.000 CR par mois :



En parallèle, plus de 110 médecins de ville se sont abonnés au dispositif et environ 130 praticiens du CHPC bénéficient également des envois par mail automatisés pour leurs patients suivis par d'autres médecins de l'établissement (en complément de l'entrepôt de données M-Entrepôt).

Tous les médecins du CHPC sont également enregistrés dans l'annuaire de la messagerie sécurisée Apicrypt.

Certains médecins de ville souhaiteraient que nos messages d'envoi soient « restructurés ». Ils voudraient que les comptes rendus soient intégrés dans le corps du message, en format HPRIM, pour leur permettre une intégration directe dans leurs logiciels (actuellement les comptes rendus sont en pièce jointe en format pdf). L'étude de faisabilité n'a pas pu aboutir jusqu'à présent avec notre éditeur MainCare. D'autres solutions seront explorées en 2017 avec des éditeurs tiers.

Poursuite du déploiement de la gestion des rendez-vous

En collaboration avec l'équipe DPI, deux nouveaux plateaux de consultations ont été informatisés avec le module de prise de RDV intégré au DPI :

- En avril 2016 : Déploiement sur les consultations du pôle F (pédiatrie, néonatal, obstétrique, etc.), en remplacement d'Xplore pour certains d'entre eux.
- Mi-octobre 2016 : Démarrage du nouveau plateau de consultation de médecine. Pour ce plateau, les AMA assurent également la numérisation des pièces justificatives et la confirmation d'admission, évitant ainsi le passage des patients par le bureau du mouvement.

Dans les 2 cas, le déploiement de RDV sur les plateaux a été suivi, après stabilisation sur quelques semaines, d'une montée en charge de la prise de RDV par la centrale d'appels.

Sur 2017, il restera :

- Quelques services de consultations n’ayant pas intégré le dispositif en plateau de consultations comme la neurologie, la gériatrie, la pneumologie, l’hémodialyse-néphrologie, etc...
- La question de l’imagerie médicale avec deux options ; Maintien de la prise de rendez-vous dans Xplore mais interface avec CrossWay ou passage de l’imagerie à la prise de Rendez-vous dans CrossWay avec alimentation d’Xplore. Ces deux options ont pour vocation de disposer d’un « agenda patient unifié », voire pour la seconde option, la possibilité qu’une partie de la prise de RDV puisse être déléguée à la centrale d’appels.

Mise en place du module de rappel de RDV par envoi de SMS aux patients :

Parallèlement au déploiement généralisé de la prise de rendez-vous informatisée, le CHPC a décidé de se doter d’un dispositif automatisé de rappel des rendez-vous par SMS. De nombreuses études ont démontré l’impact d’un tel système sur la diminution du taux de rendez-vous non honorés par les patients. L’ANAP considère d’ailleurs que ces rendez-vous non honorés représentent un manque à gagner important pour les établissements et que les coûts inhérents aux annulations d'actes ne sont pas à négliger.

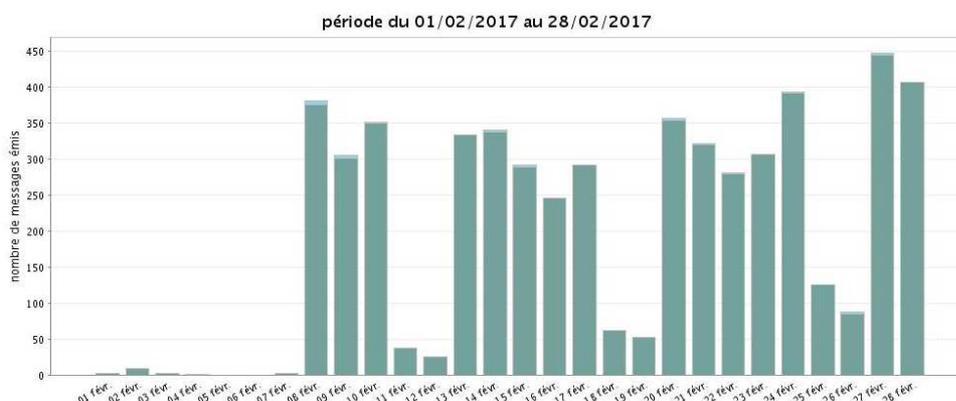
Ces nouvelles formes de communication :

- Favorisent l'optimisation des rendez-vous pour les établissements et rationalisent les taux de remplissage des plages de consultations,
- S'inscrivent dans la démarche d'ouverture de l'hôpital vers l'extérieur et offrent une meilleure information du patient,
- Affichent une image de qualité et de modernité vis-à-vis des patients.

Ce système a été instruit et qualifié par le service informatique au cours du second semestre 2016. Il a été paramétré en privilégiant des messages courts ne contenant, pour des raisons de confidentialité, aucune information médicale, ni identité de patient. Le principe est le suivant :

- Envoi d’un premier message de confirmation, dès la prise du rendez-vous,
- Rappel du rendez-vous à J-3 de la date du rendez-vous,
- Envoi d’un message en cas de déplacement d’un rendez-vous, avec précision de la nouvelle date programmée.

Le dispositif est entré en production le 8 février 2017, avec en moyenne l’envoi de 350 à 400 SMS par jour :



Le système ne couvre actuellement que les rendez-vous fixés avec le logiciel de gestion des rendez-vous intégré au DPI. Il devra être étendu à l'Imagerie Médicale en 2017, en parallèle de l'intégration d'Xplore avec le DPI.

Intégration des comptes rendus d'EEG et de la synthèse RESURGENCES au DPI (M-Entrepôt)

Déjà alimenté par les CRO, les CRH, les CRC, les CR d'imagerie, les CR d'Anapat. et les résultats de laboratoire, l'entrepôt de données du DPI (M-Entrepôt) a été complété par :

- Les CR d'EEG (par scannage manuel),
- Les synthèses des passages aux Urgences (par interfaçage avec Resurgences – qualification fin 2016 et production réelle le 7 février 2017)

27

Alimentation du DMP (Dossier Médical Personnel)

Le DMP est à considérer comme un carnet de santé numérique. Il permet aux professionnels de santé autorisés d'accéder à des informations utiles à la prise en charge des patients et de partager avec d'autres professionnels de santé des informations médicales (antécédents, allergies éventuelles, les traitements en cours, les comptes-rendus d'hospitalisation et de consultation, les résultats d'exams, ...). La création des DMP ne peut être réalisée qu'avec l'accord exprès des patients, dûment informés au préalable.

La CPAM assure depuis peu le pilotage du déploiement du DMP, préalablement confié au GIP-DMP (ASIP Santé).

Face à une forte incitation de la CPAM et pour répondre aux pré-requis du domaine D2 du plan Hôpital Numérique, le CHPC, après accord préalable de la CME, a décidé d'adhérer au dispositif DMP. Dans une première phase, l'établissement ne créera pas de DMP et se limitera à alimenter les DMP des patients qui en disposent, au moment de leur prise en charge, avec les CRO, CRH et CRC produits dans le DPI. Le dispositif est automatisé, sans opération manuelle dans les services. Il a été qualifié techniquement en 2016 mais réellement mis en production début 2017.

AUTRES PROJETS FONCTIONNELS CONDUITS EN 2016

Des avancées significatives ont été réalisées dans différents domaines fonctionnels :

• DOMAINE MEDICAL, MEDICO-TECHNIQUE ET SOINS :

Poursuite de la refonte du système PACS

Pour mémoire, la refonte complète du système Carestream PACS avait été réalisée en 2015, avec notamment les évolutions majeures suivantes :

- Remplacement des infrastructures serveurs, migration des données sur un nouveau système de stockage avec augmentation du capacitif (passage de 10 à 60To par salle) et ajout d'un serveur satellite sur Valognes (continuité de service et amélioration des temps de réponse sur Valognes),
- Passage de la version logicielle Carestream PACS v11.0 à la version 12.1 et diffusion des images dans les services avec la solution Carestream Vue Motion (full Web et optimisation des temps de réponse),
- Remplacement des stations d'interprétation des radiologues.

Si le démarrage réel du nouveau système PACS s'est déroulé en décembre 2015, d'autres opérations complémentaires ont été effectuées en 2016 :

- Abandon du système d'archivage long terme sur cartouches et remise en ligne (sur disques) des 10 années d'antériorité. Une première étape, réalisée en janvier/février 2016, a permis de supprimer les archives hors ligne « sur étagère » par la mise en place d'un robot de cartouches pouvant contenir 48 cartouches. Tous les examens sont donc aujourd'hui « en ligne », soit sur disque, soit dans le robot de cartouches. Depuis mars 2016, une opération de restauration des cartouches sur disques est engagée. Elle porte sur plus de 770 000 examens et se poursuivra probablement jusqu'à fin juin 2017,
- Doublement du serveur de diffusion des images dans les services pour répondre aux contraintes de continuité de service.

Remplacement du système de gravure et mise en place d'impressions DICOM en Imagerie Médicale

En complément du point précédent, dans le cadre du projet de suppression totale du film radiologique (déjà abandonné depuis 2005 pour la production interne), le service d'Imagerie Médicale souhaitait pouvoir remettre aux patients consultants externes, dès leur sortie, une pochette contenant :

- Le compte rendu d'imagerie,
- Une ou plusieurs planche(s) d'image(s) clé imprimée(s) sur un support de qualité,
- Un CD/DVD contenant la totalité de l'examen pour l'imagerie de coupe (avec un Viewer « embarqué » permettant la lecture et le traitement des images avec des outils proches de ceux mis à disposition des praticiens du CHPC avec Vue Motion).

Un système complémentaire au PACS Carestream a donc été installé en Imagerie Médicale avec des solutions apportées par la société ETIAM :

- Une nouvelle solution de gravure avec deux robots par site (Cherbourg et Valognes), **solution Etiam MARS**,
- Deux systèmes d'impression DICOM par site permettant de remplacer les éditions classiques d'images radiologiques sur film par des éditions sur papier A4 et/ou A3, **solution Etiam PRI et imprimantes Canon**. La mise en production réelle de ce nouveau dispositif a été effectuée mi-mai 2016.

👉 DOMAINE TELEMEDECINE :

Sur la base de projets régionaux portés par l'ARS et des outils techniques mis à disposition par le GCS Télésanté BN, de nouveaux usages et recours en télé-interprétation ou téléconsultations ont été mis en œuvre en 2016 :

- Le Télé-EEG, pour une télé-interprétation des EEG du CHPC par le CHU de Caen (service de neurologie),
- Le Télé-Expert-RETI, pour la télé-**interprétation d'examens de fond d'œil réalisés sur des bébés prématurés** pour obtenir l'avis à distance par un expert du CHU de Caen (service de Néonatalogie.),
- Le télé-AVC, pour la prise en charge d'un patient atteint d'AVC par un neurologue du CHU de Caen et la supervision à distance de l'acte de thrombolyse en cas de besoin.

👉 DOMAINE LOGISTIQUE :

Refonte du paramétrage de la Gestion de Production dans DataMeal-GPROD

Suite à des formations réalisées par la société Pyramid Informatique, en octobre 2015 auprès des agents de la production en Cuisine et avec le support du service informatique, l'ensemble des fiches denrées et plats a été reparamétré. De nouveaux états (étiquettes, bons de livraison...) ont été créés pour répondre :

- Aux besoins des différents ateliers en Cuisine,
- Aux « clients » extérieurs au site de Pasteur, tels que les maisons de retraites, le site de Valognes, les selfs (blanchisserie, internat...)

Adaptations et modification dans la prise de commandes de repas de DataMeal-PCOM

La création des plateaux de Chirurgies et de Médecine a impacté de façon significative les paramétrages de la prise de commandes des Repas (DataMeal – PCOM). Un paramétrage très spécifique a également été réalisé pour la mise en place de l'unité « PASA » de l'EHPAD du Gros Hêtre.

Parallèlement au déploiement du WIFI dans les services de soins, les Pockets PC servant à la prise de commandes ont basculés progressivement sur une connectique WIFI, plus fiable et performante que le système sur clés Bluetooth.

👉 DOMAINE ADMINISTRATIF

Mise en place du système de talon optique 2 lignes sur les avis de sommes à payer

A la demande de la Direction Générale des Finances Publiques (DGFIP), le service informatique a mis en place le « talon optique deux lignes » sur les avis de sommes à payer. Après son paramétrage et une phase de tests/validation, le nouveau système d'impression des avis de sommes à payer a pu être mis en production mi novembre 2016.

Le support papier a également du être modifié avec un grammage imposé par la DGFIP (90g/m2) et un pré découpage pour les talons de paiement.

Modification de l'interface PHARMA-GEF

Dans le cadre de la certification des comptes, les commissaires aux comptes (CAC) avaient pointé un dysfonctionnement connu dans la gestion des balances entre le logiciel PHARMA et l'application M-GEF. Historiquement, PHARMA était « maître » pour toute la comptabilité matière et M-GEF, simplement alimenté des dépenses de stocks constatées dans PHARMA.

La gestion des produits étaient réalisée dans PHARMA, M-GEF ne disposant que d'un seul produit générique par sous-compte, sur lesquels seules les valeurs consommées dans PHARMA venaient se déverser par interface.

Ce dispositif, prévu initialement par les éditeurs des deux logiciels, ne permettait pas d'obtenir dans M-GEF une balance par articles complète (aucun produit de la pharmacie) et de plus, présentait des écarts significatifs en valeurs (stocks initiaux, stocks finaux et mouvements de sorties). De plus, PHARMA, très largement déployé dans les pharmacies hospitalières, est connu pour ses lacunes dans la valorisation des stocks, même si il est très performant pour le suivi en quantité, la préconisation des commandes et la gestion de la traçabilité.

En clôture 2015, ce modèle de fonctionnement a été totalement revu :

- Le « fichier produits » a été recrée dans M-GEF, par duplication du « fichier produits » de PHARMA, avec récupération des stocks finaux 2015 pour chaque produit (une doubles références des codes produits a été intégrée dans les deux logiciels),
- La valorisation du stock initial pour chaque produit a été recalculée dans M-GEF, sur la base du dernier prix connu (les valorisations PHARMA étant très contestables),
- Les interfaces ont été modifiées afin que M-GEF soit alimenté des mouvements de stocks de PHARMA mais la valorisation et le calcul des PMP sont désormais réalisés par M-GEF.

Ce nouveau modèle requiert néanmoins une vigilance quotidienne des échanges, qui doit être assurée par les agents de la Pharmacie et par l'Informatique.

Installation de l'infocentre KITRY

En juin 2016, le logiciel KITRY qui équipe le service de Santé au Travail a été complété par un infocentre Business Object (BO). Des requêtes ont été créées avec le support du service informatique.

Ce nouveau système reste encore à qualifier car il présente un certain nombre de dysfonctionnements.

Dématérialisation : Mise en place du module M-Scanning pour M-GAM

Dans un objectif de suppression du papier mais également pour faciliter la gestion quotidienne des dossiers administratifs pour les agents du Bureau de Mouvement, le module M-Scanning du logiciel M-GAM a été mis en production en juin 2016.

En amont, l'ensemble des postes d'admission de l'établissement a été équipé de scanner performants, acceptant tous les formats de documents (y compris rigides comme les cartes d'identité), pour archiver de façon numérique dans le logiciels M-GAM toutes pièces justificatives. Ces documents numérisés sont directement attachés dans chaque dossier individuel des patients.

Dématérialisation : Mise en place du système Chorus-Pro

Le **Décret n° 2016-1478 du 2 novembre 2016** relatif au développement de la facturation électronique, marque l'entrée en vigueur de l'**ordonnance n° 2014-697 du 26 juin 2014**, relative au développement de la facturation électronique. Il instaure l'obligation de transmission des factures de façon dématérialisée par les titulaires ainsi que les sous-traitants admis au paiement direct de contrats conclus par l'Etat, les collectivités territoriales et les établissements publics. Pour ce faire, l'Etat a mis à disposition un portail concentrateur de factures "**Chorus Pro**" (CPP2017) et des services de suivi de traitement des factures.

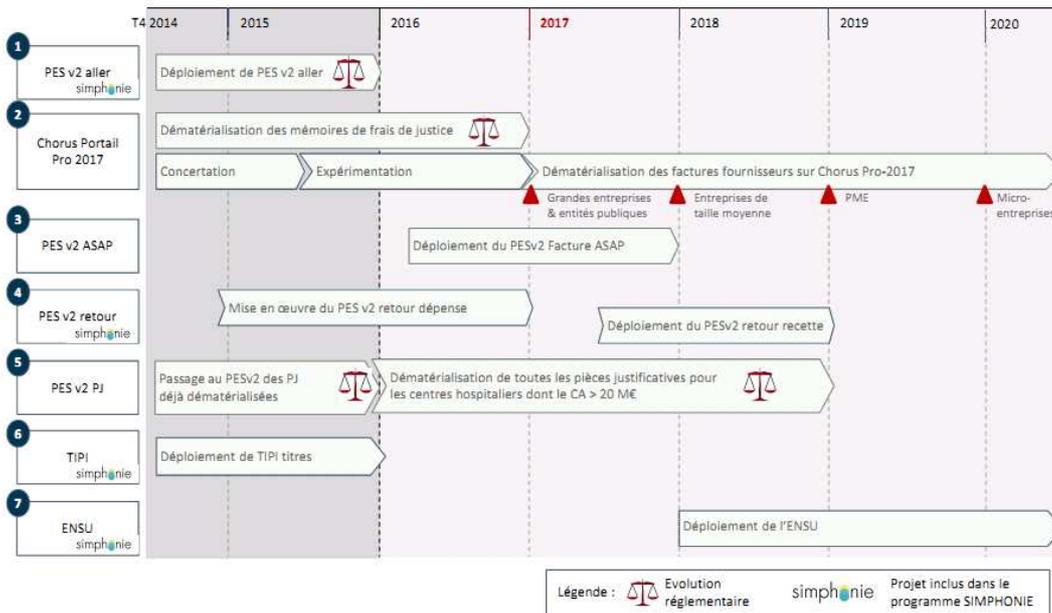
Ce nouveau réglementaire impose donc aux établissements hospitaliers d'être à la fois en capacité :

- Dans un premier temps (dès le 1^{er} janvier 2017), de récupérer, de façon manuelle ou automatisé, les factures déposées sur le portail « Chorus-Pro »,
- Dans un second temps, d'émettre de la même façon les recettes de titre III à l'attention des débiteurs de la sphère publique.

La montée en charge est progressive sur quatre années pour les fournisseurs, selon le calendrier suivant :

- Au 1er janvier 2017 : pour les grandes entreprises et les personnes publiques (plus de 5000 salariés),
- Au 1er janvier 2018 : pour les entreprises de taille intermédiaire (moins de 5000 salariés),
- Au 1er janvier 2019 : pour les petites et moyennes entreprises (moins de 250 salariés),
- Au 1er janvier 2020 : pour les micro-entreprises (moins de 10 salariés).

La dématérialisation des factures entre dans une stratégie globale plus large (synoptique extrait d'une publication de la DGFIP) :



Au cours du dernier trimestre 2016, le CHPC s'est mis en capacité de récupérer automatiquement les factures déposées par nos fournisseurs en mettant en place une solution « de tiers de télétransmission » avec la solution de la société ENOVACOM. Ce système récupère automatiquement les factures sur la plate-forme « Chorus-Pro » et les dépose dans des répertoires réseaux par grands centre de gestion (service économique, pharmacie, DRH, DPT, finances et informatique).

Courant 2017, après migration des logiciels de la société MainCare en versions V8, le logiciel M-GEF sera complété d'un nouveau module (M-GEDOC) qui permettra, via le portail ENOVACOM, d'intégrer directement les factures et d'en assurer un rapprochement automatique avec les liquidations.

Projet d'informatisation de la Gestion du Temps et des Activités (GTA)

Fin 2015, suite à appel d'offres, le CHPC avait fait le choix du logiciel AgilTime de la société EQUITIME pour remplacer les outils développés localement pour la gestion du temps de travail. Cette solution s'appliquera à la fois au personnel médical (PM) et au personnel non médical (PNM).

En début d'année 2016, deux groupes de projet ont été constitués (un pour le PM et un pour le PNM) afin de qualifier la solution, d'en assurer le paramétrage et d'en piloter le déploiement.

Des ateliers thématiques, piloté par la société EQUITIME, ont été suivis par les deux groupes de projet au cours du premier semestre 2016. Ils ont permis de finaliser, de façon détaillée, les deux Dossiers de Spécifications Fonctionnelles (DSF) ; un pour le PM et un pour le PnM.

Compte tenu du contexte des équipes de la DRH (départ de nombreux cadres), le projet a été mis en suspend au cours du second semestre 2016 dans l'attente de recrutements et de la remise en place d'une équipe d'encadrement indispensable au pilotage d'un tel projet.

🔑 PORTAILS INTRANET, EXTRANET ET INTERNET

Différents projets et développements internes ont été réalisés en 2016 :

- Ajout de nouvelles pages sur le site Internet,
- Développement de la version 2 du logiciel « Appel des lits »,
- Développement de l'application « Bibliothèque V2 » sur le portail Intr@net pour la communication,
- Développement de l'application S.T.A.R. permettant la synchronisation d'une base agents avec le logiciel M-RH et la création automatique des comptes (AD, Zimbra, M-Référence, M-Crossway, M-PMSI, Channel, PACS, ResUrgences) ainsi que le support de la cartographie applicative (cf. dossier Hôpital Numérique),
- Réalisation d'une application de planification des astreintes informatiques H24/7j/7 et enregistrement des interventions. Génération automatique des fiches synthétiques par agent pour transmission à la DRH.

32

🔑 PREPARATION DE LA MIGRATION DES LOGICIELS MAINCARE EN VERSION V8

Cette évolution majeure concerne l'ensemble des logiciels édités par la société MainCare. Elle touche les applicatifs métier suivants ; Noyau REFERENCE, M-GAM, M-GEF, M-RH, M-CROSSWAY, M-EVA, M-ENTREPOT, et M-HEO.

Les « logiciels techniques supports », transparents pour les utilisateurs finaux (TPRX, SOCLE REFERENTIEL, TUXEDO, CLOVERLEAF ; ...), sont également impactés. De ce fait, tous les logiciels concernés doivent évoluer en même temps. Ce qui ajoute une contrainte très forte pour la mise en place car elle suppose que tous les logiciels soient qualifiés et recettés en parallèle.

Les versions V7 n'étant plus maintenues depuis la fin du premier trimestre 2016, différer les mises à jours V8 constituait un risque majeur de ne pas bénéficier des évolutions, notamment réglementaires pour les logiciels administratifs et pouvant aller jusqu'à un blocage de la facturation.

De plus, les versions V8 constituent un pré-requis à la poursuite de certains projets :

- M-GEDOC pour PESV2 dans son volet dématérialisation des pièces justificative,
- M-BLOC pour disposer en V8 d'une version suffisamment aboutie pour être mise en place,
- M-LITS si l'établissement devait se positionner sur ce logiciel.

Ces versions apportent également des améliorations et des nouvelles fonctionnalités pour les logiciels déjà en production :

- M-GAM
 - Nouveau module identito-vigilances,
 - Contrôles qualité,
 - Recherche patient sur INS-C, ...
- M-GEF ;
 - Exports de données au format Excel (Cf. Certification des comptes),
 - Apports PESV2
- M-RH ;
 - Exports de données au format Excel,
 - Numérisation des pièces administratives,
 - Prise en compte du PPCR,
 - Contrôles qualité
- M-EVA/M-INFRA
 - Résultats de laboratoire,
 - Recueil traitement à domicile,
 - Pancarte Web, modules antécédents et allergies,
 - HEO en mode Web,

- M-Bloc,
- M-LIT
- M-CROSSWAY
 - Changement d'ergonomie,
 - Export des transmissions ciblées,
 - Pancarte Web
- M-RDV
 - Procédure dégradée améliorée
- Prescription HEO
 - Prise en compte des allergies lors de la prescription (si module allergies/antécédents mis en œuvre),
 - Version Web intégrée à M-EVA (même bandeau patient),
 - Gestion du traitement personnel du patient,
 - Visualisation des prescriptions groupées,
 - Revue des interactions médicamenteuses,
 - Gestion des fins de prescriptions,
 - Contrôles de sécurité renforcés pour la certification LAP,
 - Ordonnances bizona,
 - Intégration CHIMIO

D'avril à fin août 2016, un travail conjoint a été mené par le service informatique et les différents responsables fonctionnels métier (dont notamment l'équipe DPI) pour installer, se former, tester et qualifier tous les logiciels dans leurs versions V8.

Sur un plan technique, de nombreux travaux ont dû être réalisés en pré-requis :

- Préparation des environnements de pré-production et de tests,
- Installation des versions V8 sur l'environnement de qualification (Pré-production),
- Qualification et installation de la version 6.1 de l'EAI CloverLeaf (moteur pour toutes les interfaces),
- Migration des serveurs supportant le socle applicatif M-INFRA d'une technologie 32 bits vers une technologie 64 bits,
- Diverses évolutions de puissance des environnements et des capacités de stockage (cf. chapitre évolution techniques).

A l'issue des phases de tests menées par les différents référents métier, le « GO » n'a pu être donné en 2016 (migration initialement programmée en octobre 2016). En effet, de nombreux dysfonctionnements ont été relevés, dont certains impactaient directement la prise en charge médicale des patients. Le logiciel de prescription M-HEO était le principal concerné.

Cette décision a été prise lors du Directoire du 7 septembre 2016, après avoir pesé les avantages et inconvénients (analyse du risque) d'un report d'installation. La migration V8 a donc été différée à mars 2017.

INFRASTRUCTURES/PROJETS TECHNIQUES

Poursuite de la refonte du réseau interne (LAN) et du déploiement du WIFI

Après avoir rénové la totalité du réseau interne en 2015 (remplacement de 150 équipements, maillage complet du réseau pour en assurer la continuité de service), la mise en place d'un outil de supervision a complété l'installation globale en 2016.

Concernant le déploiement du WIFI, à fin 2015, seul le site de Valognes était équipé. Début 2016, ce dernier a fait l'objet d'un audit complet de performance avant de poursuivre le déploiement sur les autres sites. Cette opération a permis d'optimiser les paramètres (bornes, concentrateurs et cartes WIFI des postes de travail).

Les opérations se sont poursuivies en 2016 avec :

- Le déploiement du réseau WIFI sur la totalité du site Pasteur de Cherbourg,
- Le début des travaux de câblage sur le site de l'EHPAD du Gros Hêtre (démarrage le 10 octobre 2016).

A fin 2016, les sites de Valognes et de Pasteur disposent d'un réseau WIFI opérationnel. Cela représente au total, **281 bornes WIFI** (78 pour le site de Valognes, 203 pour le site Pasteur).

Les opérations se poursuivront en 2017 avec :

- Le déploiement du réseau WIFI pour le site de l'EHPAD du Gros Hêtre (52 bornes supplémentaires),
- L'ouverture du WIFI pour les patients (dans un contexte réglementaire d'ouverture de droits et d'archivage des usages – logs).
- le déploiement d'un réseau WIFI à disposition des patients hospitalisés.

Renforcement des infrastructures de production en préparation des versions V8 MainCare

L'analyse de risques, réalisée en amont de la migration de l'ensemble des logiciels édités par la société MainCare, avait mis en évidence un risque majeur quant aux temps de réponse. Ce problème avait été rencontré par de nombreux sites lors de leur migration, dont le CHU de Caen.

Afin d'assurer la maîtrise de ce risque, des opérations importantes ont été menées sur nos environnements techniques (pré-production, tests et surtout production) en amont de la bascule en V8 :

- **Mise à jour des environnements de virtualisation des serveurs** : Les machines supportant notre solution de virtualisation de serveurs « VMware vSphere5 » ont connu en octobre 2016 une augmentation de leur capacité mémoire (passage de 64 GB à 96 GB),
- **Mise à jour des serveurs de bases de données « Oracle RAC »** : Les machines supportant l'hébergement de nos bases de données de production ont connus en octobre 2016 une augmentation de la capacité mémoire (passage de 144 GB à 288 GB).

Etude et choix d'une solution de virtualisation des postes de travail et mise en œuvre des pré-requis techniques.

La virtualisation des postes de travail est une solution technique qui s'est largement développée ces dernières années, notamment dans le milieu hospitalier. Elle permet :

- De s'affranchir du besoin sans cesse croissant de puissance au niveau des postes de travail en déportant sur des serveurs centralisés l'exécution des logiciels.
- De garantir ainsi les temps de réponse quelles que soient la puissance ou l'ancienneté des PC (plus d'échanges entre un logiciel local au poste et les serveurs applicatifs),
- De limiter les échanges sur le réseau et donc, par la même occasion, de faciliter les usages déportés (sites distants, télétravail, ...),
- De faciliter la mobilité car « les bureaux Windows » et les fichiers personnels « mes documents » sont centralisés et suivent l'utilisateur, quelle que soit la machine utilisée,
- De faciliter le déploiement de nouvelles versions de logiciels métier (mise à jour d'une seule « image » sur les serveurs de virtualisation au lieu d'un déploiement sur toutes les machines).

En 2016, des études comparatives allant jusqu'au maquetage des différentes solutions du marché ont été réalisées par le service informatique. Elles ont abouti au choix de la solution Applidis de la société SYSTANCIA, considérée comme plus simple à administrer et répondant à l'ensemble des besoins du CHPC notamment en termes de PCA/PRA (Plan de Continuité d'Activité et Plan de Reprise d'Activité). La commande des licences Applidis a été émise fin 2016, pour une première vague permettant de **virtualiser environ 600 postes de travail** (cibles : les postes de soins, les bureaux médecins, les secrétariats médicaux et les postes mobiles du DPI).

Les infrastructures nécessaires à la mise en place du projet de virtualisation ont également été définies et commandées fin 2016, à savoir :

- 10 serveurs physiques en mode virtualisés avec VMWARE (5 par salle en cluster),
- 2 nouvelles baies de stockage (une par salle) équipées de disques rapides SSD, pour une capacité totale de 2 X 22 To,
- Les licences WMWARE pour le nouveau cluster constitué des 10 nouveaux serveurs,

A noter que les nouvelles baies de stockage, à accès très rapide, ont été dimensionnées pour accueillir la migration en 2017 :

- Des bases de données ZIMBRA,
- De l'entrepôt de données M-Entrepôt du DPI,
- Des espaces utilisateurs individuels (répertoire « U ») et partagés (répertoires « V » et « T »).

AUTRES ACTIONS

GESTION DU PARC DES POSTES DE TRAVAIL

En 2016, **297 postes de travail ont été installés** ; 184 au titre de nouvelles dotations et 113 en remplacement de matériels existants (229 avec des matériels neufs et 68 avec des matériels reconditionnés). 443 périphériques (écrans, imprimantes, scanners, ...) ont également été mis en place.

Environ 1.480 interventions ont été recensées en 2016.

DIVERSES MISES A JOUR DES LOGICIELS EN PRODUCTION (HORS MIGRATIONS V8)

Logiciel	Versions majeures	Versions intermédiaires
M-GAM		2
M-CROSSWAY		1
M-EVA		1
M-ENTREPOT		2
GESFORM		2
MOLIS CHANNEL		1
VALAB	1	

BUDGETS INVESTISSEMENTS 2016

Les crédits en investissement réellement consommés en 2016 s'élèvent à **1.505.183,27 €**, les postes les plus significatifs étant :

▪ Evolution infrastructures serveurs et extension des capacités de stockage :	408.538,83 €
▪ Projet DPI (modules réceptionnés en 2016) :	260.897,13 €
▪ Refonte du réseau interne du CHPC et déploiement du WIFI :	222.237,51 €
▪ Projet virtualisation des postes de travail :	198.146,29 €
▪ Refonte du système PACS + remplacement robots gravure + impression DICOM :	169.460,05 €
▪ Postes mobiles pour la prescription/administration (chariots informatiques) :	89.212,18 €
▪ Maintenance, maintien à niveau du parc (postes de travail > 800,00€) :	49.145,01 €
▪ Projet Gestion du Temps de Travail (GTT – PM et PNM) :	29.858,58 €
▪ Projet Télé-AVC (équipements en Neurologie et aux Urgences) :	24.017,56 €
▪ Modification du dispositif d'interface entre M-GEF et PHARMA :	15.703,94 €
▪ Evolution du logiciel Molis au Laboratoire (accréditation COFRAC) :	14.247,20 €
▪ Traçabilité des DMI au Bloc opératoire (extension PHARMA) :	4.796,56 €

IV – LES ENGAGEMENT ET LES ACTIONS QUALITE / GESTION DES RISQUES VIS-A-VIS DES USAGERS

4.1 – LA QUALITE, LA GESTION DES RISQUES ET LA RELATION AVEC LES USAGERS

4.1.1 – Organisation et fonctionnement

La direction de la qualité a fonctionné en 2016 avec :

- Un directeur qualité
- un ingénieur qualité à temps plein
- une technicienne qualité à temps plein remplacée pendant son congé de maternité à hauteur de six mois en 2016 en raison de la situation de certification de l'établissement programmée en mars 2016.
- 2 postes adaptés à temps partiel : une secrétaire qualité (100%) ainsi qu'une technicienne de laboratoire (50%)
- un cadre supérieur de santé sur des dossiers spécifiques (50%).
- un médecin coordinateur des risques, qui appuie le travail de l'équipe et suit aussi la préparation aux risques NRBC.

Une stagiaire en licence qualité universitaire 2015-2016 a participé à la vie du service pendant le premier semestre 2016. Sa mission a porté sur la préparation de la visite de certification de l'établissement avec notamment les nouveaux outils exigés par la dernière version de certification dénommée V2014.

Le service qualité a continué d'assurer le déploiement de la démarche qualité et gestion des risques comme support de la gouvernance qualité qui a été assurée en 2016, conformément à sa structuration, selon les modalités suivantes :

- **Une structure de pilotage :**

- Le **comité qualité** qui est chargé de définir la politique qualité et gestion des risques au sein de l'établissement au regard des orientations stratégiques retenues dans le projet d'établissement notamment le projet médical et le projet de soins. Il définit le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS).

Le comité qualité a été réuni quatre fois en 2016. Il convient de préciser que le directoire a été sollicité le 16 mars pour valider les modalités d'organisation de la visite de certification.

- Le comité qualité est appuyé par un **bureau qualité** qui constitue son organe exécutif. Ce dernier est composé du Directeur Qualité, de l'ingénieur qualité, du Président de CME, du coordonnateur gestionnaire des risques et de la directrice des Soins. **Le bureau qualité s'est réuni huit fois en 2016.**

- **Deux comités opérationnels :**

- **Comité gestion des risques et des vigilances** : il développe, met en œuvre et coordonne une gestion a priori et a posteriori des risques.

Il s'est réuni à deux reprises en 2016.

- **Comité EPP** : il développe et accompagne la culture d'évaluation des pratiques professionnelles au sein de l'établissement. Ce comité ne s'est pas réuni en 2016.

- **Trois cellules opérationnelles :**

- **Cellule qualité gestion des risques**

Elle assure le déploiement des actions du Comité qualité et des deux comités opérationnels sur le terrain. Elle accompagne les équipes dans la mise en place d'actions qualité ou de projets qualité.

- **La cellule d'analyse des fiches d'événements indésirables**

Elle recense et analyse l'ensemble des événements indésirables. Elle s'est réunie chaque semaine en 2016 pour définir les désignations des pilotes pour traiter les événements indésirables déclarés ou décider de la mise en place de cellule de retour d'expérience en dehors des événements liés au médicament ou à l'identité du patient pour lesquels l'organisation d'une CREX est systématique. Cette cellule a recensé environ mille fiches d'événements indésirables en 2016.

- **L'équipe d'auditeurs internes**

Elle réalise les audits internes au sein de l'établissement.

En 2016, l'équipe d'auditeurs a été sollicitée pour participer à des audits flash dans plus de quarante services de l'établissement visant à balayer la qualité et la sécurité sur huit thématiques transversales : l'hygiène des locaux, la gestion des déchets, le management de la qualité, les droits des patients, la gestion de la douleur, la prise en charge médicamenteuse, les urgences vitales, l'identitovigilance.

Un premier tour a été réalisé en début d'année 2016 et un second tour en fin d'année.

4.1.2 – La politique qualité et le plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS)

38

La politique qualité 2016-2019 énonce les engagements de l'établissement ou orientations stratégiques en matière de qualité et de sécurité des soins dispensés aux usagers qu'ils soient patients ou résidents.

Elle s'articule autour des quatre axes stratégiques suivants :

1. Renforcer le déploiement d'une culture qualité et impulser la culture d'évaluation
2. Poursuivre la maîtrise des risques
3. Promouvoir la qualité de vie au travail des professionnels
4. Respecter l'utilisateur et le rendre acteur de sa prise en charge

Cette politique s'accompagne d'un **Plan d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins** issu du compte qualité, élaboré en 2015 dans lequel figure les risques priorités pour 24 thématiques (obligatoires et non obligatoires) et les actions d'amélioration programmées jusqu'en 2017.

Chaque processus (ou thématique imposée par la Haute Autorité en Santé) a été confié au niveau de son pilotage par un binôme de pilotes, composé souvent d'un Personnel Médical et d'un Personnel Non Médical, accompagné par le service qualité pour formaliser son processus et s'approprier cette démarche nouvelle. L'élaboration des processus s'est poursuivie sur le premier trimestre 2016 et a nécessité un investissement important des pilotes et une mobilisation du service qualité pour les accompagner dans cette démarche issue du monde industriel et qui reste difficile à appréhender pour les professionnels de santé.

4.1.3 – La certification

➤ la visite de certification V2014

Elle s'est déroulée du 21 au 25 mars 2016.

Le premier trimestre a été consacré à la finalisation de la préparation de cette visite avec notamment :

- l'organisation d'audits flash dans tous les services de l'établissement
- la finalisation des processus
- l'organisation de cinq patients traceurs
- la préparation des pilotes à l'audit de processus (formation à cet outil d'investigation et simulation d'entretien par le service qualité)

Le second trimestre a été consacré à la diffusion des résultats de cette visite et à la poursuite du plan d'actions d'amélioration bien qu'il faille admettre que la mobilisation été tellement forte dans le premier trimestre qu'elle ne pouvait être maintenue au même niveau au cours du second semestre.

➤ **le niveau de certification de l'établissement**

L'établissement a été certifié en niveau B, ce qui révèle une importante progression de l'établissement dans la qualité et la sécurité des soins dispensés aux patients.

Les experts visiteurs ont remarqué et souligné la mobilisation de l'ensemble des professionnels audités pour apporter des soins de qualité et des soins sécurisés. Ils ont également souligné la pertinence des risques identifiés dans le compte qualité et des actions d'amélioration proposées.

Néanmoins, cinq processus ont fait l'objet de recommandations d'amélioration :

- la prise en charge aux urgences
- la prise en charge au bloc opératoire
- l'endoscopie
- le risque infectieux
- la prise en charge médicamenteuse

4.1.4 – La démarche qualité

Dans le cadre de la démarche qualité, le service qualité a diffusé en 2016 un mémo qualité reprenant les cinq processus transversaux suivants :

- le management de la qualité
- l'identitovigilance
- les droits des patients
- la prise en charge médicamenteuse
- la prise en charge de la douleur

Il s'agissait de reprendre les risques identifiés dans le processus et d'indiquer notre politique institutionnelle et nos actions d'amélioration programmées.

Ce mémo était mis à la disposition des services et pouvait être édités par le service qualité sur demande du cadre du service. Il a été très apprécié des équipes et a contribué au succès de la visite de certification. Il a donc été décidé de renouveler l'expérience avec un mémo visite de certification pour détailler les recommandations d'amélioration faites par les experts visiteurs.

□ Les indicateurs

En 2016, il a été procédé aux recueils des indicateurs IPAQSS transversaux en MCO, HAD, SSR, anesthésie et RCP entre avril et juin.

Ces indicateurs concernent pour tous les services de MCO et SSR, la conformité de :

- La tenue du dossier patient (exhaustivité des éléments obligatoires à tracer)
- Du délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation
- La traçabilité de l'évaluation de la douleur
- La traçabilité de l'évaluation du risque d'escarres
- Le dépistage des troubles nutritionnels

Pour permettre d'avoir des scores objectifs par service, il a été effectué un tirage au sort systématique de 15 dossiers par service. Cependant les délais de saisie des scores étant contraints, il n'a pas été possible de vérifier la véracité des scores avant l'envoi validé à la Haute Autorité de santé.

Il n'a pas été possible de diffuser les résultats en 2016. Cette action a été reportée sur 2017.

☐ **L'accréditation du laboratoire:**

Le laboratoire du CHPC a poursuivi en 2016 sa démarche d'accréditation avec l'objectif d'accréditer la moitié des examens de biologie réalisés en son sein. Cette accréditation se déploie progressivement par famille d'analyses :

- La biochimie
- L'hémostase
- L'hématologie
- La microbiologie
- L'immunologie

La seconde visite de surveillance des auditeurs COFRAC a eu lieu au mois de novembre 2016.

Lors de cette visite le COFRAC a relevé :

- 11 points forts
- 12 points à surveiller
- aucun écart critique

TECHNIQUE	
Points forts	11
Points faibles	0
Points à surveiller	12
Ecart non critiques PF1 - La transmission des résultats des groupes sanguins et des RAI pendant la période de permanence de soins est effectuée sans que soit noté la référence au biologiste responsable. PF2 - Le laboratoire ne vérifie pas complètement la concordance des informations figurant sur la prescription et dans le dossier informatique du patient de manière systématique, cependant cette vérification est réalisée pour les prélèvements effectués par le laboratoire et d'autre part, les coordonnées d'identitovigilance sont bien vérifiées. PF3 - Le laboratoire utilise les CV du fournisseur pour valider les CIQ.	3
QUALITE	
Points forts	9
Points faibles	0
Points à surveiller	5
Ecart non critiques SV1 - La prise de connaissance des documents nécessaires à l'intégration dans une fonction, cités dans la check-list (RESS FO 41), n'est pas réalisable sur le logiciel de gestion documentaire pour les nouveaux embauchés. (ch. 5.1.5) <div style="text-align: right;">... / ...</div>	3

<p>SV2 - Absence de preuve de diffusion de la mise à jour des conditions de transport dans la glace des échantillons auprès des infirmières libérales alors que le message a été transmis auprès des services de soins du CH. (ch. 4.4.1)</p>	
--	--

<p>SV3 - L'analyse d'impact suite à la révision des documents SH REF 02, SH REF 05 et SH REF 08 n'a pas été réalisée pendant le congé maternité de la qualitiennne. Les dispositions de la procédure de gestion documentaire ne décrivent pas la gestion des documents externes autres que les fiches techniques, dans la bibliothèque de SAPANET. (ch.4.3)</p>	
--	--

4.1.5 – La gestion des risques

Le comité gestion des risques et des vigilances est chargé de la mise en œuvre et du suivi du programme de gestion des risques de l'établissement.

Il s'est réuni à deux reprises en 2016.

La gestion des risques a été marquée en 2016 par les éléments suivants :

- La mobilisation pour la semaine de la sécurité des patients : cette mobilisation a été reconduite avec l'appui du réseau régional qualité proposant des scénarii de chambres des erreurs pour le MCO, l'HAD et les EHPAD. Il a été profité de cette mobilisation du personnel pour les sensibiliser à l'importance de déclarer les évènements indésirables et à l'utilité des CREX.
- La mise à jour du plan HACCP en cuisine : toutes les observations des services vétérinaires ont été levées dans le cadre d'un plan HACCP mis à jour en 2016.
- La mobilisation pour la gestion de crise et notamment pour l'identification des victimes en raison du risque attentat : un exercice de cellule de crise a été organisé à l'initiative de l'ARS le 30/05/2016 pour tester l'activation de notre cellule de crise. Un autre exercice surprise a été organisé pour tester notre capacité à identifier les victimes avec un outil dénommé SIVIC, élaboré suite aux attentats de Paris.
- La mobilisation en prévention du passage du tour de France à Cherbourg en juillet 2016 : un certain nombre de fiches réflexes de gestion de crise ont été mises à jour pour prévenir un éventuel déclenchement du plan blanc à l'occasion du passage du tour de France.
- La mobilisation pour la prise en charge de blessés d'attentat par la méthode Damage Control : une première sensibilisation des professionnels de l'établissement a été organisée en fin d'année 2016 par le SAMU 50 pour familiariser les professionnels des services d'urgences et de réanimation, avec cette méthode de prise en charge des blessés par attentat en pré-hospitalier et en hospitalier.
- La poursuite de la mobilisation par rapport aux risques NRBC : deux exercices ont été effectués en 2016 dont un pour tester la capacité de l'établissement à organiser son évacuation.

4.1.6 – Les évaluations des pratiques professionnelles

Certaines évaluations en cours se sont poursuivies en 2016 avec l'organisation de deuxième tour.

D'autres évaluations nouvelles ont été initiées en 2016. Cependant le comité EPP ne s'est pas réuni en 2016 et il n'a pas été possible de recenser les EPP réalisées et de solliciter les équipes pour se mobiliser sur ces travaux.

4.1.7 – La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge

La commission veille au respect de l'amélioration de la politique d'accueil et la prise en charge des patients et de leurs proches.

La procédure de traitement des réclamations a été complètement renouvelée en 2016 et la place des représentants des usagers s'est vue renforcée à compter de juillet 2016 où il a été décidé de les intégrer aux médiations sous réserve de l'accord de l'utilisateur insatisfait.

Cette nouvelle procédure vise à :

- uniformiser et clarifier le circuit de traitement des réclamations
- exiger des explications précises et compréhensibles de la part des services concernés par l'insatisfaction selon un modèle type de rapport circonstancié
- solliciter une implication du terrain pour réfléchir à des actions d'amélioration lorsqu'un dysfonctionnement est avéré
- valoriser l'expérience de l'utilisateur et accorder de l'importance à son témoignage d'insatisfaction
- Les médiations ont continué d'être privilégiées aux réponses écrites mais selon deux critères identifiés que sont :
 - la réalité d'un ou plusieurs dysfonctionnements dans la prise en charge du patient
 - le décès du patient

La commission a également été complètement renouvelée en fin d'année 2016, conformément à la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé et à son décret d'application n°2016-726 du 1er juin 2016, avec une nouvelle dénomination de « Commission des Usagers », une refonte de son organisation, de sa composition et de ses missions.

➤ Les courriers d'insatisfaction :

En 2016, cinquante quatre courriers d'insatisfaction ont été comptabilisés à la direction.

- ❑ Par mi ces courriers, 51 étaient motivés par un objectif d'amélioration de la qualité des soins.
- ❑ Trois étaient motivés par une demande d'indemnisation amiable et ont été réorientés en ces sens.
- ❑ 12 courriers ont donné lieu dans leur traitement à un temps d'échange et de médiation.

➤ Les mises en cause de la responsabilité civile de l'établissement pour dommages corporels

En 2016, l'établissement a comptabilisé dix mises en cause de sa responsabilité civile pour dommage corporels.

- ❑ 4 dossiers ont fait l'objet d'une saisine directe de l'assureur de l'établissement pour proposition d'indemnisation amiable.
- ❑ 3 dossiers ont fait l'objet d'une saisine par l'utilisateur de la Commission de Conciliation et d'Indemnisation de Normandie pour avis.
- ❑ 3 dossiers ont fait l'objet d'une saisine du Tribunal Administratif par les usagers pour jugement.

➤ Les mises en causes de la responsabilité civile de l'établissement pour dommages matériels

L'établissement a enregistré en 2016 vingt-neuf demandes de remboursement d'objets ou vêtements endommagés ou perdus au cours du séjour dans l'établissement.

Les questionnaires de sorties

En 2016, 1771 questionnaires de sortie complétés par les patients ont été enregistrés par le service qualité. Cela correspond à une diminution de près de 350 questionnaires par rapport à l'année précédente.

La diffusion et la promotion de ces questionnaires au sein des services d'hospitalisation demeurent insuffisantes.

La commission des Usagers a bien identifié cette problématique à laquelle elle compte s'atteler dans son projet des usagers en 2017.

Les témoignages de satisfaction

L'établissement mesure également la satisfaction des patients par le comptage et la qualification des témoignages spontanés de satisfaction.

Ces témoignages écrits spontanés se sont élevés à 129 en 2016. Ils émanaient :

- des familles (pour 89 courriers)
- des patients eux-mêmes (pour 40 courriers)

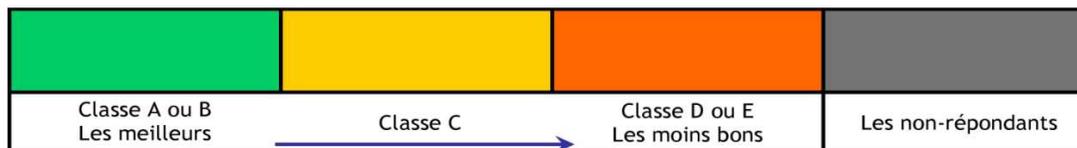
Motif de satisfaction	Nombre
Satisfaction envers le personnel (gentillesse, dévouement, compétence, ...)	118
L'accompagnement psychologique	41
Qualité des soins	57
Ecoute	43
Prise en charge de la douleur	0
Délai de prise en charge	10

4.1.8 – L'hygiène et la prévention des infections nosocomiales

☛ Cf. tableau de bord 2016 – Prévention des infections nosocomiales page suivante.

TABLEAU DE BORD 2016 : PREVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Ce tableau de bord est composé de cinq indicateurs qui abordent des thèmes différents mais complémentaires en matière de prévention et de lutte contre les infections acquises à l'hôpital. Un seul indicateur (relatif à l'hygiène des mains) est à périodicité de recueil annuelle ; les autres sont recueillis une année sur deux (d'où la présence concomitante d'indicateurs recueillis sur 2014 et 2015). Ils sont présentés sous la forme d'un score sur 100. Les résultats sont rendus sous forme de classe de performance (cotation de A à E) et par catégorie d'établissements.



Indicateur		Cotation	Couleur	Valeur de l'indicateur	Evolution depuis la dernière évaluation
ICALIN.2 Données 2014	<i>Cet indicateur évalue l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement, les moyens mobilisés et les actions mises en œuvre</i>	B		77 / 100	↗
ICSHA.2 Données 2015	<i>Cet indicateur est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains</i>	B		60,3 / 100	↗
ICATB.2 Données 2015	<i>Cet indicateur reflète le niveau d'engagement de l'établissement de santé dans une démarche visant à optimiser l'efficacité des traitements antibiotiques</i>	C		66 / 100	→
ICA-BMR Données 2015	<i>Cet indicateur évalue l'organisation pour la maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes, les moyens mobilisés et les actions mises en œuvre par l'établissement</i>	B		88 / 100	→
ICA-LISO Données 2014	<i>Cet indicateur évalue l'organisation pour la prévention des infections du site opératoire en chirurgie ou en obstétrique, les moyens mobilisés et les actions mises en œuvre par l'établissement</i>	A		91 / 100	→
BN-SARM Données 2015	<i>Bactériémies nosocomiales à Staphylococcus aureus résistant, potentiellement évitables et ayant fait l'objet d'une analyse approfondie des causes</i>	3/3		100 / 100	1 ^{ère} publication Taux de bactériémie nosocomiale à SARM = 44,4%

Ces résultats sont également accessibles au public sur le site d'information SCOPE SANTE de la Haute Autorité de Santé au lien suivant : www.scopesante.fr

Pour tout renseignement vous pouvez vous adresser à la Direction de la Qualité et de la Communication du CHPC au 02 33 20 70 00

4.2 – COMMUNICATION ET CULTURE A L'HOPITAL

4.2.1 – La communication interne

La communication interne s'appuie sur deux supports essentiels, le site Intranet et le bimestriel Hop'Cotentin.

- Le **site Intranet** dans sa page d'accueil, communique sur les informations les plus récentes de l'établissement.
- Le **journal interne « Hop'Cotentin »**, adressé à l'ensemble des salariés avec leur fiche de paie, tous les deux mois, contient des informations plus détaillées sur toute l'actualité institutionnelle permettant d'informer les professionnels sur les projets en cours et de favoriser une culture institutionnelle.

Aux parutions du « Hop'Cotentin » s'ajoutent quelques « **Hop'Jectifs** » centrés sur une thématique particulière en fonction des besoins de l'actualité, diffusés via les fiches de paie des salariés ou sous la forme d'une newsletter transmise par mail.

En janvier 2016, un « **Hop'Jectif Qualité** » relatif à la visite de certification de l'établissement prévue en mars a été diffusé. Il s'agissait de sensibiliser l'ensemble des professionnels de l'établissement à l'importance de cette visite et de les y préparer en les informant :

- D'une part sur la méthodologie PDCA appliquée dans l'établissement en termes de démarche qualité
- D'autre part sur les deux nouveaux outils d'investigation que les experts visiteurs allaient utiliser pour mesurer la qualité et la sécurité des soins dans l'établissement : l'audit de processus et le patient traceur.

En mai 2016, un « **Hop'jectif Avenir** » a été publié afin d'informer du déroulé des opérations de travaux de restructuration en cours au CHPC. Il s'agissait de faire un point sur l'avancée de la restructuration du grand hémicycle en plateaux de soins. Ainsi le plateau de chirurgie au deuxième étage a été livré en février 2016 regroupant dorénavant sur un même plateau, la chirurgie viscérale, la chirurgie traumatologique et la chirurgie ambulatoire. En mai 2016, c'est le plateau 1 regroupant les spécialités médicales qui a été livré. En septembre 2016, c'est une partie du plateau 3 qui a été réaménagé avec la Cardiologie et la Neurologie.

Il s'agissait également d'informer les professionnels de l'aménagement d'un plateau de consultations médicales centralisées au niveau de l'hémicycle sud, qui constitue une réorganisation majeure dans le parcours des patients.

Par ailleurs, les services de soins font appel régulièrement au service communication lorsqu'ils souhaitent diffuser une information, que ce soit en interne ou en externe. Celui-ci répond toujours favorablement à toute demande **d'élaboration de support de communication** (affiche, livret, guide, diaporama etc...).

4.2.2 – La communication externe

➤ Les communiqués de presse

L'établissement s'est attaché en 2016 à proposer des communiqués de presse à l'issue de chaque conseil de surveillance, en complément des autres communiqués diffusés régulièrement pour informer la population des évolutions de l'offre de soins.

Les communications extérieures ont porté essentiellement sur les sujets suivants :

- L'ouverture du Centre de Soins non programmés sur le site de Valognes le 7 mars 2016 puis le suivi de son activité au cours de l'année
- La mise en service de trois plateaux de soins au sein du grand hémicycle
- L'ouverture en octobre 2016 d'un plateau de consultations centralisées regroupant dans un même lieu les consultations médicales à l'instar de ce qui existait pour les consultations de chirurgie et d'ORL
- L'aménagement d'un plateau de sénologie équipé d'un mammographe amélioré et d'un nouvel échographe permettant d'éviter aux patientes de se rendre à Caen pour compléter leur diagnostic dans le cadre du dépistage du cancer du sein
- La préparation de l'établissement au passage du tour de France à Cherbourg en juillet 2016
- L'acquisition de nouveaux équipements : acquisition de deux nouveaux scanners, un scanner en imagerie et un scanner en radiothérapie ; acquisition d'un nouveau véhicule SMUR spécialement équipé
- La signature d'une convention de partenariat renforcé avec la Polyclinique du Cotentin

46

➤ Les « Médi'Cotentin »

Ce journal est destiné à informer les professionnels de santé de ville de l'évolution de l'offre de soins de l'hôpital. Il a été édité à deux reprises en 2016, en mars et en août.

En mars, la communication portait sur la conciliation médicamenteuse, la recherche clinique, l'Unité Médico-Judiciaire et l'activité du Département d'Information Médicale (DIM).

En Août, la communication portait sur la création d'un Groupement Hospitalier de Territoire à orientation gériatrique, les travaux de restructuration du CHPC, les inaugurations de services et l'activité du Centre de soins non programmés.

➤ Les EPU

A l'initiative du service de Réanimation, était organisé le vendredi 14 Octobre 2016 à l'hôtel Mercure de Cherbourg un enseignement post-universitaire sur le thème « actualités en contrôle des voies aériennes supérieures ». Cet évènement a regroupé une trentaine de professionnels (médecins anesthésistes, réanimateurs, urgentistes ainsi que des infirmiers anesthésistes) du CHPC et de la Polyclinique du Cotentin. Le Pr Dhonneur et le Dr Haouache, du département d'Anesthésie Réanimation de l'hôpital Henri Mondor à Créteil (APHP), ont animé la journée et partagé leur expérience de la gestion de l'intubation difficile.

➤ Les actions de prévention, de dépistage et de promotion de la santé

Elles ont été nombreuses et organisées, comme habituellement, en étroite collaboration avec des associations particulièrement investies en la matière et avec le cadre référent en éducation thérapeutique au CHPC. Certaines actions, notamment celles relatives à la lutte contre le cancer du sein (Octobre Rose) ou à la prévention des violences faites aux femmes (Festival Femmes dans la Ville) sont élaborées en partenariat avec la commune de Cherbourg-En-Cotentin.

➤ Les soirées débat

2016 aura été marqué par le succès d'une soirée débat sur la prévention du cancer du sein organisée à la Cité de la Mer en partenariat avec la Polyclinique du Cotentin et à destination de tous les professionnels de santé du Nord-Cotentin.

Une conférence sur les violences faites aux femmes a également été organisée à l'IFSI ainsi qu'une soirée ciné débat à l'Odéon sur le prélèvement d'organes à la suite de la diffusion du film « Réparer les vivants ».

➤ Les inaugurations

L'année 2016 a été marquée par deux inaugurations :

- Celle du Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) en mai 2016 à l'EHPAD du Gros Hêtre qui propose un accueil de jour interne pour certains résidents diagnostiqués Alzheimer ou une autre maladie apparentée afin de les stimuler par un accompagnement spécialisé.
- Celle du jardin thérapeutique situé à Valognes en juin 2016, permettant d'offrir un espace de rééducation, d'éveil des sens et de promenade aux patients et aux résidents accueillis sur le site mais également aux visiteurs et au personnel.

➤ Les expositions culturelles

Comme chaque année, différentes expositions ont pu être installées sur les sites du CHPC afin d'ouvrir l'établissement à la vie de la cité et à la culture.

L'année 2016 a été marquée au niveau culturel par le passage au service d'imagerie de la momie du Musée Emmanuel LIAIS. La réalisation d'examen de radiologie et un scanner a permis d'approfondir les connaissances historiques et ainsi de proposer une exposition au musée, qui sera transportée sur les sites du CHPC en 2017.

V - L'ACTIVITE HOSPITALIERE

Préambule : Les données financières du rapport d'activité sont issues du PMSI, en conséquence des variations avec les écritures comptables peuvent exister liées notamment aux variations des séjours à cheval, aux reversements des coefficients prudentiels... intégrés aux comptes.

5.1 – SITUATION GENERALE

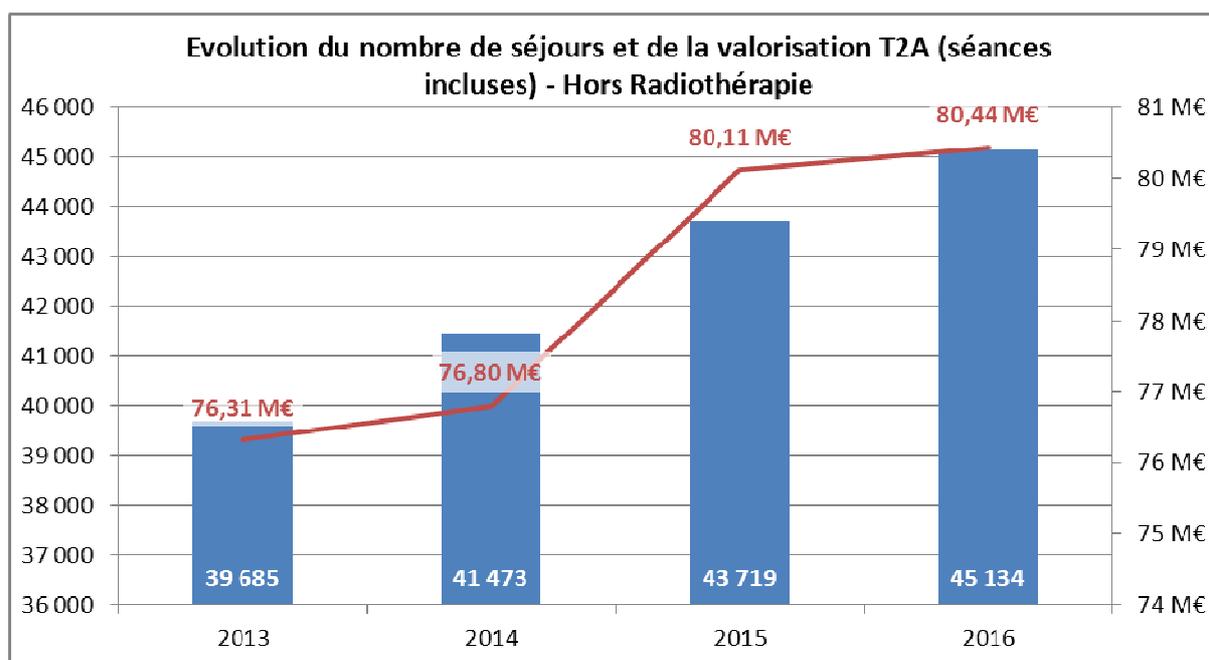
48

L'activité réalisée au titre de l'année 2016 a connu une forte progression tant en MCO qu'en SSR, seul l'HAD fait apparaître un bilan plus contrasté.

1 – MEDECINE – CHIRURGIE – OBSTETRIQUE (MCO)

A - Hospitalisation

Pour le MCO (Hors Radiothérapie) ce sont 3,2% de séjours en plus (séances incluses) soit 1415 RSS supplémentaires. Cependant le niveau de recette progresse moins vite, +325k€ soit +0,4% à 80 435k€. Cette dichotomie entre l'évolution des séjours et des recettes provient, d'une part de la baisse tarifaire des GHSv2016 dont l'impact est de -634k€ / -1,1% sur les recettes 2016 (Chimiothérapie : -49k€ / -2,1% - Hémodialyses : -25k€ / -1,3% - Interventions sur la hanche et le fémur : -23k€ / -1,9% - Infections et inflammations respiratoires : -19k€ / -2,0% - Poses ou remplacement de stimulateur cardiaque : -15k€ / -2,5%) et d'autre part de l'évolution des différents modes de prise en charge. En effet avec une croissance de 11,6% les séances participent à elles seules à l'augmentation du nombre de séjours, en revanche avec une recette moyenne unitaire assez faible elles ne pèsent pas significativement dans la valorisation puisque c'est moins de 8% des recettes. Concernant les hospitalisations complètes et ambulatoires, elles baissent respectivement de -0,7% et -3,8% en volume et de -0,1% et -2,3% en valorisation T2A.



	Nb séjours				Valo 100% T2A				CA moyen			
	2016	2015	Evol		2016	2015	Evol		2016	2015	Evol	
Hospit. Complète (HC/HdS)	22 359	22 516	-157	-0,7%	70 368 341 €	70 438 312 €	-69 971 €	-0,1%	3 147 €	3 128 €	18,84 €	0,6%
Ambulatoire (hors séances)	5 575	5 795	-220	-3,8%	4 187 860 €	4 285 792 €	-97 932 €	-2,3%	751 €	740 €	11,62 €	1,6%
Séances	17 200	15 408	1 792	11,6%	5 878 874 €	5 385 906 €	492 968 €	9,2%	342 €	350 €	-7,76 €	-2,2%
TOTAL	45 134	43 719	1 415	3,2%	80 435 075 €	80 110 010 €	325 065 €	0,4%	1 782 €	1 832 €	-50,25 €	-2,7%

L'occupation moyenne des lits, en MCO, se situe autour de 95% et très variable selon les secteurs (98% en Médecine – y compris HdJ - ; 80% en Chirurgie – y compris ambulatoire ; 94% au pôle femme-enfant). Les lits et places disponibles sont tout de même moindres qu'en 2015, environ 30 lits de moins, liés soit (en équivalent lit-année-pleine) :

1° - Fermeture des hospitalisations de semaine :

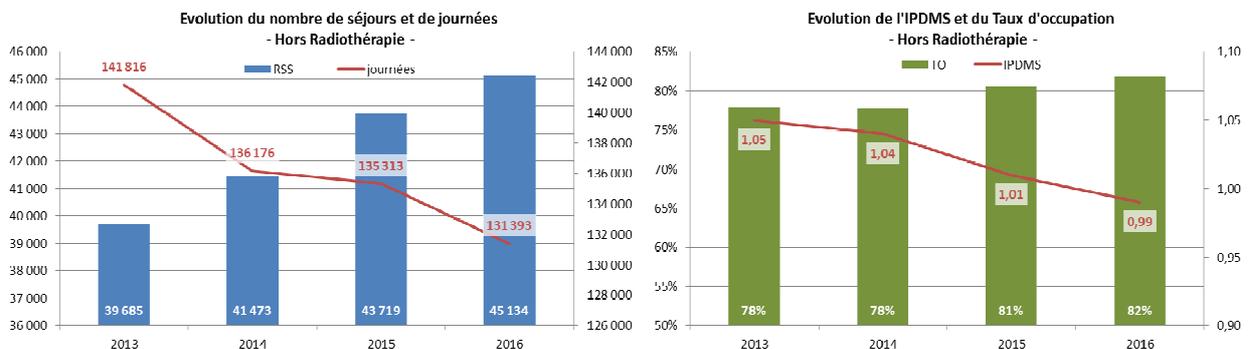
- 7 lits en Cardiologie
- 6 lits en Neurologie
- 10 lits en Pneumologie (à partir du 01/05/2016 : -5 en HdS et -5 en HC)

2° - Fermeture estivales :

- 14 lits en Médecine polyvalente (du 18/07 au 11/09/2016)
- 7 lits en Pédiatrie (du 20/06 au 11/09/2016)

L'indicateur de performance de la durée moyenne de séjours (IPDMS) est désormais en deçà de la moyenne nationale à 0,99 (1.01 en 2015 / 1.05 en 2013). Ainsi les efforts réalisés sur la maîtrise des durées de séjours ont permis, malgré une capacité d'accueil plus réduite, de prendre en charge un volume de journées d'hospitalisation quasi équivalent entre 2016 et 2015.

En enlevant les séjours avec des durées de séjours très supérieures (extrêmes hauts) ou très inférieures (extrêmes bas) aux durées nationales, l'IPDMS est de 0,96. Le différentiel de journée est de 13 767 soit environ 34 lits (sur les 439 lits MCO de l'établissement) occupés par des séjours « extrêmes ».



B - Consultations externes

Le nombre de venues en consultation externe en 2016 a progressé de 3% (+7 141 passages). Cette augmentation est essentiellement portée par les services médico-techniques (laboratoires, imagerie) et médicaux tels que l'hématologie (+393 venues / +40%), la médecine polyvalente (+278 venues / +31%) et la cardiologie (+903 venues / +25%). A contrario, on note une baisse de la fréquentation en Neurologie (-790 venues / -29%), en néonatalogie (-558 venues / -17%) et en chirurgie (-1770 venues / -5,3%).

→ Annexe 2

Malgré l'évolution positive en volume, la valorisation quant à elle chute de -2% (-454k€). Les effets, en année pleine, de la fin de la facturation des AMI aux urgences (-291k€) conjugués aux baisses des suppléments nuit et

férié des consultations (-209k€) et des actes CCAM de chirurgie (-38k€) ont endigués toutes possibilités de dégager des recettes supplémentaires.

2 – HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD)

Après une année 2015 en augmentation, le HAD connaît une nouvelle baisse de son nombre de journées (-618j / -7,6%). En revanche le nombre de séjour progresse sensiblement (+29 séjours / +7,8%) ainsi que le ratio nb de séjours / patient, passant de 1,31 à 1,40 en 2016, traduisant des prises en charge moins « lourdes ». Les durées de séjours diminuent de 20% en moyenne à 19,8j traduisant ainsi en changement dans les modes de prises en charge. Un recul est observé sur la prise en charge des Soins palliatifs (-1811j / -36%) et des pansements complexe (-371j / -19,8%) au contraire des prises en charge de la douleur (+27j / +77%) et des traitements par voie veineuse (+317j / +53%) (mais moins valorisées).

3 – SOINS DE SUITE ET READAPTATION (SSR)

Avec une exploitation en année pleine de ses 96 lits (ouverture unité Alzheimer mi-2016), l'activité du SSR croît de 5% à 931 séjours. Le nombre de journées augmente également de +5% à 34 530 journées occupant ainsi à près de 99% l'ensemble des lits disponibles. Le financement du SSR étant, pour 2016, toujours sous dotation (DAF) l'évolution de l'activité n'impacte pas directement ses recettes.

5.2 - EVOLUTION DETAILLEE PAR POLE

5.2.1 - Pôle Femme-enfant-HAD

Sur l'ensemble du pôle - hors HAD (cf. supra) le nombre de séjour est en baisse (-77 RSS / -1%) ainsi que la valorisation T2A (-200k€ / -1,0%). Le nombre de RUM quant à lui augmente traduisant ainsi des mutations inter-unités plus nombreuses en 2016, notamment en pédiatrie.

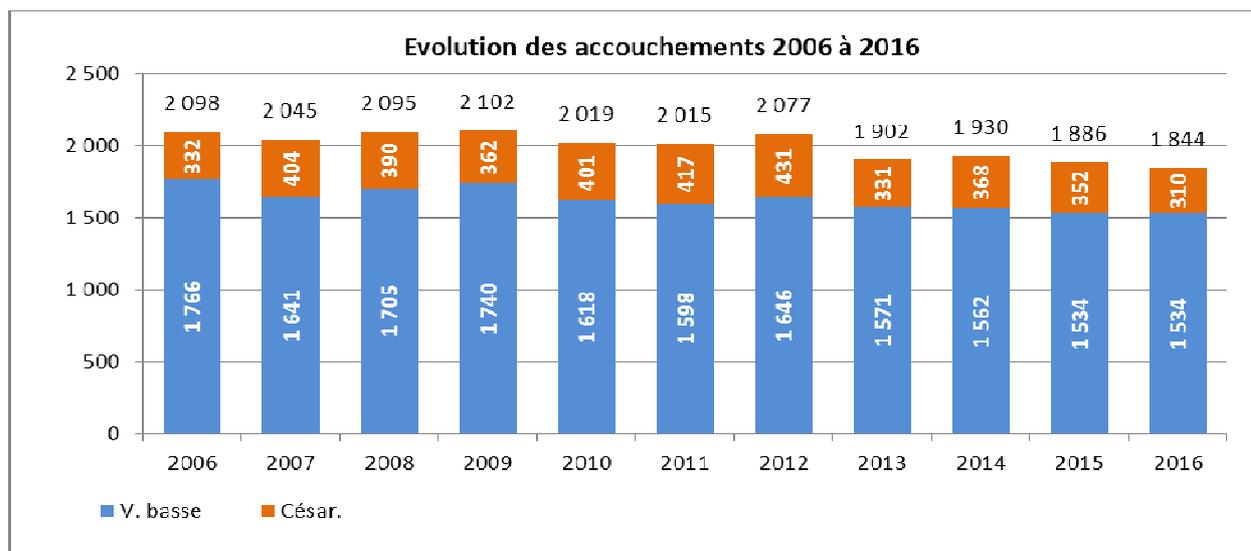
Période de Janvier à Décembre 2016 - extraction du 06/03/2017

Séjours - Séances incluses	RUM 2016	RUM 2015	Evol en Nb	Evol %	T2A 2016	T2A 2015	Evol T2A	Evol T2A %	PMCT 2016	PMCT 2015	Evol PMCT	Evol en %
☑ Pôle femme - enfant - HAD	8 677	8 557	120	1%	15 546 770 €	15 746 774 €	-200 004 €	-1%	1 792 €	1 840 €	-48,50 €	-3%
☑ Maternité	5 169	5 178	↓ -9	0%	7 933 229 €	7 998 105 €	↓ -64 876 €	-1%	1 535 €	1 545 €	-9,86 €	-1%
Obstétrique	3 945	4 036	-91	-2%	6 061 242 €	6 278 677 €	-217 435 €	-3%	1 536 €	1 556 €	-19,23 €	-1%
Orthogénie	189	166	23	14%	120 570 €	107 793 €	12 777 €	12%	638 €	649 €	-11,42 €	-2%
SIG-Gynécologie	1 035	976	59	6%	1 751 417 €	1 611 635 €	139 782 €	9%	1 692 €	1 651 €	40,92 €	2%
☑ Néonatalogie	1 027	991	↑ 36	4%	3 620 465 €	3 992 415 €	↓ -371 950 €	-9%	3 525 €	4 029 €	-503,39 €	-12%
Néo Natologie Réa HC	191	173	18	10%	1 475 618 €	1 812 269 €	-336 651 €	-19%	7 726 €	10 476 €	-2 749,79 €	-26%
Néo Natologie SC HC	454	414	40	10%	991 610 €	899 240 €	92 370 €	10%	2 184 €	2 172 €	12,09 €	1%
Néo Natologie SI HC	382	404	-22	-5%	1 153 237 €	1 280 906 €	-127 669 €	-10%	3 019 €	3 171 €	-151,61 €	-5%
☑ Pédiatrie	2 481	2 388	↑ 93	4%	3 993 076 €	3 756 254 €	↑ 236 822 €	6%	1 609 €	1 573 €	36,49 €	2%
Pédiatrie HC	1 470	1 428	42	3%	2 474 586 €	2 262 557 €	212 029 €	9%	1 683 €	1 584 €	98,97 €	6%
Pédiatrie HDJ	372	378	-6	-2%	162 819 €	173 848 €	-11 029 €	-6%	438 €	460 €	-22,23 €	-5%
Pédiatrie SC	639	582	57	10%	1 355 671 €	1 319 849 €	35 822 €	3%	2 122 €	2 268 €	-146,23 €	-6%

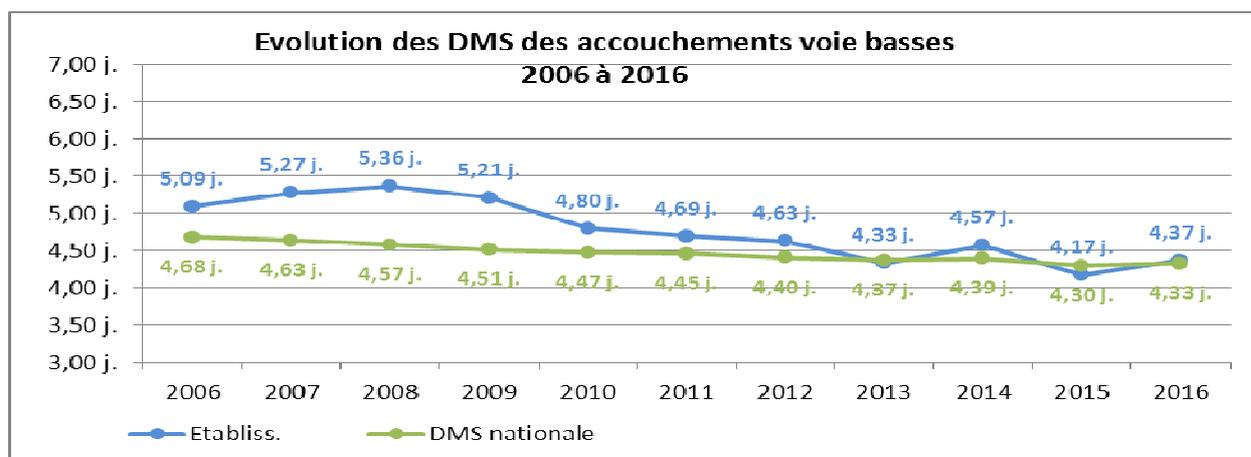
A - Maternité

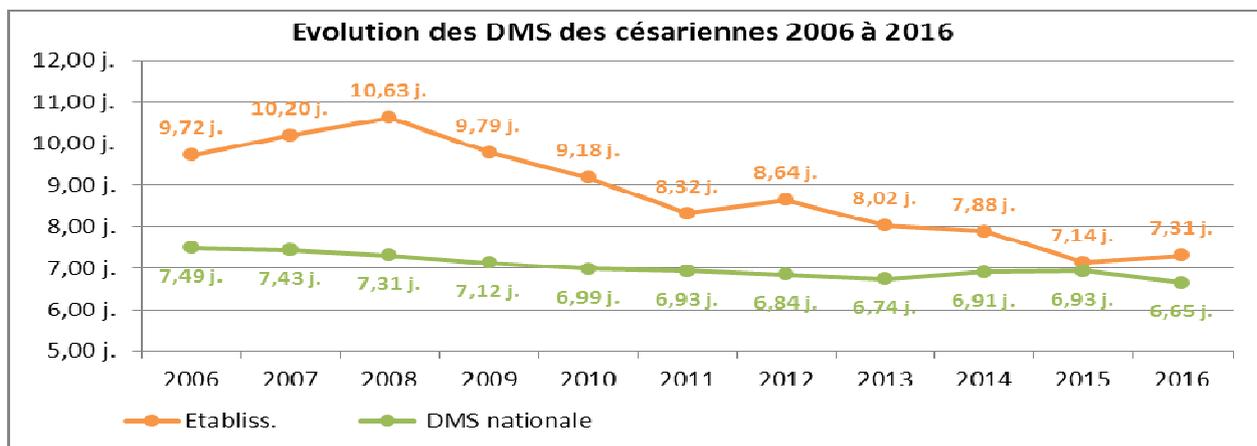
Sur la pente descendante depuis plusieurs années, l'activité de gynécologie-obstétrique continue de diminuer -39 séjours (-0,8%) et -55k€ (-0,8%) pour atteindre tout juste 7,9M€ de valorisation T2A.

Le nombre d'accouchement ne cesse de décroître depuis plus de 10 ans et reste sous la barre des 2000 accouchements pour la 4^{ème} année consécutive. En revanche les parts de marché sur la zone d'attractivité du CHPC restent encore inchangées (>95%), preuve que l'activité obstétricale est très corrélée à la démographie du bassin de population du Cotentin.



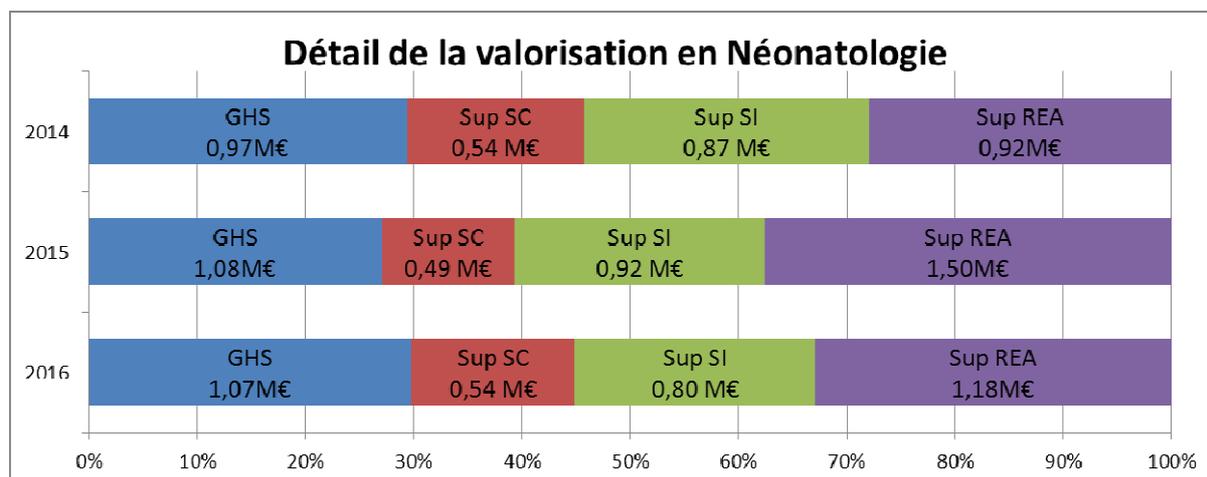
La recherche de l'efficience dans les prises en charge a permis de réduire les durées de séjours pour atteindre des DMS proche des standards nationaux. Néanmoins, on remarque une inversion de la tendance en 2016 notamment sur les césariennes (IPDMS = 1,10 en 2016 vs 1,03 en 2015).





B - Néonatalogie

L'activité de néonatalogie progresse, malgré la neutralisation de 3 lits de soins intensifs depuis l'été 2015, de 2% en volume à 578 séjours sur l'année, au contraire la valorisation chute de -9,3% soit -372k€.



Néanmoins l'année 2015 est un peu particulière, avec des profils de nouveau-nés plus complexes. En se référant à l'année 2014, l'évolution des séjours est de +3% (+18 séjours) et la valorisation progresse de 10% (+330k€), essentiellement lié à l'augmentation du nombre de journées avec supplément REA.

Plusieurs facteurs expliquent cette évolution. En premier lieu, la diminution du nombre de journées avec supplément REA (-335 journées (équivalent 1 lit) et -309k€) mais également les soins intensifs (-249 jours et -116k€).

On observe également une forte croissance des séjours extrêmes Hauts (c'est-à-dire des séjours dépassant les bornes hautes des GHM et pour lesquels un tarif minoré est appliqué) +35% avec néanmoins, peu d'impact sur l'IPDMS du service puisqu'en amélioration à 1.04 contre 1.05 en 2015.

C – Pédiatrie

Très soumise à l'activité des urgences (+80% des entrées via les urgences), la pédiatrie a vu son nombre de séjours se stabiliser entre 2016 et 2015 à 2 326 séjours (-0,60%). En revanche la valorisation progresse sensiblement de 237k€ +6,3%.

Des évolutions dans les prises en charge sont à noter notamment les séances de chimiothérapie (+69%) et les Bronchites, bronchiolites et asthme (+36%). Pour ces dernières la part de sévérités 3 et 4 a plus que doublé en 2016 et influe directement sur l'augmentation des recettes T2A.

53

Groupe d'activité	Effectif 2016	Effectif 2015	ecart	ecart %
Bronchites, bronchiolites et asthme	419	307	112	36%
Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif	215	269	-54	-20%
Névroses, psychoses et autres troubles mentaux	150	154	-4	-3%
Trauma crâniens	144	119	25	21%
Infections respiratoires	110	103	7	7%
Infections ORL	99	111	-12	-11%
Infections reins et voies urinaires, lithiases	90	83	7	8%
Iatrogénie, intoxic médicamenteuses et chimiques	81	72	9	13%
Séances : chimiothérapie non tumorale	76	45	31	69%
Intervention peau et tissu sous-cutané	71	50	21	42%
Séances : chimiothérapie	64	58	6	10%
Symptômes digestifs	63	60	3	5%
Traumatismes du bassin et des membres	56	39	17	44%
Allergologie	55	62	-7	-11%
Diabète	55	34	21	62%
Maladies virales et fièvres d'origine inconnue	50	48	2	4%
Convulsions, épilepsie	44	68	-24	-35%
Amygdalectomies, VG, drains transT	43	37	6	16%
Appendicectomies	43	37	6	16%
Cardiologie autres	35	41	-6	-15%
Signes et symptômes	34	51	-17	-33%
Chirurgie du membre supérieur (hors prothèses)	33	47	-14	-30%
Suivi therap.d'affections connues	30	27	3	11%
Toxicomanies et alcoolisme	30	29	1	3%
Infections peau et tissu sous-cutané	25	15	10	67%

Au global, la sévérité 3 a progressé de 1155% soit + 245 K€ et la sévérité 4 de 1774% soit + 114 K€ traduisant une plus grande lourdeur de cas traités et donc valorisés comme telle.

5.2.2 - Pôle médico-chirurgical

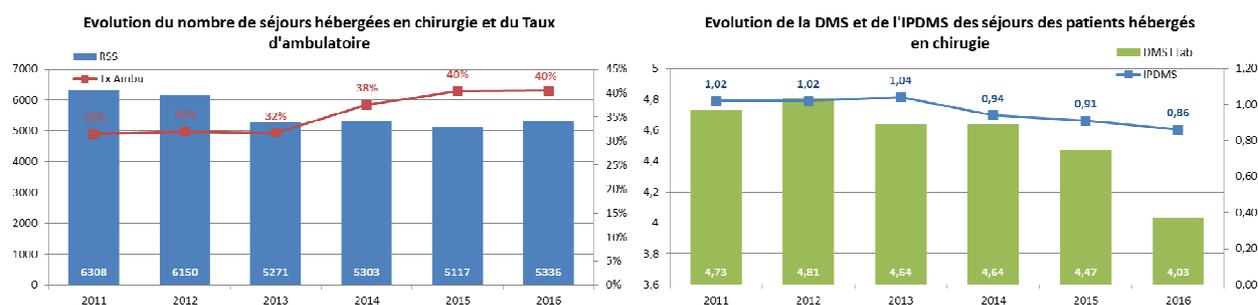
Avec un capacitaire diminué de 11 lits entre 2015 et 2016 (hors UTH), l'activité globale du pôle se maintient. Seule la pneumologie, avec une capacité réduite à 28 lits en 2016 (-7 lits) perd 33% de son activité lié, en partie, au passage des polygraphies respiratoires en externe (dépistage des apnées du sommeil).

Période de Janvier à Décembre 2016 - extraction du 06/03/2017

Séjours - Séances incluses	RUM 2016	RUM 2015	Evol en Nb	Evol %	T2A 2016	T2A 2015	Evol T2A	Evol T2A %	PMCT 2016	PMCT 2015	Evol PMCT	Evol en %
Pôle médico-chirurgical	15 064	15 012	52	0%	24 548 624 €	23 973 286 €	575 338 €	2%	1 630 €	1 597 €	32,68 €	2%
Chirurgie hospi	5 676	5 365	311	6%	12 514 543 €	11 840 920 €	673 623 €	6%	2 205 €	2 207 €	-2,25 €	0%
Chirurgie ambulatoire	1 941	1 838	103	6%	1 853 727 €	1 782 935 €	70 792 €	4%	955 €	970 €	-15,00 €	-2%
Chirurgie HS	856	930	-74	-8%	1 479 511 €	1 394 211 €	85 300 €	6%	1 728 €	1 499 €	229,25 €	15%
Chirurgie HC	2 879	2 597	282	11%	9 181 305 €	8 663 774 €	517 531 €	6%	3 189 €	3 336 €	-147,01 €	-4%
Hépatogastro	1 854	1 721	133	8%	3 814 063 €	3 650 982 €	163 081 €	4%	2 057 €	2 121 €	-64,22 €	-3%
Hépatogastro HC	1 854	1 721	133	8%	3 814 063 €	3 650 982 €	163 081 €	4%	2 057 €	2 121 €	-64,22 €	-3%
Oncologie	5 699	5 350	349	7%	4 058 670 €	3 939 732 €	118 938 €	3%	712 €	736 €	-24,23 €	-3%
Oncologie HC	512	565	-53	-9%	1 789 869 €	1 777 051 €	12 818 €	1%	3 496 €	3 145 €	350,61 €	11%
Oncologie HDJ	4 836	4 393	443	10%	1 909 248 €	1 762 879 €	146 369 €	8%	395 €	401 €	-6,49 €	-2%
Oncologie HS	351	392	-41	-10%	359 553 €	399 802 €	-40 249 €	-10%	1 024 €	1 020 €	4,46 €	0%
Pneumologie	1 720	2 561	-841	-33%	3 995 902 €	4 512 240 €	-516 338 €	-11%	2 323 €	1 762 €	561,29 €	32%
Pneumologie	904	972	-68	-7%	3 099 539 €	3 461 651 €	-362 112 €	-10%	3 429 €	3 561 €	-132,68 €	-4%
Pneumologie de semaine	816	1 589	-773	-49%	896 363 €	1 050 589 €	-154 226 €	-15%	1 098 €	661 €	437,32 €	66%
Unité transitoire d'hospitalisation	115	15	100	667%	165 446 €	29 412 €	136 034 €	463%	1 439 €	1 961 €	-522,14 €	-27%
UNITÉ TRANSITOIRE D'HOSPITALISATION	115	15	100	667%	165 446 €	29 412 €	136 034 €	463%	1 439 €	1 961 €	-522,14 €	-27%

A - Chirurgie

Après les restructurations ayant impacté l'année 2015 (fermeture de 15 lits à partir d'avril 2015 entres autres), la chirurgie a fonctionné, en 2016, avec son nouveau dimensionnement capacitaire (56 lits) quasiment en année pleine. Les efforts apportés sur l'augmentation des prises en charge en ambulatoire et la réduction des durées de séjours se traduisent concrètement dans les chiffres puisque la chirurgie ambulatoire a hébergé 103 séjours supplémentaire en 2016 (+6%), et l'hospitalisation complète a accueilli 282 séjours de plus (+11%). L'IPDMS est, pour la troisième année consécutive, inférieure à 1,00 (0,86 en 2016, 0,91 en 2015 et 0,94 en 2014).



La valorisation de ces séjours suit la même tendance, avec un gain de 673k€ (+6%) sur l'ensemble du service.

Les principales activités en hospitalisation complètes sont en progression hormis l'ORL et la stomatologie.

disciplines	Effectif 2016	Effectif 2015	Ecart	Ecart %	CA T2A 2016	CA T2A 2015	Ecart CA	Ecart CA %	CA moyen 2016	CA moyen 2015	Ecart CA moy	Ecart % CA moy
Orthopédie traumatologie	1 339	1 183	156	13%	4 708 469 €	4 352 192 €	356 277 €	8%	3 516 €	3 679 €	-163 €	-4%
Digestif	1 296	1 194	102	9%	3 902 030 €	3 582 206 €	319 824 €	9%	3 011 €	3 000 €	11 €	0%
ORL, Stomatologie	299	362	-63	-17%	438 665 €	610 859 €	-172 194 €	-28%	1 467 €	1 687 €	-220 €	-13%
Tissu cutané et tissu sous-cutané	106	140	-34	-24%	194 198 €	291 207 €	-97 009 €	-33%	1 832 €	2 080 €	-248 €	-12%
Activités inter spécialités, suivi	104	109	-5	-5%	270 209 €	292 344 €	-22 135 €	-8%	2 598 €	2 682 €	-84 €	-3%
Endocrinologie	69	28	41	146%	195 750 €	76 058 €	119 692 €	157%	2 837 €	2 716 €	121 €	4%

Même constat pour la Chirurgie ambulatoire, le Digestif et l'Ortho-traumatologie qui progressent sensiblement, au contraire de l'ORL – Stomatologie.

disciplines	Effectif 2016	Effectif 2015	Ecart	Ecart %	CA T2A 2016	CA T2A 2015	Ecart CA	Ecart CA %	CA moyen 2016	CA moyen 2015	Ecart CA moy	Ecart % CA moy
Digestif	623	466	157	34%	653 141 €	450 234 €	202 907 €	45%	1 048 €	966 €	82 €	9%
Orthopédie traumatologie	609	522	87	17%	762 520 €	642 113 €	120 407 €	19%	1 252 €	1 230 €	22 €	2%
ORL, Stomatologie	316	415	-99	-24%	259 899 €	384 888 €	-124 989 €	-32%	822 €	927 €	-105 €	-11%
Uro-néphrologie et génital	160	159	1	1%	162 002 €	156 638 €	5 364 €	3%	1 013 €	985 €	27 €	3%
Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	153	169	-16	-9%	139 832 €	133 634 €	6 198 €	5%	914 €	791 €	123 €	16%
Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	104	91	13	14%	110 816 €	108 908 €	1 908 €	2%	1 066 €	1 197 €	-131 €	-11%
Obstétrique	87	104	-17	-16%	13 543 €	11 925 €	1 618 €	14%	156 €	115 €	41 €	36%
Gynécologie - sein	61	41	20	49%	75 707 €	46 882 €	28 825 €	61%	1 241 €	1 143 €	98 €	9%
Tissu cutané et tissu sous-cutané	24	88	-64	-73%	25 294 €	137 298 €	-112 004 €	-82%	1 054 €	1 560 €	-506 €	-32%

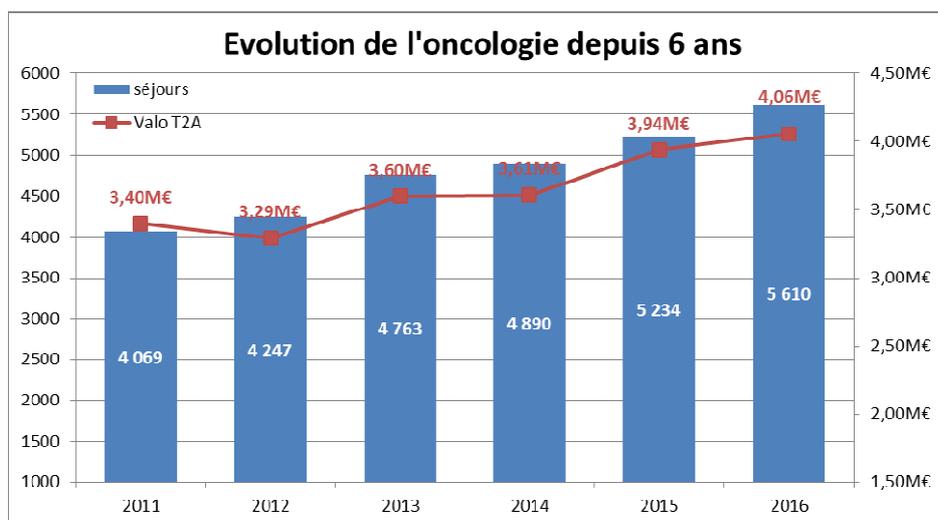
B - Hépto-Gastro-Entérologie

Le service d'hépto-gastro-entérologie dispose de 24 lits dont 4 sont dédiés à l'hospitalisation programmée. Cela a favorisé la maîtrise des durées de séjours puisque l'IPDMS passe de 1,06 en 2015 à 1,03 en 2016 (1,15 en 2014) et a permis d'accueillir 126 séjours supplémentaires (+7%) tout en conservant un taux d'occupation optimal à 93%.

Principales évolutions :	Effectif 2016	Effectif 2015	evol effectif	evol eff%	CA T2A 2016	CA T2A 2015	evol ca	evol CA%	CA moyen 2016	CA moyen 2015	evol ca moyen	evol CA moyen%
Affections hépatiques sévères et affections du pancréas	132	107	25	23%	448 643 €	381 147 €	67 496 €	18%	3 399 €	3 562 €	-163 €	-5%
Autres affections hépatiques, voies biliaires	82	58	24	41%	202 672 €	193 931 €	8 741 €	5%	2 472 €	3 344 €	-872 €	-26%
Autres Maladies immunitaires, du Sang, des Organes hématopoïétiques, Tumeurs siège imprécis ou diffus	140	129	11	9%	336 507 €	308 573 €	27 934 €	9%	2 404 €	2 392 €	12 €	0%
Endoscopies digestives avec ou sans anesthésie	199	160	39	24%	130 625 €	103 969 €	26 656 €	26%	656 €	650 €	7 €	1%
Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours	80	45	35	78%	65 570 €	36 944 €	28 626 €	77%	820 €	821 €	-1 €	0%
Explorations et surveillance pour affections de l'appareil digestif, du système hépatobiliaire et du pancréas	48	28	20	71%	40 863 €	24 151 €	16 712 €	69%	851 €	863 €	-11 €	-1%
Gastro-entérites et affections du tube digestif	90	71	19	27%	169 994 €	117 562 €	52 432 €	45%	1 889 €	1 656 €	233 €	14%
Hépatites, cirrhoses	78	65	13	20%	309 296 €	227 191 €	82 105 €	36%	3 965 €	3 495 €	470 €	13%
Symptômes digestifs	162	151	11	7%	246 732 €	230 338 €	16 394 €	7%	1 523 €	1 525 €	-2 €	0%
Autres affections digestives	116	132	-16	-12%	217 127 €	244 096 €	-26 969 €	-11%	1 872 €	1 849 €	23 €	1%
Signes et symptômes	82	99	-17	-17%	82 131 €	117 158 €	-35 027 €	-30%	1 002 €	1 183 €	-182 €	-15%
Ulcères, hémorragies digestives	136	143	-7	-5%	340 276 €	350 601 €	-10 325 €	-3%	2 502 €	2 452 €	50 €	2%

C - Oncologie

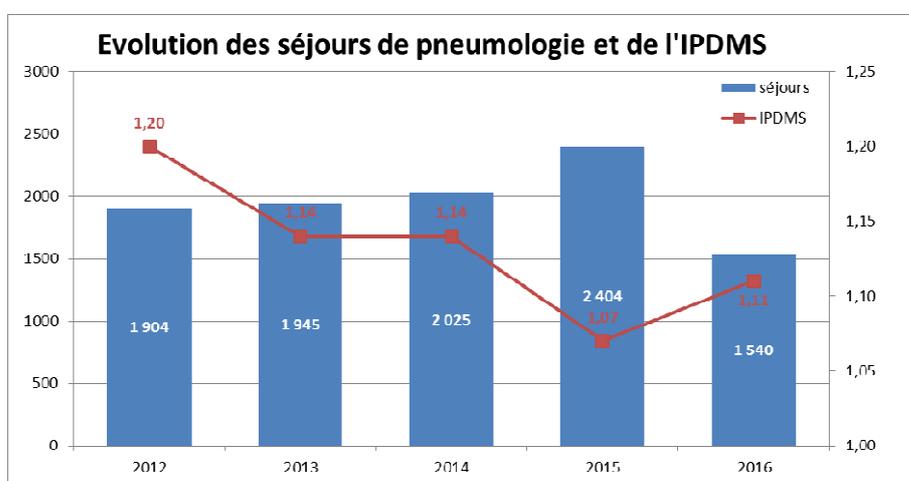
Sans cesse en développement, l'activité d'oncologie voit son nombre de séjours, en 2016, croître de 7% à 5 610 RSS et sa valorisation de +3% à 4,05M€. Sur 6 ans se sont un peu plus de 1500 séances supplémentaires (+27%) et près de 600k€ de recette générées en plus (+16%).



D - Pneumologie

La mise en place d'un capacitaire saisonnier a été actée en 2016. Ainsi, de janvier à Mars le nombre de lits disponibles est d'environ 35 lits puis le reste de l'année 25 lits dont 5 lits ouvert 5j/7. En année pleine, la Pneumologie aura baissé de 7 lits (en équivalent lit sur 365 jours) son capacitaire total par rapport à 2015.

D'autre part, une majorité des explorations nocturnes ne sont plus réalisées en hospitalisation mais en consultation externe. Ainsi la baisse constatée entre les 2 années est essentiellement liée à cette activité. A noter également la dégradation de l'IPDMS en 2016 après plusieurs années de baisses successives.



E - Radiothérapie

L'autorisation d'exercice a été transférée au Centre François Baclesse en février 2014 et une convention lie les établissements. A ce titre les recettes d'activité sont reversées au CHPC qui supporte l'ensemble des charges.

Pour 2016, le nombre de séance a diminué de 0,4% (9651 séances en 2016 et 9686 séances en 2015) et la valorisation 100% T2A de ces séances reste stable à 1,6M€.

5.2.3 - Pôle Services de médecine intensive

Au global, l'activité du pôle progresse de 4% (+752 RUM) et de 236 k€ (+ 1%) en recettes T2A. Cette évolution est portée exclusivement par l'augmentation des séances de dialyse (+ 11%) et des lits portés aux urgences (UHCD Cherbourg).

Période de Janvier à Décembre 2016 - extraction du 06/03/2017

Séjours - Séances incluses	RUM 2016	RUM 2015	Evol en Nb	Evol %	T2A 2016	T2A 2015	Evol T2A	Evol T2A %	PMCT 2016	PMCT 2015	Evol PMCT	Evol en %
Pôle Services de médecine intensive	21 130	20 378	752	4%	24 834 972 €	24 598 714 €	236 258 €	1%	1 175 €	1 207 €	-31,78 €	-3%
Cardiologie	2 582	2 702	-120	-4%	6 796 320 €	6 899 278 €	-102 958 €	-1%	2 632 €	2 553 €	78,80 €	3%
Cardiologie HC	1 008	779	229	29%	2 018 371 €	1 870 309 €	148 062 €	8%	2 002 €	2 401 €	-398,56 €	-17%
Cardiologie HS	4	505	-501	-99%	2 293 €	436 716 €	-434 423 €	-99%	573 €	865 €	-291,53 €	-34%
Cardiologie SC	318	317	1	0%	953 285 €	925 649 €	27 636 €	3%	2 998 €	2 920 €	77,72 €	3%
Cardiologie SI	1 252	1 101	151	14%	3 822 371 €	3 666 604 €	155 767 €	4%	3 053 €	3 330 €	-277,24 €	-8%
Dialyse	10 681	9 630	1 051	11%	3 318 146 €	3 076 732 €	241 414 €	8%	311 €	319 €	-8,84 €	-3%
Hémodialyse HDJ	6 698	6 678	20	0%	2 300 728 €	2 321 063 €	-20 335 €	-1%	343 €	348 €	-4,07 €	-1%
UDM	3 983	2 952	1 031	35%	1 017 418 €	755 669 €	261 749 €	35%	255 €	256 €	-0,55 €	0%
Néphrologie	936	932	4	0%	2 111 250 €	2 138 217 €	-26 967 €	-1%	2 256 €	2 294 €	-38,62 €	-2%
Néphrologie	936	932	4	0%	2 111 250 €	2 138 217 €	-26 967 €	-1%	2 256 €	2 294 €	-38,62 €	-2%
Neurologie	1 850	2 226	-376	-17%	5 594 625 €	5 864 217 €	-269 592 €	-5%	3 024 €	2 634 €	389,70 €	15%
Neurologie HC	538	445	93	21%	1 327 271 €	1 205 932 €	121 339 €	10%	2 467 €	2 710 €	-242,91 €	-9%
Neurologie HS	1	622	-621	-100%	202 €	444 509 €	-444 307 €	-100%	202 €	715 €	-512,64 €	-72%
Neurologie SC	692	558	134	24%	2 690 092 €	2 659 108 €	30 984 €	1%	3 887 €	4 765 €	-878,01 €	-18%
Neurologie SI	619	601	18	3%	1 577 060 €	1 554 668 €	22 392 €	1%	2 548 €	2 587 €	-39,05 €	-2%
Réanimation	578	593	-15	-3%	4 097 363 €	4 175 489 €	-78 126 €	-2%	7 089 €	7 041 €	47,57 €	1%
Réanimation polyvalente	578	593	-15	-3%	4 097 363 €	4 175 489 €	-78 126 €	-2%	7 089 €	7 041 €	47,57 €	1%
Urgences	4 503	4 295	208	5%	2 917 268 €	2 444 781 €	472 487 €	19%	648 €	569 €	78,63 €	14%
Lits Portes	4 073	3 774	299	8%	2 316 791 €	1 900 474 €	416 317 €	22%	569 €	504 €	65,25 €	13%
Médecine U	430	314	116	37%	600 477 €	420 129 €	180 348 €	43%	1 396 €	1 338 €	58,47 €	4%
UHCD Valognes	0	207	-207	-100%	0 €	124 178 €	-124 178 €	-100%		600 €		

A - Cardiologie

Après une année 2015 en augmentation, 2016 constate de nouveau une baisse d'activité. Avec 5 lits neutralisés en début d'année (fermeture de 7 lits d'Hds puis augmentation de 2 lits du capacitaire en HC), le nombre de séjours a accusé une baisse de 50 séjours (-2,4%) à 2005 séjours en 2016.

La valorisation des séjours baisse de façon plus modérée, -100k€ (-1,4%). L'évolution des séjours de type Coronaropathies (+136RUM / +78%) et de leur sévérités plus élevées en 2016 (augmentation sévérités 2 et 3, +50% chaque) ont permis de limiter l'impact de la baisse de fréquentation.

	RUM 2016	RUM 2015	Ecart RUM		CA T2A 2016	CA T2A 2015	Ecart CA T2A	
Coronaropathies	310	174	136	78%	766 861 €	382 349 €	384 512 €	101%
Affections cardiovasculaires sans acte opératoire de la CMD 05, avec anesthésie, en ambulatoire	78	1	77	7700%	50 800 €	651 €	50 149 €	7703%
Cardiopathies, valvulopathies	700	657	43	7%	2 097 143 €	1 904 191 €	192 952 €	10%
Stimulateurs / défibrillateurs cardiaques	263	243	20	8%	1 023 208 €	874 327 €	148 881 €	17%
Affections respiratoires, autres	24	12	12	100%	38 520 €	30 405 €	8 115 €	27%
Embolies pulmonaires et détresses respiratoires	115	105	10	10%	323 257 €	361 093 €	-37 836 €	-10%
Troubles du rythme/conduction	225	256	-31	-12%	344 793 €	402 761 €	-57 968 €	-14%
Cathétérismes diagnostiques vasculaires et coronariens	95	139	-44	-32%	276 747 €	378 574 €	-101 827 €	-27%
Cardiologie autres	237	282	-45	-16%	442 346 €	529 610 €	-87 264 €	-16%
Infections respiratoires	51	102	-51	-50%	134 517 €	214 513 €	-79 996 €	-37%
Hypertension artérielle	171	301	-130	-43%	522 058 €	837 050 €	-314 992 €	-38%

B – Dialyse et Néphrologie

En évolution constante depuis 2012 les services de néphrologie et de dialyse arrivent à leur pic d'activité en 2016.

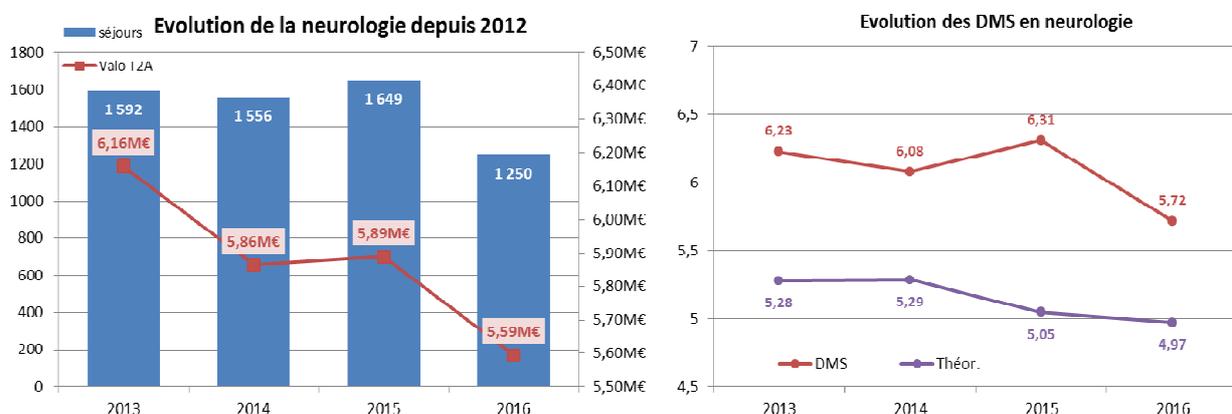
Séjours - Séances incluses	RUM 2016	RUM 2015	Evol en Nb	Evol %	T2A 2016	T2A 2015	Evol T2A	Evol T2A %	PMCT 2016	PMCT 2015	Evol PMCT	Evol en %
Pôle Services de médecine intensive	21 130	20 378	752	4%	24 834 972 €	24 598 714 €	236 258 €	1%	1 175 €	1 207 €	-31,78 €	-3%
Dialyse	10 681	9 630	1 051	11%	3 318 146 €	3 076 732 €	241 414 €	8%	311 €	319 €	-8,84 €	-3%
Hémodialyse HDJ	6 698	6 678	20	0%	2 300 728 €	2 321 063 €	-20 335 €	-1%	343 €	348 €	-4,07 €	-1%
UDM	3 983	2 952	1 031	35%	1 017 418 €	755 669 €	261 749 €	35%	255 €	256 €	-0,55 €	0%
Néphrologie	936	932	4	0%	2 111 250 €	2 138 217 €	-26 967 €	-1%	2 256 €	2 294 €	-38,62 €	-2%
Néphrologie	936	932	4	0%	2 111 250 €	2 138 217 €	-26 967 €	-1%	2 256 €	2 294 €	-38,62 €	-2%

Seule l'UDM qui a ouvert de nouveaux créneaux en cours d'année 2015, et dont les effets se font sentir en année pleine en 2016, voit son activité croître de 35%.

Pour la néphrologie, si le nombre de séjours est constant entre 2016 et 2015, la part des séances de chimiothérapie est plus importante en 2016. Avec un CA moyen plus faible que les prise en charge en hospitalisation complète, l'impact de cette évolution se ressent dans la valorisation (-27k€ / -1%).

C - Neurologie

Après une année 2015 de rebond, l'année 2016, marquée par des fermetures de lits (fermeture de l'HdS en janvier 2017 -6lits, et de 2 lits de Soins continus) accuse une chute de son nombre de séjour de 24% (-400 séjours). Pour la moitié d'entre eux, il s'agit de chimiothérapie désormais prises en charge dans l'unité de jour commune au Pôle M, pour le reste on observe une diminution des explorations et surveillance (-100% soit -62 séjours), notamment liées aux examens de contrôle après chimiothérapie, ainsi que des prises en charges pour douleur chronique rebelles

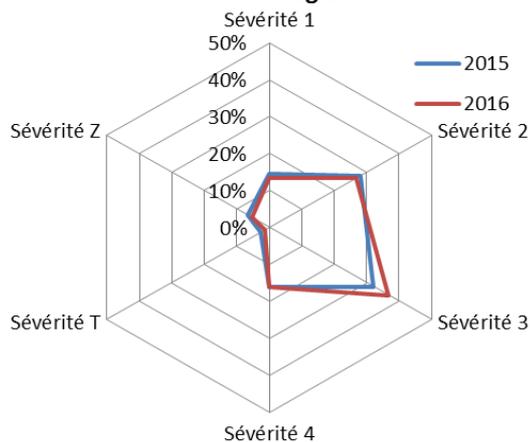


(-82% soit -46 séjours).

Hormis en 2015, les durées de séjours sont en constante décroissance et se rapprochent des standards nationaux mais restent cependant perfectibles (IPDMS à 1,15 en 2016). Cette amélioration de l'IPDMS est en partie due à la forte réduction des séjours extrêmes Hauts (-17 séjours / -30%). Avec un capacitaire réduit en 2016, 31 lits disponibles en 2016 versus 38 lits en 2015, le taux d'occupation reste malgré tout stable autour de 90%. Hors séances, le taux de rotation des lits s'est tout de même amélioré, 39,6 patients pour 1 lit en 2016 contre 38,2 patients en 2015.

S'agissant la valorisation T2A, même si la perte de recette est significative (-270k€ / -4,6%) elle reste contenue eu égard à la chute du nombre de séjours (-24%). Cela tient en 2 raisons. Premièrement, on observe une augmentation du CA moyen par séjour, 4 475€ en 2016 contre 3 556€ en 2015 (+26% / +919€ par séjour). Cette progression étant directement liée, d'une part, à l'absence, en 2016, de séance de chimiothérapie représentant un fort volume mais une valorisation unitaire faible, et d'autre part, à la forte progression du nombre de séjours valorisés en sévérités 3.

Evolution de la répartition des sévérités en Neurologie

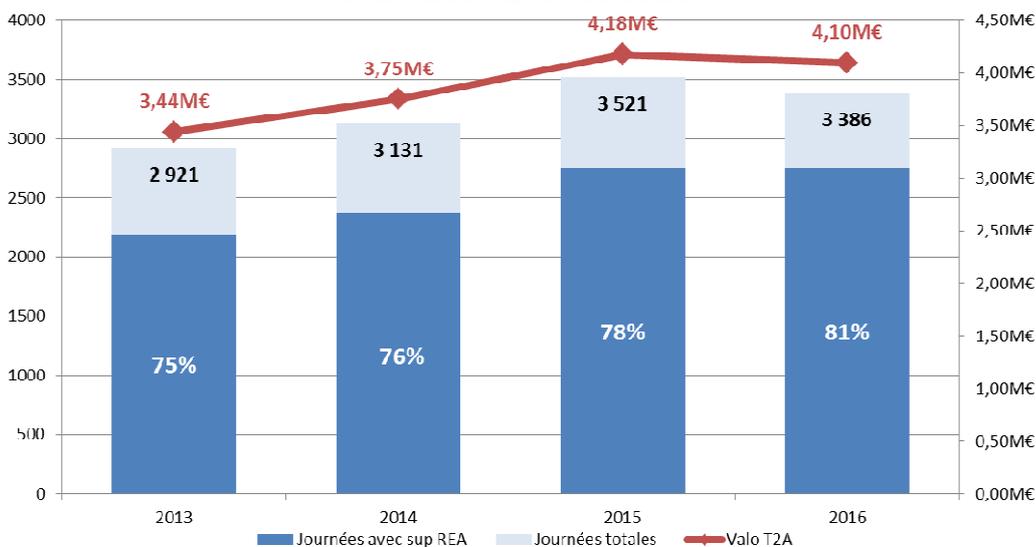


Enfin, la baisse très nette de supplément de surveillance continue (-167k€ et -511 journées), dont la réduction du nombre de lits fin 2016 n'a pas permis d'améliorer l'occupation (48 % en 2015, 39% en 2016), est le dernier et principal facteur de la diminution globale des recettes de la neurologie (-270k€)

D - Réanimation

Depuis 2013 la réanimation redynamise son activité tant en volume qu'en valorisation. 2016 marque un palier. Le nombre de séjours décroît de 2,6% soit -15 séjours et la valorisation suit la même tendance (-78k€ / -1,9%). Néanmoins la part de journées avec un supplément réanimation continue de progresser en 2016, ou 81% des journées en réanimation ont bénéficié d'un supplément de 801€/jour.

Evolution du nombre de journées totales dont la part avec supplément REA et la valorisation T2A en réanimation



5.2.4 - Pôle Spécialités médicales et SSR Gériatrique

Le capacitaire du pôle M a été de nouveau réduit de 5 lits entre 2015 et 2016 (-3 lits en RDED et -2 lits en MIMI). A noter également la fermeture de 14 lits (sur les 50) de la médecine polyvalente de la mi-juillet jusqu'à mi-septembre.

Sur l'ensemble du pôle le nombre de RUM augmente sensiblement (+9% / +498 RUM) et paradoxalement la valorisation chute de 2% (-286k€). Ceci provient essentiellement de l'augmentation des séances, chimiothérapie et transfusion notamment, +41% soit +562 séjours pour une valorisation en hausse de 207k€ +36%. A contrario, l'hospitalisation complète diminue légèrement, -65RUM soit -1,6%, mais perd 494k€ de CA T2A (-3,2%).

De fait, si en volume les séances représentent environ 34% de l'activité totale su pôle, en valorisation elles ne pèsent que pour 5% de la valorisation totale. L'évolution de ce type de prise en charge va donc impacter significativement le volume d'activité mais que très faiblement le CA T2A.

Période de Janvier à Décembre 2016 - extraction du 06/03/2017

Séjours - Séances incluses	RUM 2016	RUM 2015	Evol en Nb	Evol %	T2A 2016	T2A 2015	Evol T2A	Evol T2A %	PMCT 2016	PMCT 2015	Evol PMCT	Evol en %
Pôle Spécialités médicales et SSR gériatrique	5 936	5 438	498	9%	15 504 712 €	15 791 239 €	-286 527 €	-2%	2 612 €	2 904 €	-291,89 €	-10%
Médecine Alzheimer	103	97	6	6%	303 348 €	305 966 €	-2 618 €	-1%	2 945 €	3 154 €	-209,16 €	-7%
Médecine Alzheimer	103	97	6	6%	303 348 €	305 966 €	-2 618 €	-1%	2 945 €	3 154 €	-209,16 €	-7%
Médecine Gériatrique	892	957	-65	-7%	3 839 104 €	3 994 457 €	-155 353 €	-4%	4 304 €	4 174 €	129,99 €	3%
Médecine gériatrique HC	892	957	-65	-7%	3 839 104 €	3 994 457 €	-155 353 €	-4%	4 304 €	4 174 €	129,99 €	3%
Médecine polyvalente hospi	2 147	2 092	55	3%	8 403 072 €	8 435 144 €	-32 072 €	0%	3 914 €	4 032 €	-118,23 €	-3%
Médecine polyvalente Valognes	1 566	1 454	112	8%	6 406 185 €	6 072 228 €	333 957 €	5%	4 091 €	4 176 €	-85,43 €	-2%
MEDECINE INTERNE MALADIES INFECTIEUSES	581	638	-57	-9%	1 996 887 €	2 362 916 €	-366 029 €	-15%	3 437 €	3 704 €	-266,65 €	-7%
Pôle M HJ	1 869	1 326	543	41%	726 608 €	528 320 €	198 288 €	38%	389 €	398 €	-9,66 €	-2%
Pôle M HJ	1 869	1 326	543	41%	726 608 €	528 320 €	198 288 €	38%	389 €	398 €	-9,66 €	-2%
Rhumato-dermato...	916	958	-42	-4%	2 224 170 €	2 518 039 €	-293 869 €	-12%	2 428 €	2 628 €	-200,30 €	-8%
Pôle MHS	455	340	115	34%	686 074 €	552 712 €	133 362 €	24%	1 508 €	1 626 €	-117,77 €	-7%
Rhumato dermato...	461	618	-157	-25%	1 538 096 €	1 965 327 €	-427 231 €	-22%	3 336 €	3 180 €	156,29 €	5%
USMP	9	8	1	13%	8 410 €	9 313 €	-903 €	-10%	934 €	1 164 €	-229,68 €	-20%
Chambre securisee	9	8	1	13%	8 410 €	9 313 €	-903 €	-10%	934 €	1 164 €	-229,68 €	-20%

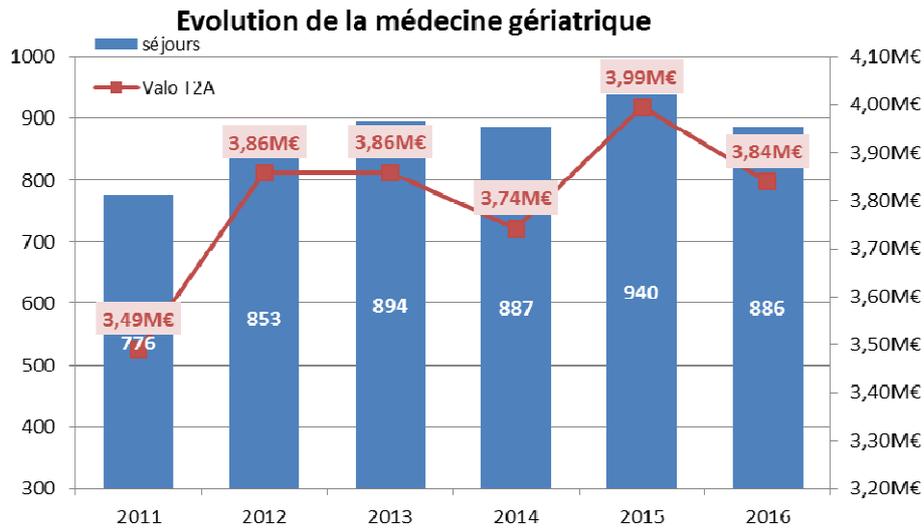
A – Unité Cognitivo-Comportementale (UCC)

Ouverte courant 2013 et d'une capacité de 2 lits, l'unité de médecine Alzheimer continue sa montée en charge en 2016. Le nombre de séjours (103) a progressé de +6%, la valorisation a quant à elle diminué légèrement (-2k€ / -0,8%). Cette diminution s'explique par la baisse cumulée des sévérités 2 et 4 non compensée par la progression des sévérités 3 et Z (explorations).

Avec une occupation moyenne des lits à 87% et une IPDMS à 0,83 la prise des patients est efficiente.

B - Médecine gériatrique

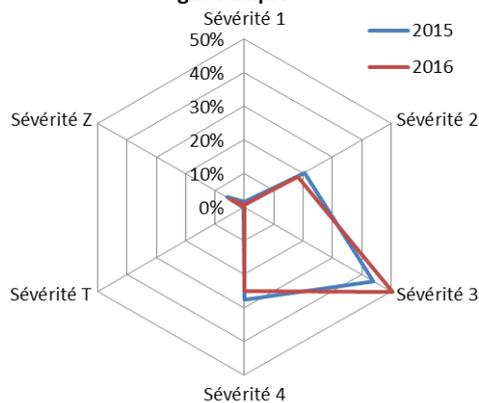
Après un rebond en 2015, la médecine gériatrique voit son niveau d'activité revenir au même niveau que les années 2013 et 2014.



Avec un CA moyen par séjour légèrement supérieur en 2016 (4 333€ en 2016 / 4 249€ en 2015) la baisse de la valorisation a ainsi pu être contenue (-155k€ / -3,9%) malgré une chute plus conséquente des séjours (-54 RSS / -5,7%).

Quelques évolutions sont notables, notamment au niveau des sévérités, ou la sévérité 3 progresse en 2016 (+180k€) mais au détriment des sévérités 2 (-117k€) et 4 (-135k€).

Evolution de la répartition des sévérités en médecine gériatrique



Si le case mix est relativement stable, il est à noter toutefois une augmentation significative des prises en charges pour Troubles métaboliques, nutritionnels et obésité (+47%) et Cardiologie autres (+55%). A contrario, on observe une baisse de 37% des autres Maladies immunitaires, du Sang, des Organes hématopoïétiques, Tumeurs siège imprécis ou diffus.

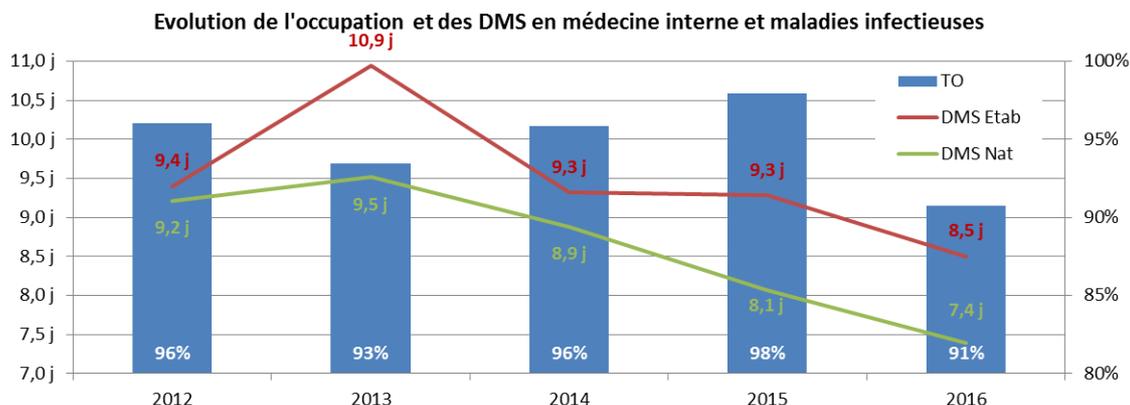
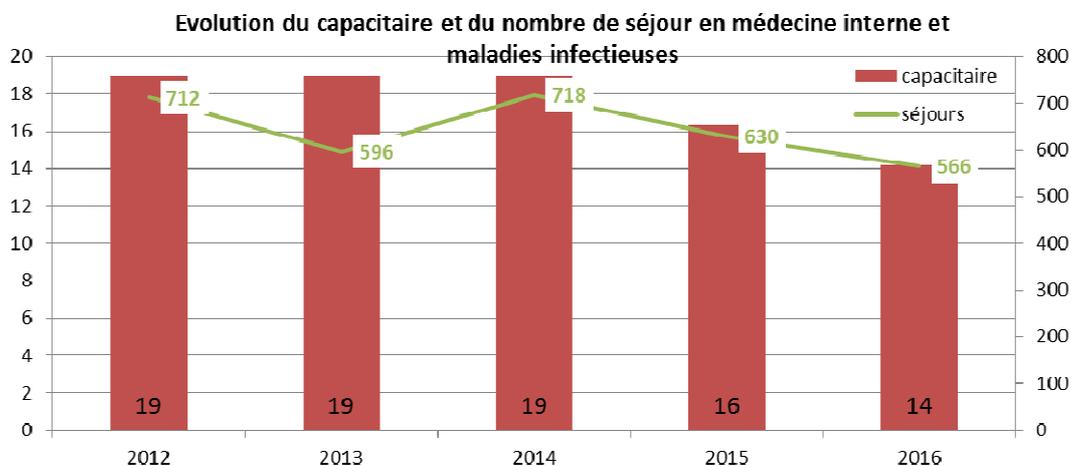
A signaler également, la dégradation constante de l'IPDMS : 2013 = 1.05 / 2014 = 1.11 / 2015 = 1.12 / 2016 = 1.18. S'agissant de l'année 2016, le confinement du service pendant 10 jours (en décembre 2016) lié à l'épisode grippal dégrade ainsi les chiffres annuels : l'activité a été réduite de moitié (environ 50 séjours) avec un IPDMS à 1.20.

La maîtrise des durées de séjours permettrait à la Médecine gériatrique d'accroître son volume d'activité.

Principales activités	RUM 2016	RUM 2015	Ecart RUM	Evol %	CA T2A 2016	CA T2A 2015	Ecart CA T2A	Evol CA %
Infections respiratoires	129	135	-6	-4%	600 151 €	605 885 €	-5 734 €	-1%
Névroses, psychoses et autres troubles mentaux	75	72	3	4%	318 525 €	310 645 €	7 880 €	3%
Autres affections rhumatologiques	53	56	-3	-5%	264 463 €	276 025 €	-11 562 €	-4%
Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux	52	53	-1	-2%	239 300 €	242 929 €	-3 629 €	-1%
Troubles métaboliques, nutritionnels et obésité	44	30	14	47%	159 771 €	104 580 €	55 191 €	53%
Cardiopathies, valvulopathies	43	46	-3	-7%	166 788 €	188 522 €	-21 734 €	-12%
Cardiologie autres	34	22	12	55%	119 807 €	76 043 €	43 764 €	58%
Infections reins et voies urinaires, lithiases	30	31	-1	-3%	119 766 €	127 541 €	-7 775 €	-6%
Autres affections du système nerveux	29	28	1	4%	115 817 €	102 353 €	13 464 €	13%
Autres Maladies immunitaires, du Sang, des Organes hématopoïétiques, Tumeurs siège imprécis ou diffus	26	41	-15	-37%	126 589 €	145 597 €	-19 008 €	-13%
Hypertension artérielle	24	22	2	9%	106 877 €	98 978 €	7 899 €	8%
Signes et symptômes	23	24	-1	-4%	82 401 €	90 658 €	-8 257 €	-9%
Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif	21	15	6	40%	61 409 €	53 380 €	8 029 €	15%

C - Médecine interne et maladies infectieuses

Avec des réductions successives de son capacitaire, (-4 lits en 2015, puis -2 lits en 2016) portant la capacité du service à 14 lits, l'activité s'est malheureusement affaïssée d'autant. L'occupation des lits reste optimale (sup à 90%) cependant, en 2016 comme en 2015, les 566 séjours (-10% ou -64 RSS) ont une IPDMS dégradée à 1,15 (contre 1.05 en 2014) soit 613 journées de plus que la moyenne nationale (ou 2 équivalents lits occupés). Même si la DMS de l'établissement baisse de près de 1 journée en 2016 (8,5j) l'IPDMS (1.15) est stable entre 2016 et 2015, traduisant ainsi des sévérités moins élevées en 2016. Augmentation de la part de la sévérité 1 (+21k€) et diminution des sévérités 2,3 et 4 (-385k€).



Ainsi les effets combinés de la baisse d'activité et des sévérités plus faibles entraînent une baisse du CA T2A du service de -366k€ (-15%).

Sur les principales activités du service, il est à noter une baisse significative, surtout en recette (-145k€), des prises en charge Digestives. La progression des Maladies infectieuses est notable d'autant plus que cette activité s'est interrompue avec l'absence temporaire de l'unique infectiologue au début du 4^{ème} trimestre 2016.

Domaines d'activité	Effectif 2016	Effectif 2015	Ecart eff	Ecart %	CA T2A 2016	CA T2A 2015	Ecart CA T2A	Ecart CA%
Pneumologie	109	116	-7	-6%	360 778 €	432 980 €	-72 202 €	-17%
Tissu cutané et tissu sous-cutané	86	69	17	25%	280 105 €	267 395 €	12 710 €	5%
Digestif	68	95	-27	-28%	168 123 €	313 880 €	-145 757 €	-46%
Rhumatologie	50	56	-6	-11%	200 981 €	218 400 €	-17 419 €	-8%
Maladies infectieuses (dont VIH)	45	37	8	22%	161 887 €	113 094 €	48 793 €	43%
Hématologie	37	34	3	9%	157 834 €	179 722 €	-21 888 €	-12%
Uro-néphrologie et génital	36	38	-2	-5%	112 369 €	119 972 €	-7 603 €	-6%
Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires)	33	48	-15	-31%	142 959 €	172 412 €	-29 453 €	-17%
Activités inter spécialités, suivi thérapeutique	25	16	9	56%	105 898 €	62 314 €	43 584 €	70%
Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires)	25	44	-19	-43%	66 057 €	135 442 €	-69 385 €	-51%
Endocrinologie	21	24	-3	-11%	60 611 €	79 865 €	-19 254 €	-24%

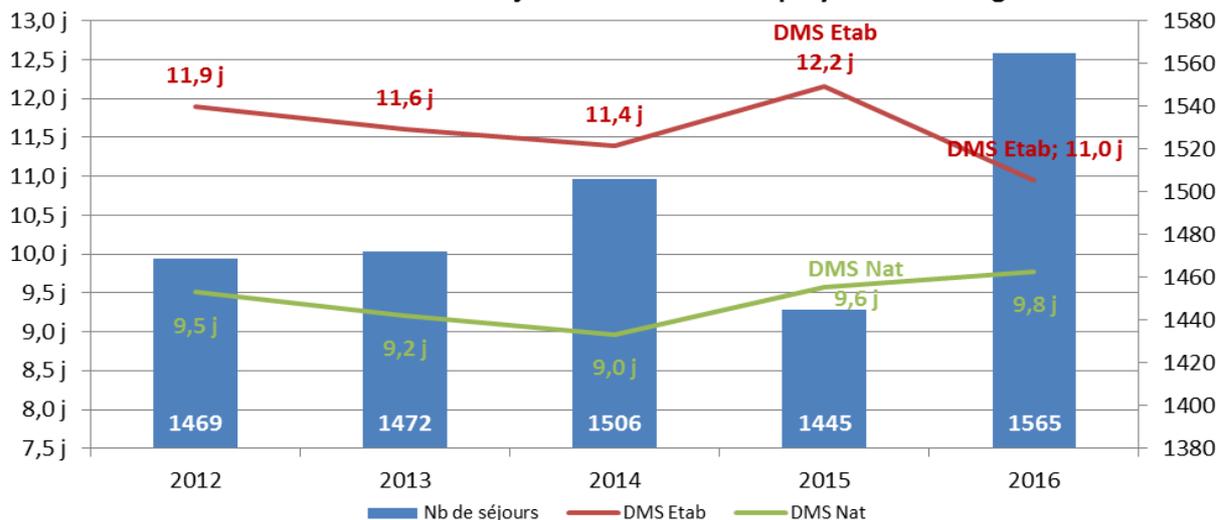
D - Médecine polyvalente Valognes

Avec un effectif médical restreint sur la période estivale, il a été décidé de fermer une des trois unités de médecine polyvalente (14 lits) de la mi-juillet à la mi-septembre. Malgré ce capacitaire réduit (environ 42 lits ouverts en moyenne annuelle versus 50 lits en 2015) l'activité a progressé de +8,3% (+120 séjours).

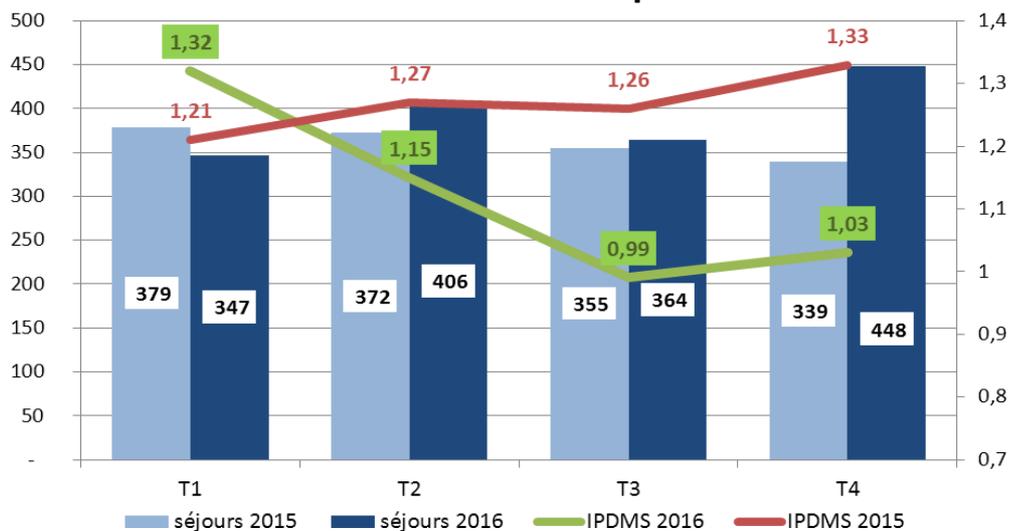
La réduction des durées de séjour pendant l'été 2016, améliorant ainsi l'IPDMS (0,99 sur le 3^{ème} trimestre 2016 versus 1.26 à la même époque en 2015), a permis de dégager plus de 967 journées supplémentaires permettant d'accueillir environ de 100 patients supplémentaires sur 3 mois (ou 1 patient de plus chaque jour), pourtant avec environ 14 lits de moins qu'en 2015.

De plus, en ne comparant que les séjours mono-unité des 2 années (c'est-à-dire entrés et sortis directement de médecine polyvalente), l'IPDMS 2016 est de 1,11 contre 1,21 en 2015. Sur le 4^{ème} trimestre 2016 (en dehors de la période de neutralisation des 14 lits) l'IPDMS des séjours mono-unités est de 1.03 contre 1.21 en 2015, les durées de séjours ont été réduites de 2,2j en moyenne permettant d'accueillir près de 190 séjours supplémentaires (+73%) et de dégager près de 700k€ de recette additionnelle sur le trimestre (+64%).

Evolution du nombre de séjours et des DMS en polyvalente Valognes



Evolution activité et IPDMS par trimestre



Concernant les recettes d'activité 2016, l'augmentation constatée en volume, liée à la maîtrise des durées de séjours, l'est également en valorisation : + 334k€ soit +5,5% (malgré un coût moindre, avec la fermeture de 14 lits sur 2 mois d'été).

5.2.5 - Pôle M - Hôpitaux de jour et de semaine

A - Hôpital de jour

L'activité de médecine ambulatoire progresse significativement en 2016 (+543 séjours / +41%), portée essentiellement par le développement des séances de chimiothérapie (+360 séances / +44% et de transfusion (+55 séances / +117%). Les recettes T2A suivent la même tendance avec +198k€ de valorisation supplémentaire (+38%).

Pôle M HdJ	Effectif 2016	Effectif 2015	Ecart eff	Ecart eff %	CA T2A 2016	CA T2A 2015	Ecart CA	Ecart CA %
Séances : chimiothérapie non tumorale	1169	809	360	44%	394 711 €	289 929 €	104 782 €	36%
Symptômes digestifs	217	136	81	60%	90 562 €	58 229 €	32 333 €	56%
Douleurs chroniques	61		61		27 070 €		27 070 €	
Séances : transfusion	102	47	55	117%	62 517 €	29 273 €	33 244 €	114%
Affections dégénératives du système nerveux	45	25	20	80%	21 662 €	11 807 €	9 855 €	83%
Signes et symptômes	87	103	-16	-16%	38 701 €	44 982 €	-6 281 €	-14%
Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux	131	153	-22	-14%	63 812 €	71 908 €	-8 096 €	-11%
Total général	1869	1326	543	41%	726 607 €	528 320 €	198 287 €	38%

B - Hôpital de semaine (hospitalisation programmée)

Ouverte en fin mars 2014 et d'une capacité de 6 lits ouverts 5j/7, l'hôpital de semaine commun au pôle M continue sa montée en charge. En 2016 l'unité a accueilli 453 séjours (+33% +114 RSS) pour 686k€ (+24% +133k€), avec une DMS de 2,8 jours (IPDMS à 0,96) et un taux d'occupation dépassant les 88%.

Les principales activités prises en charge que sont le diabète (89 séjours soit -5 RSS /-5%), les signes et symptômes (essentiellement pour Surveillance et conseils diététiques) (52 séjours +30 RSS/+136%) et les maladies osseuses et arthropathies (46 séjours soit -16 RSS /-26%). L'unité à diversifier ces activités avec notamment les prises en charge des affections nerfs crâniens (15 séjours) et de la douleur chronique (14 séjours).

Pôle M HdS	Effectif 2016	Effectif 2015	ecart eff	Ecart effe %	CA T2A 2016	CA T2A 2015	Ecart CA	Ecart CA %
Diabète	89	94	-5	-5%	175 993 €	206 652 €	-30 659 €	-15%
Signes et symptômes	52	22	30	136%	68 486 €	29 227 €	39 259 €	134%
Maladies osseuses et arthropathies	46	62	-16	-26%	62 451 €	83 558 €	-21 107 €	-25%
Cardiologie autres	33	32	1	3%	60 360 €	55 126 €	5 234 €	9%
Autres affections rhumatologiques	22	14	8	57%	25 874 €	31 966 €	-6 092 €	-19%
Affections nerfs crâniens / moëlle	15		15		13 303 €		13 303 €	
Douleurs chroniques	14		14		23 329 €		23 329 €	
Infections respiratoires	13	6	7	117%	17 836 €	3 955 €	13 881 €	351%
Affections peau et tissu sous-cutané	12	9	3	38%	17 825 €	19 091 €	-1 266 €	-7%
Autres Maladies immunitaires, du Sang, des Organes hématopoïétiques, Tumeurs siège imprécis ou diffus	12	12	0	0%	20 372 €	18 128 €	2 244 €	12%
Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif	11		11		11 822 €		11 822 €	
Infections peau et tissu sous-cutané	11	7	4	57%	12 488 €	6 473 €	6 015 €	93%
Libellé			0				0 €	
Affections de ante partum		7	-7	-100%		7 322 €	-7 322 €	-100%
Chimiothérapie non tumorale hors séances		9	-9	-100%		10 026 €	-10 026 €	-100%

Annexe 1 : Evolution de l'activité hospitalisation en MCO

Période de Janvier à Décembre 2016 - extraction du 06/03/2017

Séjours - Séances incluses	RUM 2016	RUM 2015	Evol en Nb	Evol %	T2A 2016	T2A 2015	Evol T2A	Evol T2A %	PMCT 2016	PMCT 2015	Evol PMCT	Evol en %
Pôle femme - enfant - HAD	8 677	8 557	120	1%	15 546 770 €	15 746 774 €	-200 004 €	-1%	1 792 €	1 840 €	-48,50 €	-3%
Maternité	5 169	5 178	-9	0%	7 933 229 €	7 998 105 €	-64 876 €	-1%	1 535 €	1 545 €	-9,86 €	-1%
Obstétrique	3 945	4 036	-91	-2%	6 061 242 €	6 278 677 €	-217 435 €	-3%	1 536 €	1 556 €	-19,23 €	-1%
Orthogénie	189	166	23	14%	120 570 €	107 793 €	12 777 €	12%	638 €	649 €	-11,42 €	-2%
SIG-Gynécologie	1 035	976	59	6%	1 751 417 €	1 611 635 €	139 782 €	9%	1 692 €	1 651 €	40,92 €	2%
Néonatalogie	1 027	991	36	4%	3 620 465 €	3 992 415 €	-371 950 €	-9%	3 525 €	4 029 €	-503,39 €	-12%
Néo Natologie Réa HC	191	173	18	10%	1 475 618 €	1 812 269 €	-336 651 €	-19%	7 726 €	10 476 €	-2 749,79 €	-26%
Néo Natologie SC HC	454	414	40	10%	991 610 €	899 240 €	92 370 €	10%	2 184 €	2 172 €	12,09 €	1%
Néo Natologie SI HC	382	404	-22	-5%	1 153 237 €	1 280 906 €	-127 669 €	-10%	3 019 €	3 171 €	-151,61 €	-5%
Pédiatrie	2 481	2 388	93	4%	3 993 076 €	3 756 254 €	236 822 €	6%	1 609 €	1 573 €	36,49 €	2%
Pédiatrie HC	1 470	1 428	42	3%	2 474 586 €	2 262 557 €	212 029 €	9%	1 683 €	1 584 €	98,97 €	6%
Pédiatrie HDJ	372	378	-6	-2%	162 819 €	173 848 €	-11 029 €	-6%	438 €	460 €	-22,23 €	-5%
Pédiatrie SC	639	582	57	10%	1 355 671 €	1 319 849 €	35 822 €	3%	2 122 €	2 268 €	-146,23 €	-6%
Pôle médico-chirurgical	15 064	15 012	52	0%	24 548 624 €	23 973 286 €	575 338 €	2%	1 630 €	1 597 €	32,68 €	2%
Chirurgie hospi	5 676	5 365	311	6%	12 514 543 €	11 840 920 €	673 623 €	6%	2 205 €	2 207 €	-2,25 €	0%
Chirurgie ambulatoire	1 941	1 838	103	6%	1 853 727 €	1 782 935 €	70 792 €	4%	955 €	970 €	-15,00 €	-2%
Chirurgie HS	856	930	-74	-8%	1 479 511 €	1 394 211 €	85 300 €	6%	1 728 €	1 499 €	229,25 €	15%
Chirurgie HC	2 879	2 597	282	11%	9 181 305 €	8 663 774 €	517 531 €	6%	3 189 €	3 336 €	-147,01 €	-4%
Hépatogastro	1 854	1 721	133	8%	3 814 063 €	3 650 982 €	163 081 €	4%	2 057 €	2 121 €	-64,22 €	-3%
Hépatogastro HC	1 854	1 721	133	8%	3 814 063 €	3 650 982 €	163 081 €	4%	2 057 €	2 121 €	-64,22 €	-3%
Oncologie	5 699	5 350	349	7%	4 058 670 €	3 939 732 €	118 938 €	3%	712 €	736 €	-24,23 €	-3%
Oncologie HC	512	565	-53	-9%	1 789 869 €	1 777 051 €	12 818 €	1%	3 496 €	3 145 €	350,61 €	11%
Oncologie HDJ	4 836	4 393	443	10%	1 909 248 €	1 762 879 €	146 369 €	8%	395 €	401 €	-6,49 €	-2%
Oncologie HS	351	392	-41	-10%	359 553 €	399 802 €	-40 249 €	-10%	1 024 €	1 020 €	4,46 €	0%
Pneumologie	1 720	2 561	-841	-33%	3 995 902 €	4 512 240 €	-516 338 €	-11%	2 323 €	1 762 €	561,29 €	32%
Pneumologie	904	972	-68	-7%	3 099 539 €	3 461 651 €	-362 112 €	-10%	3 429 €	3 561 €	-132,68 €	-4%
Pneumologie de semaine	816	1 589	-773	-49%	896 363 €	1 050 589 €	-154 226 €	-15%	1 098 €	661 €	437,32 €	66%
unité transitoire d'hospitalisation	115	15	100	667%	165 446 €	29 412 €	136 034 €	463%	1 439 €	1 961 €	-522,14 €	-27%
UNITE TRANSITOIRE D HOSPITALISATION	115	15	100	667%	165 446 €	29 412 €	136 034 €	463%	1 439 €	1 961 €	-522,14 €	-27%
Pôle Services de médecine intensive	21 130	20 378	752	4%	24 834 972 €	24 598 714 €	236 258 €	1%	1 175 €	1 207 €	-31,78 €	-3%
Cardiologie	2 582	2 702	-120	-4%	6 796 320 €	6 899 278 €	-102 958 €	-1%	2 632 €	2 553 €	78,80 €	3%
Cardiologie HC	1 008	779	229	29%	2 018 371 €	1 870 309 €	148 062 €	8%	2 002 €	2 401 €	-398,56 €	-17%
Cardiologie HS	4	505	-501	-99%	2 293 €	436 716 €	-434 423 €	-99%	573 €	865 €	-291,53 €	-34%
Cardiologie SC	318	317	1	0%	953 285 €	925 649 €	27 636 €	3%	2 998 €	2 920 €	77,72 €	3%
Cardiologie SI	1 252	1 101	151	14%	3 822 371 €	3 666 604 €	155 767 €	4%	3 053 €	3 330 €	-277,24 €	-8%
Dialyse	10 681	9 630	1 051	11%	3 318 146 €	3 076 732 €	241 414 €	8%	311 €	319 €	-8,84 €	-3%
Hémodialyse HDJ	6 698	6 678	20	0%	2 300 728 €	2 321 063 €	-20 335 €	-1%	343 €	348 €	-4,07 €	-1%
UDM	3 983	2 952	1 031	35%	1 017 418 €	755 669 €	261 749 €	35%	255 €	256 €	-0,55 €	0%
Néphrologie	936	932	4	0%	2 111 250 €	2 138 217 €	-26 967 €	-1%	2 256 €	2 294 €	-38,62 €	-2%
Néphrologie	936	932	4	0%	2 111 250 €	2 138 217 €	-26 967 €	-1%	2 256 €	2 294 €	-38,62 €	-2%
Neurologie	1 850	2 226	-376	-17%	5 594 625 €	5 864 212 €	-269 587 €	-5%	3 024 €	2 634 €	389,70 €	15%
Neurologie HC	538	445	93	21%	1 327 271 €	1 205 937 €	121 339 €	10%	2 467 €	2 710 €	-242,91 €	-9%
Neurologie HS	1	622	-621	-100%	202 €	444 509 €	-444 307 €	-100%	202 €	715 €	-512,64 €	-72%
Neurologie SC	692	558	134	24%	2 690 092 €	2 659 108 €	30 984 €	1%	3 887 €	4 765 €	-878,01 €	-18%
Neurologie SI	619	601	18	3%	1 577 060 €	1 554 668 €	22 392 €	1%	2 548 €	2 587 €	-39,05 €	-2%
Réanimation	578	593	-15	-3%	4 097 363 €	4 175 489 €	-78 126 €	-2%	7 089 €	7 041 €	47,57 €	1%
Réanimation polyvalente	578	593	-15	-3%	4 097 363 €	4 175 489 €	-78 126 €	-2%	7 089 €	7 041 €	47,57 €	1%
Urgences	4 503	4 295	208	5%	2 917 268 €	2 444 781 €	472 487 €	19%	648 €	569 €	78,63 €	14%
Lits Portes	4 073	3 774	299	8%	2 316 791 €	1 900 474 €	416 317 €	22%	569 €	504 €	65,25 €	13%
Médecine U	430	314	116	37%	600 477 €	420 129 €	180 348 €	43%	1 396 €	1 338 €	58,47 €	4%
UHCD Valognes	0	207	-207	-100%	0 €	124 178 €	-124 178 €	-100%	600 €			
Pôle Spécialités médicales et SSR gériatrique	5 936	5 438	498	9%	15 504 712 €	15 791 239 €	-286 527 €	-2%	2 612 €	2 904 €	-291,89 €	-10%
Médecine Alzheimer	103	97	6	6%	303 348 €	305 966 €	-2 618 €	-1%	2 945 €	3 154 €	-209,16 €	-7%
Médecine Alzheimer	103	97	6	6%	303 348 €	305 966 €	-2 618 €	-1%	2 945 €	3 154 €	-209,16 €	-7%
Médecine Gériatrique	892	957	-65	-7%	3 839 104 €	3 994 457 €	-155 353 €	-4%	4 304 €	4 174 €	129,99 €	3%
Médecine gériatrique HC	892	957	-65	-7%	3 839 104 €	3 994 457 €	-155 353 €	-4%	4 304 €	4 174 €	129,99 €	3%
Médecine polyvalente hospi	2 147	2 092	55	3%	8 403 072 €	8 435 144 €	-32 072 €	0%	3 914 €	4 032 €	-118,23 €	-3%
Medecine polyvalente Valognes	1 566	1 454	112	8%	6 406 185 €	6 072 228 €	333 957 €	5%	4 091 €	4 176 €	-85,43 €	-2%
MEDECINE INTERNE MALADIES INFECTIEUSES	581	638	-57	-9%	1 996 887 €	2 362 916 €	-366 029 €	-15%	3 437 €	3 704 €	-266,65 €	-7%
Pôle M HJ	1 869	1 326	543	41%	726 608 €	528 320 €	198 288 €	38%	389 €	398 €	-9,66 €	-2%
Pôle M HJ	1 869	1 326	543	41%	726 608 €	528 320 €	198 288 €	38%	389 €	398 €	-9,66 €	-2%
Rhumato-dermato...	916	958	-42	-4%	2 224 170 €	2 518 039 €	-293 869 €	-12%	2 428 €	2 628 €	-200,30 €	-8%
Pôle M HS	455	340	115	34%	686 074 €	552 712 €	133 362 €	24%	1 508 €	1 626 €	-117,77 €	-7%
Rhumato dermato...	461	618	-157	-25%	1 538 096 €	1 965 327 €	-427 231 €	-22%	3 336 €	3 180 €	156,29 €	5%
USMP	9	8	1	13%	8 410 €	9 313 €	-903 €	-10%	934 €	1 164 €	-229,68 €	-20%
Chambre securisee	9	8	1	13%	8 410 €	9 313 €	-903 €	-10%	934 €	1 164 €	-229,68 €	-20%
Total général	50 807	49 385	1 422	3%	80 435 078 €	80 110 013 €	325 065 €	0%	1 583 €	1 622 €	-39,00 €	-2%

Annexe 2 : Evolution des passages en consultation externe – source BO-GAM

NB : Il s'agit ici du montant des factures transmises par le CHPC pour valorisation par la T2A selon les taux de prise en charge des patients, le montant diffère donc de celui réellement perçu par l'assurance maladie de 11,8M€ en 2015 contre 10,3M€ en

Répartition de l'activité externe par UF

	Cumul à M12 2015			Cumul à M12 2016								
	Nb de venues 2015	Nb de PEC dans l'unité 2015	Montant Facturé 2015	Nb de venues		Nb de PEC dans l'unité		Montant Facturé				
				Nb 2016	Evol./N-1	Nb 2016	Evol./N-1	Montant 2016	Evol./N-1			
Neurologie	2 724	2 805	143 870,21 €	1 934	-29%	⬇	2 026	-28%	⬇	114 127 €	-21%	⬇
Hépatologie - Gastro	4 013	4 009	209 094,05 €	4 247	6%	⬆	4 206	5%	⬆	185 065 €	-11%	⬇
RDED	7 070	7 166	225 035,60 €	7 727	9%	⬆	8 480	18%	⬆	265 391 €	18%	⬆
Hématologie	982	971	25 843,48 €	1 375	40%	⬆	1 367	41%	⬆	35 778 €	38%	⬆
Médecine Gériatrique	674	697	48 873,15 €	735	9%	⬆	699	0%	⬆	48 945 €	0%	⬆
Médecine polyvalente	883	1 004	35 538,55 €	1 161	31%	⬆	1 239	23%	⬆	41 259 €	16%	⬆
Néphrologie	2 489	2 487	77 718,56 €	2 774	11%	⬆	2 802	13%	⬆	88 422 €	14%	⬆
Pneumologie	6 739	9 425	370 392,14 €	7 885	17%	⬆	8 296	-12%	⬇	439 391 €	19%	⬆
Cardiologie	3 669	3 872	245 253,40 €	4 572	25%	⬆	4 840	25%	⬆	264 532 €	8%	⬆
Oncologie	2 047	2 056	53 892,31 €	2 152	5%	⬆	2 082	1%	⬆	55 341 €	3%	⬆
Pédiatrie	3 801	3 750	79 843,37 €	3 659	-4%	⬇	3 438	-8%	⬇	73 089 €	-8%	⬇
Néonatalogie	3 367	3 351	122 932,08 €	2 809	-17%	⬇	3 029	-10%	⬇	104 790 €	-15%	⬇
Chirurgie Cherbourg	29 300	30 382	1 066 559,58 €	27 044	-8%	⬇	27 957	-8%	⬇	953 329 €	-11%	⬇
Chirurgie Valognes	4 270	4 232	113 758,42 €	4 756	11%	⬆	4 528	7%	⬆	120 415 €	6%	⬆
Anesthésie	4 843	4 864	125 099,54 €	5 148	6%	⬆	5 110	5%	⬆	140 713 €	12%	⬆
Centre périnatal de proximité	2 420	2 407	116 429,23 €	2 008	-17%	⬇	2 023	-16%	⬇	91 776 €	-21%	⬇
Gynécologie-obstétrique	18 109	17 969	708 948,10 €	17 116	-5%	⬇	17 824	-1%	⬇	700 299 €	-1%	⬇
TOTAL MCO (I)	97 400	101 447	3 769 081,77 €	97 102	0%	⬇	99 946	-1%	⬇	3 722 662 €	-1%	⬇
CSNP	0	0	0,00 €	4 253		⬆	4 296		⬆	141 241 €		⬆
Laboratoire de biologie	11 811	28 183	1 675 354,15 €	14 223	20%	⬆	30 905	10%	⬆	1 735 175 €	4%	⬆
Laboratoire d'anatomo-pathologie	740	3 388	133 094,85 €	1 903	157%	⬆	4 218	24%	⬆	162 561 €	22%	⬆
Imagerie médicale	41 772	62 391	4 257 157,37 €	43 981	5%	⬆	64 454	3%	⬆	4 223 310 €	-1%	⬇
Médecine physique et de réadaptation	3 328	3 322	103 424,77 €	3 083	-7%	⬇	3 081	-7%	⬇	83 896 €	-19%	⬇
2RF	0			8		⬆						
Centre de vaccination Valognes	930	897	82 285,75 €	1 007	8%	⬆	990	10%	⬆	86 088 €	5%	⬆
Consultation maladies professionnelles	396	387	10 279,42 €	511	29%	⬆	506	31%	⬆	12 899 €	25%	⬆
Unité médico-judiciaire	0			5		⬆						
Consultation douleur Cherbourg	1 208	1 205	25 071,61 €	1 284	6%	⬆	1 277	6%	⬆	27 825 €	11%	⬆
Consultation douleur Valognes	296	289	6 653,00 €	214	-28%	⬇	220	-24%	⬇	5 115 €	-23%	⬇
Consultation mémoire	928	937	56 800,73 €	780	-16%	⬇	729	-22%	⬇	51 384 €	-10%	⬇
Consultation éducation diabète	229	203	5 390,20 €	497	117%	⬆	6	-97%	⬇	173 €	-97%	⬇
Consultation anti-tabac	189	186	4 780,30 €	217	15%	⬆	224	20%	⬆	5 138 €	7%	⬆
PASS	0			9								
Urgences	47 970	47 671	2 425 280,94 €	44 080	-8%	⬇	43 329	-9%	⬇	1 963 806 €	-19%	⬇
AUTRES DISCIPLINES DE CONSULTATION (II)	109 797	149 059	8 785 573,09 €	116 055	6%	⬆	154 235	3%	⬆	8 498 610 €	-3%	⬇
TOTAL ETABLISSEMENT (I) + (II)	207 197	250 506	12 554 654,86 €	213 157	3%	⬆	254 181	1%	⬆	12 221 272 €	-3%	⬇

Annexe 3 : Evolution de l'hospitalisation à domicile (HAD) – source PMSI Pilot

Indicateurs					+ Vis
Séjour	Année 2016		Année 2015	Tendance	
Nombre de séjours	401	séjour(s)	372	+7,80% ↑	> voir par Antenne
Nombre de séjours en cours	20	séjour(s)	18	+11,11% ↑	
Nombre de séjours avec erreur	11	séjour(s)	5	+120% ↑	
Durée Moyenne de Séjour	19,85	jour(s)	24,90	-20,28% ↓	
Age Moyen	66,39	an(s)	65,82	+0,86% ↑	
% femme	53,87	%	46,51	+15,83% ↑	
Nombre moyen de séquences par séjour	1,45	séquence(s)	1,45	-0,41% ↓	
Nombre moyen de sous-séquences par séjour	2,04	sous-séquence(s)	2,21	-7,80% ↓	
Séquence	Année 2016		Année 2015	Tendance	
Nombre de séquences	568	séquence(s)	528	+7,58% ↑	> voir par Antenne
Nombre de séquences en cours	20	séquence(s)	18	+11,11% ↑	
Nombre de séquences avec erreur	13	séquence(s)	5	+160% ↑	
Durée moyenne de séquence	13,72	jour(s)	16,85	-18,53% ↓	
Nombre moyen de sous-séquences par séquence	1,41	sous-séquence(s)	1,51	-6,57% ↓	
Sous-Séquence	Année 2016		Année 2015	Tendance	
Nombre de sous séquences	780	sous-séquence(s)	757	+3,04% ↑	> voir par Antenne
Nombre de sous-séquences en erreur	15	sous-séquence(s)	6	+150% ↑	
Durée moyenne de sous-séquence	9,73	jour(s)	10,90	-10,71% ↓	
Nombre total de journées	7 592	jour(s)	8 252	-8% ↓	> voir par Antenne
Nombre de journées valorisées	7 457	jour(s)	8 075	-7,65% ↓	> voir par Antenne
Patient	Année 2016		Année 2015	Tendance	
Nombre de patients (file active)	287	patient(s)	284	+1,06% ↑	> voir par Antenne
Nombre de séjours par patient	1,40	séjour(s)	1,31	+6,96% ↑	
Nombre de séjours chainés	401	séjour(s)	371	+8,09% ↑	
Nombre de séjours non chainés	0	séjour(s)	1	-100% ↓	
Valorisation	Année 2016		Année 2015	Tendance	
Valorisation 100% T2A	1 613 904,95	€	1 852 120,81	-12,86% ↓	> voir par Antenne
Valorisation 100% T2A par jour	216,43	€	229,36	-5,64% ↓	> voir par Antenne
Valorisation Assurance Maladie	1 589 623,10	€	1 786 021,06	-11% ↓	> voir par Antenne
Valo. AM par jour	213,17	€	221,18	-3,62% ↓	> voir par Antenne

Annexe 4 : Evolution des soins de suite et de réadaptation (SSR) – source PMSI Pilot

Semaines + Vis				
	Janvier à Décembre 2016	Janvier à Décembre 2015	Tendance	
Nombre de semaines dans la base	5 681 ↑	5 513	+3%	> Répartition par UM
Nombre de journées de présence	34 530 ↑	33 665	+3%	> Répartition par UM
Nombre de journées hors erreur	34 530 ↑	33 665	+3%	
Nombre de semaines en erreur	0	0	-	
Nombre de semaine avec erreur bloquante	0	0	-	

Séjours SSR + Vis				
	Janvier à Décembre 2016	Janvier à Décembre 2015	Tendance	
Nombre de séjours	931 ↑	884	+5%	> Répartition par UM
Nombre de séjours hors erreur	931 ↑	884	+5%	
Nombre de séjours entiers	748 ↑	707	+6%	
Nombre de séjours d'une seule semaine	0	0	-	
Nombre d'admissions	836 ↑	799	+5%	
Nombre de sorties	839 ↑	788	+6%	
Nombre de séjours "déjà commencés et non encore finis"	4	4	0%	

Patients + Vis				
	Janvier à Décembre 2016	Janvier à Décembre 2015	Tendance	
Nombre de séjours avec identifiant patient défini	929 ↑	786	+18%	> Répartition par UM
Pourcentage de séjours avec identifiant patient défini	99,79% ↑	88,91%	+12%	
Nombre de patients (file active)	826 ↑	716	+15%	> Répartition par UM

5.3 - L'ORGANISATION DES SOINS

Les actions de la Direction des soins peuvent être regroupées sous quatre items :

- Développement et restructuration d'activité
- Organisation des soins
- Développement des compétences du personnel
- Participation à la démarche qualité

5.3.1 – Développement et restructuration d'activité

Ces activités concernent les services de passages, les services prestataires ainsi que l'hospitalisation traditionnelle mais aussi HDS et HDJ. Il s'agit d'augmentation d'activité, de développement ou de réorganisations.

☞ SECTEUR D'HOSPITALISATION : DES RESTRUCTURATIONS POUR ADAPTER LES DEMANDES, LES BESOINS ET LES CAPACITES

- Restructuration géographique du plateau chirurgical terminée avec capacitaire fixé
- Restructuration en cours du plateau 4 (hépatonco-pneumo)
- Continuer à accompagner le projet de saisonnalité (pneumo)
- Dans le cadre de la mise en place du plateau 3 : fermeture du secteur de l'HDS neuro cardio avec maintien de 4 lits d'HDS en cardio HC
- Mise en place du plateau 1, MISM- médecine gériatrique, au 1^{er} étage du Gros Hêtre
- Augmentation des activités sur l'HDJ pôle M : neuro consultation douleur, pneumo, onco et création d'une nouvelle unité d'évaluation neuro gériatrique (UENG)

☞ CONSULTATIONS : PLUS D'OFFRES ET DES OFFRES NOUVELLES

- Début de réorganisation du centre périnatal de proximité (CPP) du site de Valognes avec augmentation des plages d'activités sage femme et diversification des activités préalablement proposées
- Ouverture du plateau de consultations externes de médecine centralisées en octobre 2016 (hors cardiologie, neurologie et pneumologie)

☞ REORGANISATION : OPTIMISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

- Création du pôle sénologie en imagerie médicale (développement stéréotaxie et tonosynthèse)
- Développement d'activité de la biopsie sous scanner
- Adaptation des plages de RDV imagerie médicale sur le site de Valognes avec les heures d'ouverture du CNSP
- Bloc : développement de l'activité bariatrique
- Laboratoire : nouvelle analyse proposée et réalisée : auto immunité et PCR. Développement de la biologie délocalisée (pédiatrie)
- MPR : développement de l'activité balnéo avec kiné libéral
- Pharmacie : mise en place des prescriptions DPI sur module HEO (médecine poly CHV-UCC-SSR)
- Pérennisation des séances de sophrologie au bloc et développement des séances de sophrologie

5.3.2 - Organisation des soins

Les actions menées sont variées, multi partenariales et ont pour objectif l'amélioration de la prise en charge des patients et de leur famille, en apportant une attention particulière sur les conditions de travail.

- Organisation des cycles de travail en 12h en stérilisation
- Définition des missions et mise en place d'une IBODE en fonction transversale au bloc opératoire
- Réorganisation des référents IBODE par spécialité au bloc op
- Réécriture de toutes les fiches d'activité des professionnels du plateau 3 (neuro cardio) et des trames de roulement des plannings
- Création d'un secteur d'attente plus important au SAU et identification d'une fonction IDE sur le parcours patient
- Pérennisation du CSNP sur Valognes
- Réorganisation du pool bionettoyage par pôle
- Synchronisation des temps médicaux et para médicaux à poursuivre (plateau 4-plateau SSR + pôle F)
- Recueil des activités d'endoscopie digestive sans AG en vue d'une réorganisation en 2017
- Projet thérapeutique du patient rédigé et formalisé et mise en place de l'agenda patient en SSR
- Mise en place du travail en binôme IDE AS en médecine polyvalente de Valognes
- Déploiement du DPI sur le site CHV (1^{er} trimestre 2016) et sur le site du CHPC (dernier trimestre 2016)
- Réorganisation de l'encadrement avec intégration des missions de la coordinatrice en maïeutique et écriture du projet

Au delà de la poursuite des actions initiées en 2015, de nouvelles actions concourent également à la qualité des soins :

- **Gestion de la douleur**
 - Poursuite de la formation des professionnels des services de soins aux pompes d'analgésie contrôlée (PCA) et au MEOPA. Service cible prioritaire : Médecine, Chirurgie, mais également les Urgences et l' HAD.
 - L'intervention de l'équipe douleur dans les services par un accompagnement sur demande de l'infirmière référente qui grâce à plusieurs passages, évalue avec le patient mais aussi l'équipe l'efficacité du traitement (avec échelle adaptée) en collaboration avec le médecin du service.
 - Intervention de l'équipe douleur pour la réfection des pansements douloureux en oncologie et néphrologie.
 - Poursuite des consultations douleur interne et externe.
 - Prise en charge, en HDS neuro, des patients avec douleur neuropathique.
- **Surveillance, vigilance, sécurité**
 - Dans le cadre du suivi de prévention des IAS (Infection Associée aux Soins anciennement appelées nosocomiales) 170 fiches BMR ont été saisies.
 - Réorganisation de la stérilisation centrale avec modifications d'horaire mais aussi rationalisation des plateaux opératoires.
 - Mise en place d'un document sur APTA du consentement de la femme enceinte pour un examen d'imagerie médicale le document est signé puis archivé en imagerie.
- **Prévention, éducation et promotion de la santé**
 - Participation aux actions du **Contrat Local de Santé** de CHERBOURG EN COTENTIN : accès aux soins, santé et parentalité, organisation du parcours de soins de la personne âgée, sensibiliser sur la violence subie et infligée, mobiliser les médecins généralistes pour le repérage et l'alerte des situations de violences.
 - Actions autour de la santé des populations fragilisées : poursuite du programme « **promotion de la santé à la maison d'arrêt** » et développement de la **PASS interne** avec des missions d'éducation à la santé.
 - Poursuite des travaux sur la **lutte contre les violences intra familiales** au niveau départemental : CHPC signataire du protocole, au niveau territorial avec le CISPD, au niveau du CHPC : poursuite des formations des internes.
 - Réorganisation de la **tabacologie** au CHPC avec la mise en place de consultations de groupe suite à l'évaluation du MOI(S) SANS TABAC.

- Maintien et développement des programmes **Education Thérapeutique du Patient** autorisés par l'ARS: diabète adulte, diabète enfant et insuffisance cardiaque.
- Participation à la mise en œuvre des programmes **ETP régionaux** : douleurs et cancers et chimiothérapie orale PRETORA.
- Réflexion autour de projet de programmes ETP : insuffisance rénale, VIH, patients stomisés.

5.3.3 - Développement des compétences du personnel

- Formation au DPI des professionnels du pôle M
- Formation 2 IDE de l'USMP sur la PEC du risque suicidaire + AFGSU
- Formation « omega » sur le site CHV
- Dans le cadre de l'intégration de l'HAD dans le pôle C formation de 4 agents du pool de suppléance
- Information par IDE stomathérapeute des professionnels de PNO-HAD-CHIR
- Accueil et formation des nouvelles IDE en oncologie et formation de toutes les IDE en pneumologie à l'entretien des endoscopes bronchiques
- Utilisation de la nouvelle check list nationale par tous les acteurs au sein du bloc (bloc-anesthésie-SSPI)
- 1 IDE et une manipulatrice radio formées en sophrologie
- Participation de l'équipe PCR à l'exercice (PPI) accident nucléaire avec AREVA en sept 2016
- Formation des équipes de nuit par l'EMASP + maintien de la formation de tous les agents CHPC et autres établissements (EHPAD)
- Formation de formateurs « transmissions ciblée » (2 cadres + 1 cadre de pôle) pour calendrier en 2017
- Mise en place de grille de compétence pour nouveaux arrivants en pédiatrie – néonatal ou pour les professionnels qui nécessitent un suivi particulier pour tous les autres services

5.3.4 - Participation à la démarche qualité

Maintien de l'investissement de l'encadrement dans les actions qualité telles :

- Mise en place de la check-list au bloc obstétrical
- Collecte au domicile par une puéricultrice et travail sur un audit de traçabilité du don du lait ainsi qu'une enquête de satisfaction au fil de l'eau
- Participation des PCR au comité de gestion des risques et des vigilances
- Accréditation COFRAC au laboratoire de biologie
- Elaboration de livrets pour le patient à la sortie : « matériel de sortie remboursé » par l'équipe MPR/2RF
- Questionnaire de satisfaction MPR/2RF et fascicule présentant les métiers de la rééducation pour professionnels du CHPC
- En imagerie médicale : développement filmless
- Au bloc opératoire : évaluation de l'exhaustivité de la réalisation de la check -ist
- Intégration systématiques des comptes rendus dans le DPI en anatomopathologie.
- A la pharmacie : harmonisation des boîtes de transport fermées et sécurisées (Cherbourg Valognes)
- Participation aux IPAQSS de tout l'encadrement soignant
- Inspection ASN pour autorisation d'activité en radiothérapie
- Toujours dans le cadre de la certification : parcours patient traceur analysé en UCC

5.3.5 - Bilan d'étape du projet de soins institutionnel

- 1^{er} AXE : Développer et promouvoir la Bienveillance : Deux groupes en travail
 - *Groupe Bienveillance* :
 - Mise en place dans les unités de réunion de sensibilisation avec le cadre du service. Le support étant des situations de vie des patients travaillés par le groupe sur la base de document de l'HAS.
 - *Groupe Chutes* :
 - Groupe médico-soignant.
 - Création d'une fiche de déclaration de chutes, uniforme pour tout le CHPC.
 - Suivi informatisé des déclarations de chutes.
 - Poster « Prévention des chutes »
 - Elaboration par l'équipe MPR/2RF
 - Validation par « groupe chute »
 - Affichage du poster dans toutes les chambres des patients et des résidents du CHPC
- 2^{ème} AXE : Les outils d'organisation des soins :
 - Macro cible de sortie réalisée ; réunion de validation réalisée par le groupe.
 - Réalisation d'une fiche des actes en soin pendant le séjour : en test en service de cardiologie.
- 3^{ème} AXE : Un professionnalisme vers la satisfaction des équipes soignantes :
 - Groupe « Accompagner le changement », groupe pluridisciplinaire qui travaille sur le glissement des tâches : interrompu
 - Groupe « Promouvoir les compétences » : Réalisation de fiches de poste type AS et IDE et grille de compétence.
 - Groupe « Une logique managériale commune » : Réalisation de fiches reflexes sur différents thèmes dans la prise de poste du cadre de santé mais également pour le passage de relais entre deux cadres.

5.3.6 - Perspectives

- Pôle I :
 - Bloc de cardiologie : travail en collaboration pour une prise en charge en urgences du patient
 - Neurologie : nouveau protocole de prise en charge pluri disciplinaire de l'AVC
 - Urgences : APP des AS pour recentrer ceux-ci dans leur cœur de métier
 - Objectif de formation : axe prioritaire sur des formations spécifiques et sécurisées (formations qualifiantes)
- Pôle F :
 - Audit des pratiques au lactarium (2ème trimestre 2017)
 - Evaluation de mise en place de la check list au bloc obstétrical
 - Mise en place d'une sage femme de liaison sur le parcours patient en maternité
- Pôle M :
 - Mise en place de nouvelles missions cadres (RH/Parcours patients/logistique)
 - Projet de saisonnalité en médecine polyvalente (capacitaire variable été hiver)
 - Projet PEC des transfusions en HDJ via le SAU
 - Réflexion sur un HDJ site de Valogne
 - Groupe de travail SSR pour mise en place binôme IDE AS
 - Souhait de formation « humanitude » pour le SSR 1 (demande 2017 pour 2018)

- Pôle C :
 - Plateau 2 optimiser le fonctionnement de la chirurgie ambulatoire et analyser la charge en soins
 - Plateau 4 : poursuite de la restructuration avec synchronisation des temps médicaux et para médicaux
 - Développer le projet SSR PNO
 - Radiothérapie : suivre le projet de renouvellement de l'accélérateur de particules
 - HAD : objectiver la pertinence des organisations actuelles

- Pôle P :
 - Bloc opératoire : augmentation des créneaux opératoires programmés 8h-17h00
 - Imagerie médicale : développement de l'activité interventionnelle (Piccline et rhumato), réorganisation des prises en charge par manipulateur radio en soirée
 - Laboratoire : suivi de l'accréditation COFRAC
 - MPR : reprise du développement de l'activité balnéo, si ouverture SSR PNO réorganisation à prévoir pour rééducateurs
 - Diététique : travail sur dépistage, prise en charge, valorisation de la dénutrition au CHPC

5.4 – LA RECHERCHE CLINIQUE

Définition

La recherche clinique est actuellement régie et redéfinie par la loi Jardé (N°2012-300 du 5 mars 2012) mise en application en novembre 2016.

Il existe trois catégories de recherches impliquant la personne humaine (RIPH) :

- Les recherches interventionnelles (RIPH - RI) qui comportent une intervention sur la personne non justifiée par sa prise en charge habituelle. (Médicaments -Dispositif médicaux-Hors produits de santé)
- Les recherches interventionnelles (RIPH-RCM) qui ne portent pas sur des médicaments et ne comportent que des risques et des contraintes minimales. (Hors produits de santé, ou produits de santé dans les conditions habituelles d'utilisation)
- Les recherches non interventionnelles (RIPH-RNI) dans lesquelles tous les actes sont pratiqués et les produits utilisés de manière habituelle, sans procédure supplémentaire ou inhabituelle de diagnostic, de traitement ou de surveillance.

Les recherches sur données sans accès à la personne sont régies par la loi informatique et liberté. Ces recherches demandent un cadre réglementaire particulier, allégé par rapport aux recherches définis précédemment.

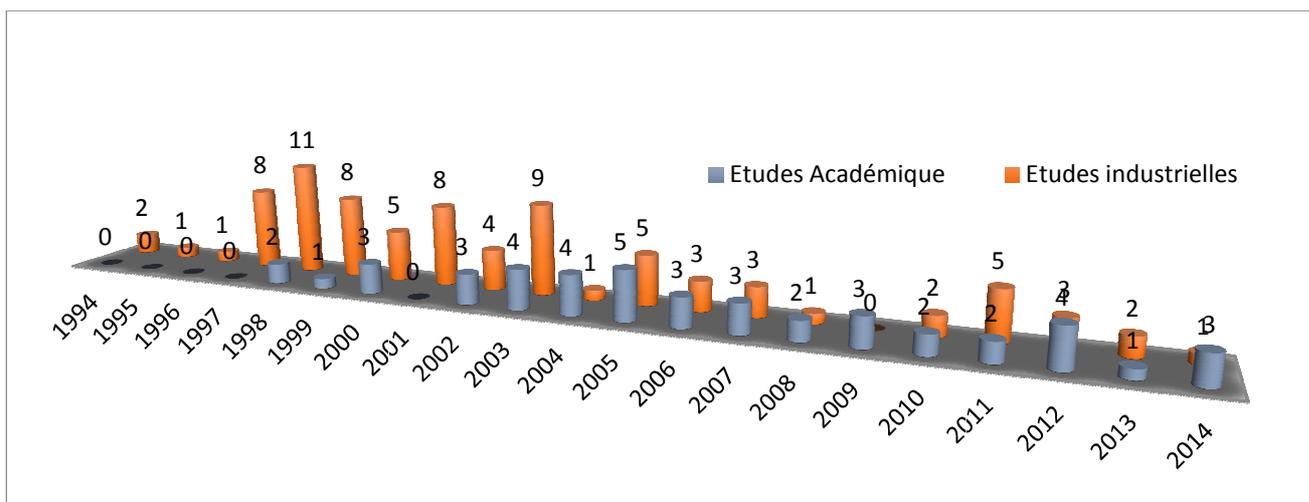
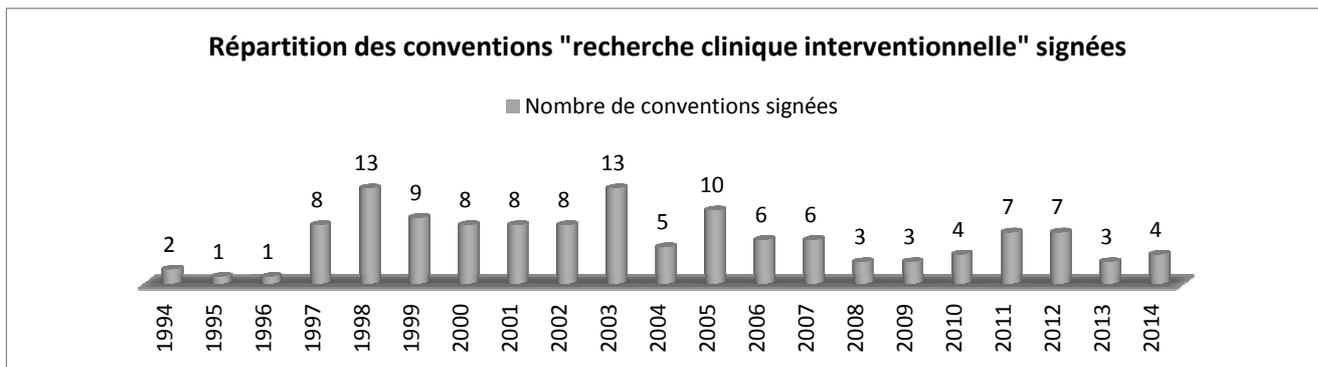
Encadrement

Afin de protéger les personnes volontaires qui participent à la recherche, chaque projet français impliquant l'être humain est présenté à Agence Nationale Santé et du Médicament (ANSM) pour les RIPH-RI et devant un Comité de Protection des Personnes (CPP). Les CPP assurent que tous les projets de recherche impliquant l'être humain respectent diverses mesures (médicales, éthiques et juridiques). En ce qui concerne les recherches sur données le

Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche (C.C.T.I.R.S.) dans le domaine de la Santé (qui rendait notamment des avis sur la pertinence des données nominatives à caractère personnel par rapport à l'objectif de la recherche) sera remplacés prochainement par le Comité d'Expertise pour la recherche, les études et les Evaluations dans le domaine de la santé (CEREES).

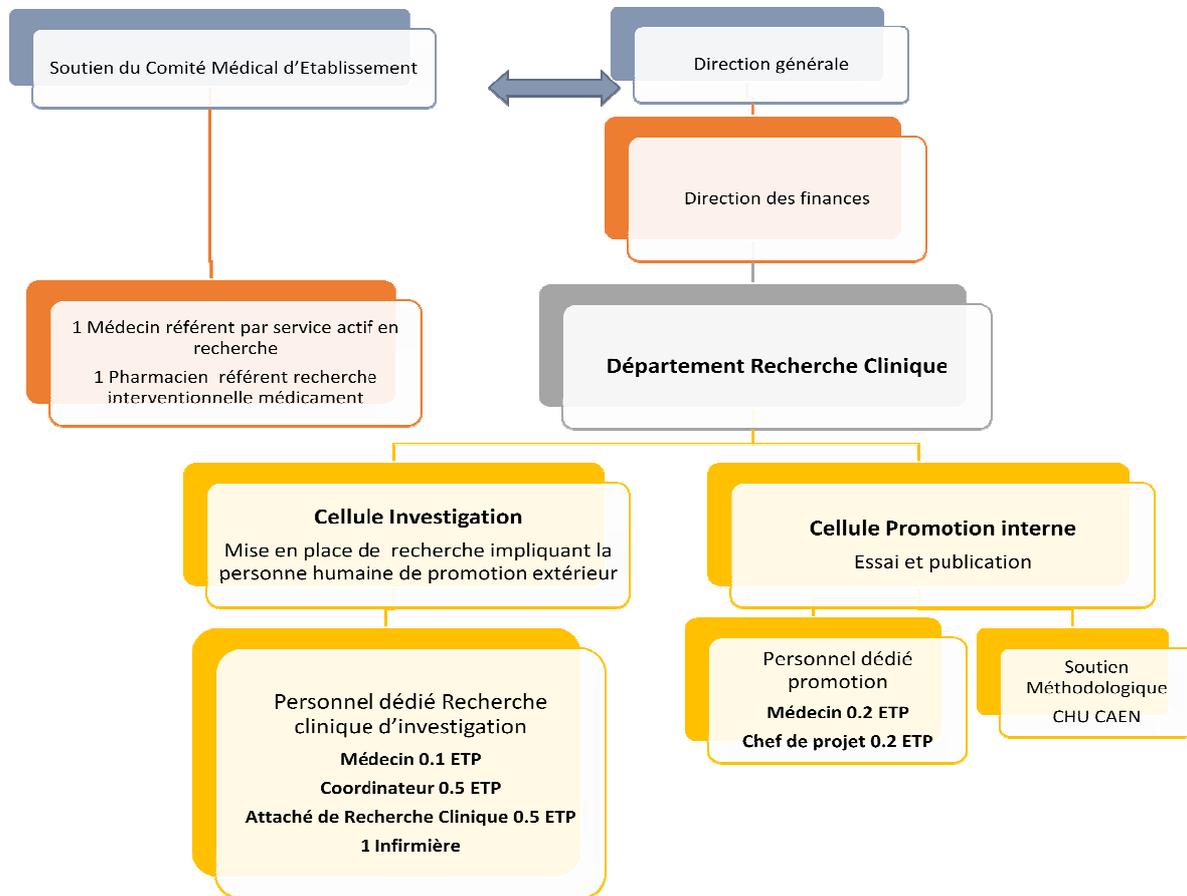
La mise en place de l'activité au CHPC

Le CHPC recense une activité de recherche clinique depuis 1994.



En 2015, la baisse de l'activité montre notamment l'évolution des pratiques cliniques mais aussi les exigences réglementaires ainsi que les demandes des promoteurs en terme de délais et de résultats. Cette professionnalisation de l'activité a imposé une structuration au sein de l'établissement. Un Département de Recherche Clinique (DRC) a été constitué en Août 2015. Le personnel dédié été embauché grâce à des financements extérieurs :

- Financement GIRCI Nord Ouest avec l'appel à projet TECCHNO : Soutien au développement de l'activité de recherche dans les établissements non universitaires »
- Financement du Cancéropôle Nord Ouest dans le cadre de l'étude ERNU : Essai randomisé évaluant l'intervention du Cancéropôle Nord Ouest pour le développement de la recherche clinique dans les établissements de soin non universitaires.



Le personnel dédié

Le personnel dédié à la recherche est au nombre de 1.5 ETP avec la collaboration d'un médecin référent. Les missions sont partagées en tâches de coordination, tâches d'attachée de recherche clinique et missions d'infirmière de recherche clinique. Des médecins et pharmaciens délèguent également une partie de leur activité à la recherche impliquant l'être humain.

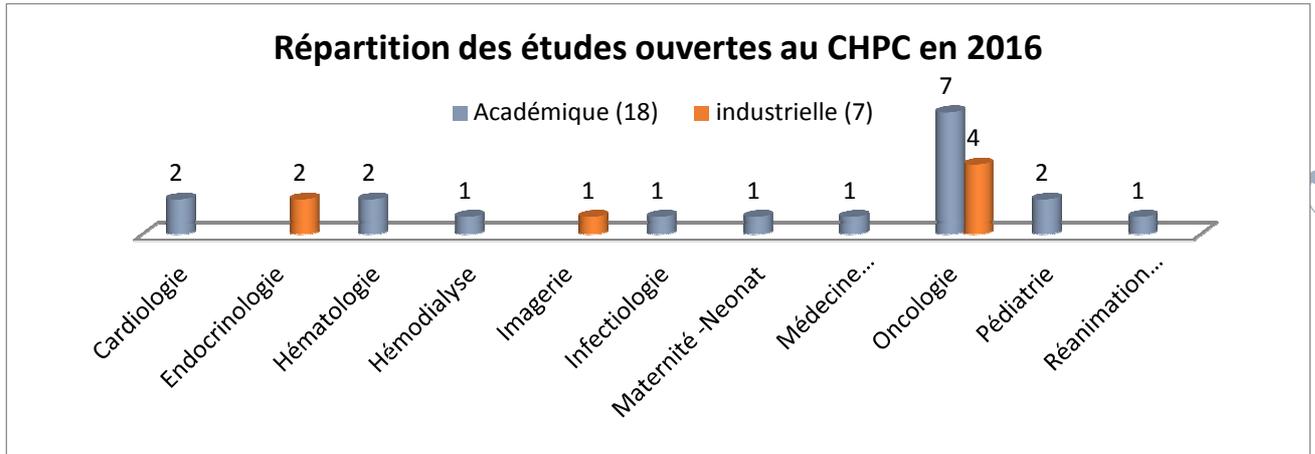
Missions

La cellule Investigation gère la logistique administrative, financière et organisationnelle lié à la recherche. Le personnel est mobile sur l'ensemble de l'établissement et a pour but de faciliter la mise en place des essais dans les services de soins et l'inclusion des patients. Il gère également l'interface entre les promoteurs (Entité qui est à l'initiative de la recherche) et les investigateurs (Médecins qui sélectionnent et incluent les patients dans les essais).

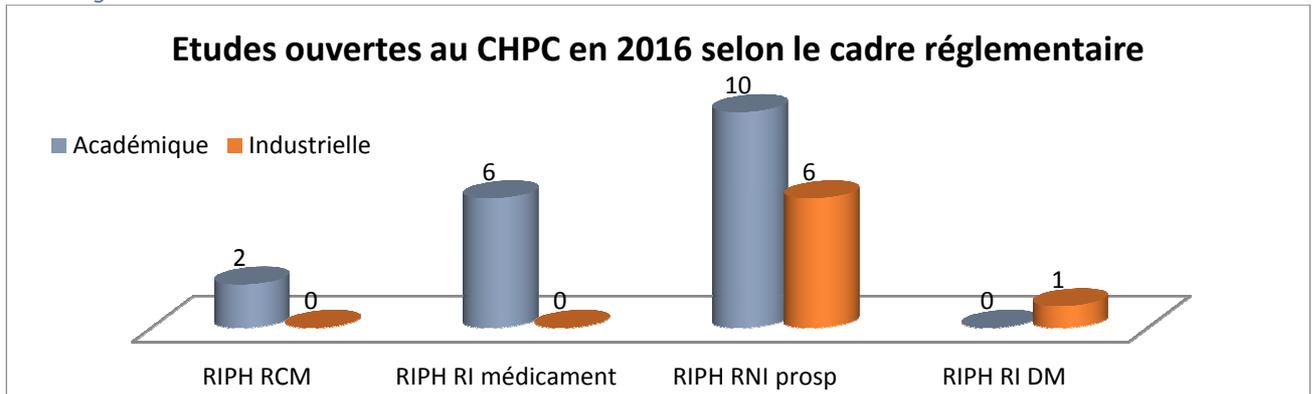
La cellule promotion offre un soutien réglementaire et logistique aux médecins et paramédicaux qui souhaitent déposer un projet de recherche impliquant l'être humain au sein du CHPC.

Quelques chiffres

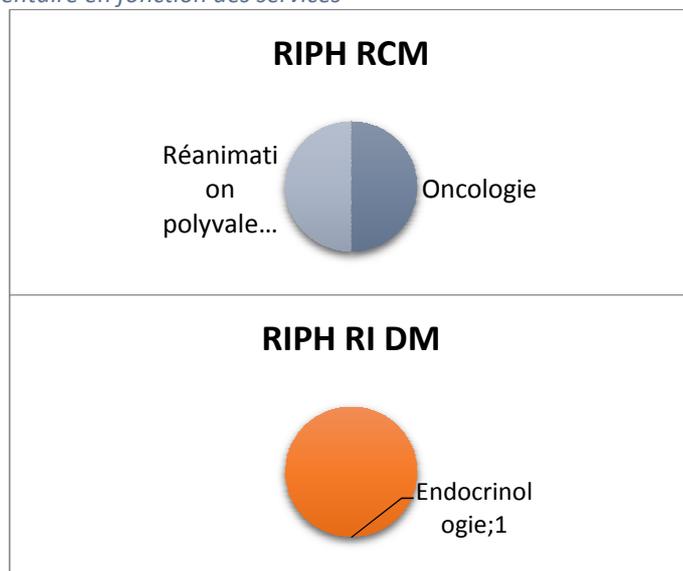
Nombres d'essais ouverts sur l'année 2016

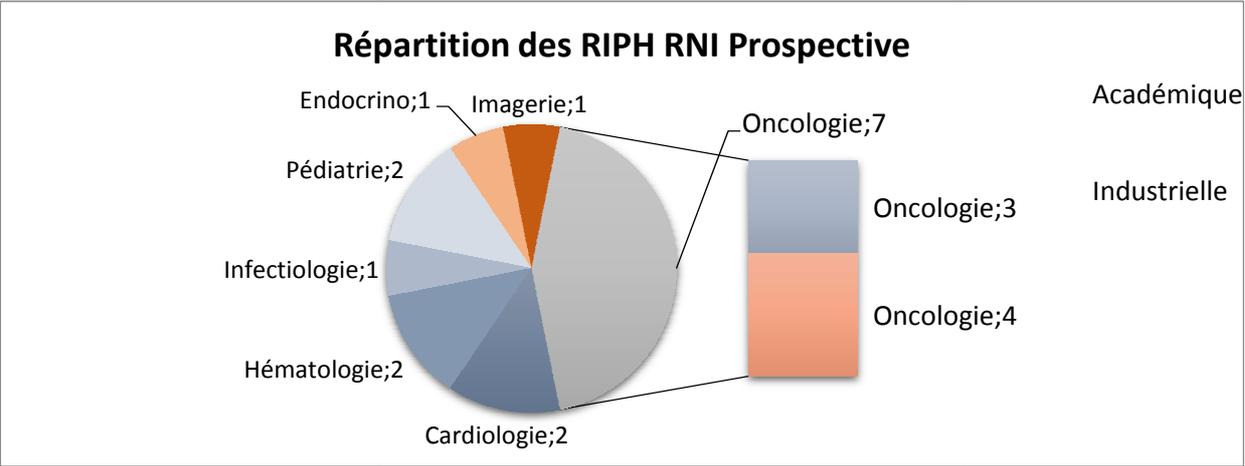
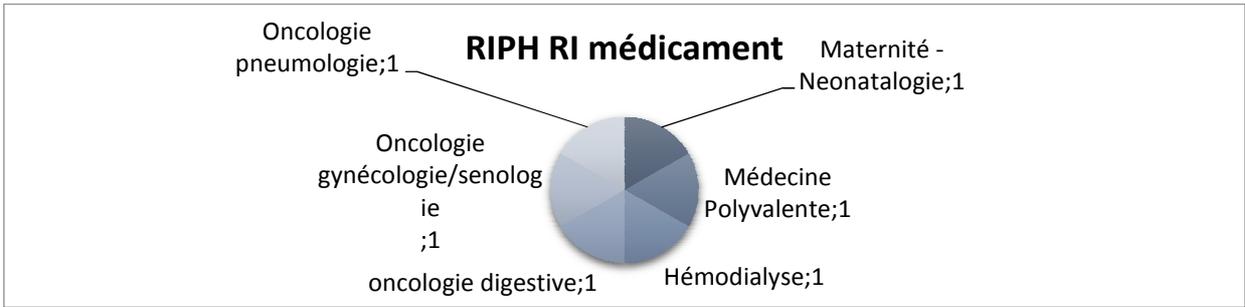


Cadre réglementaire des essais ouverts



Détails des cadres réglementaire en fonction des services



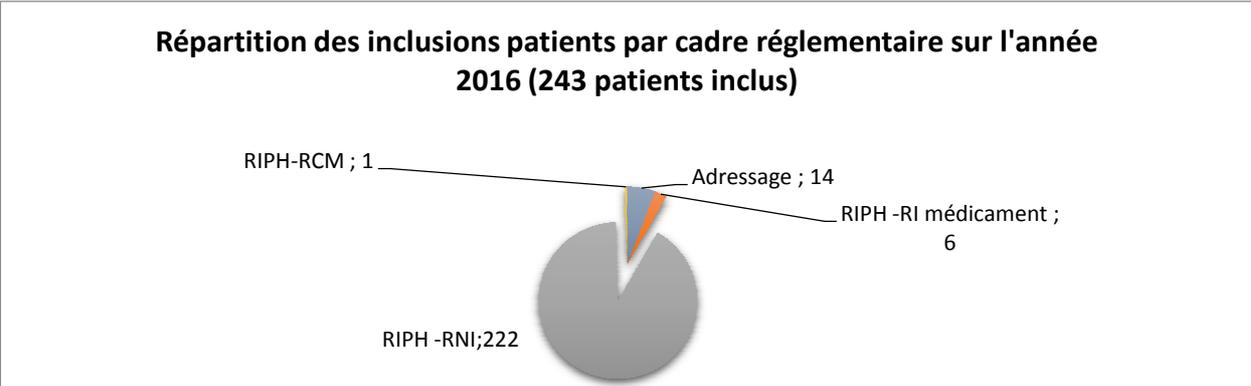


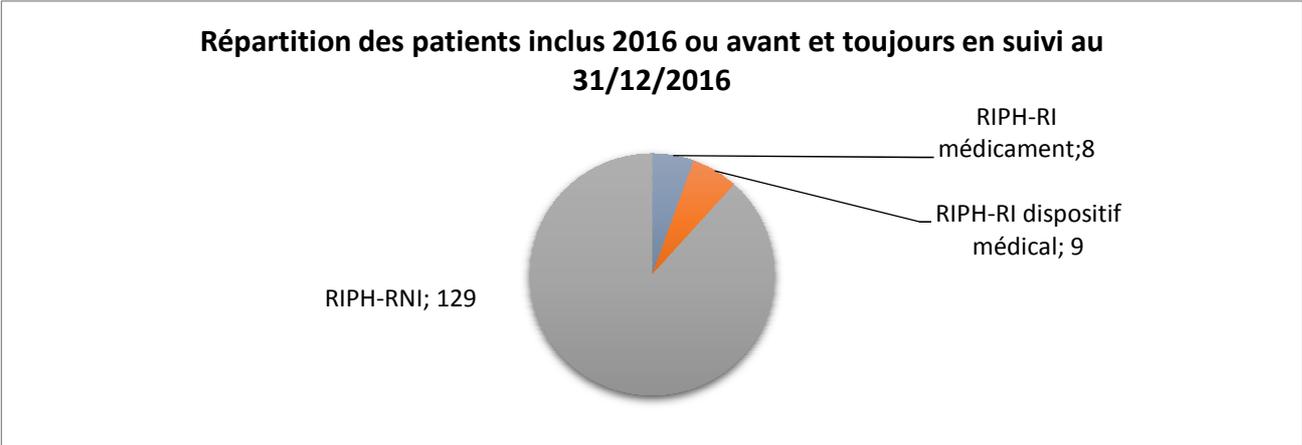
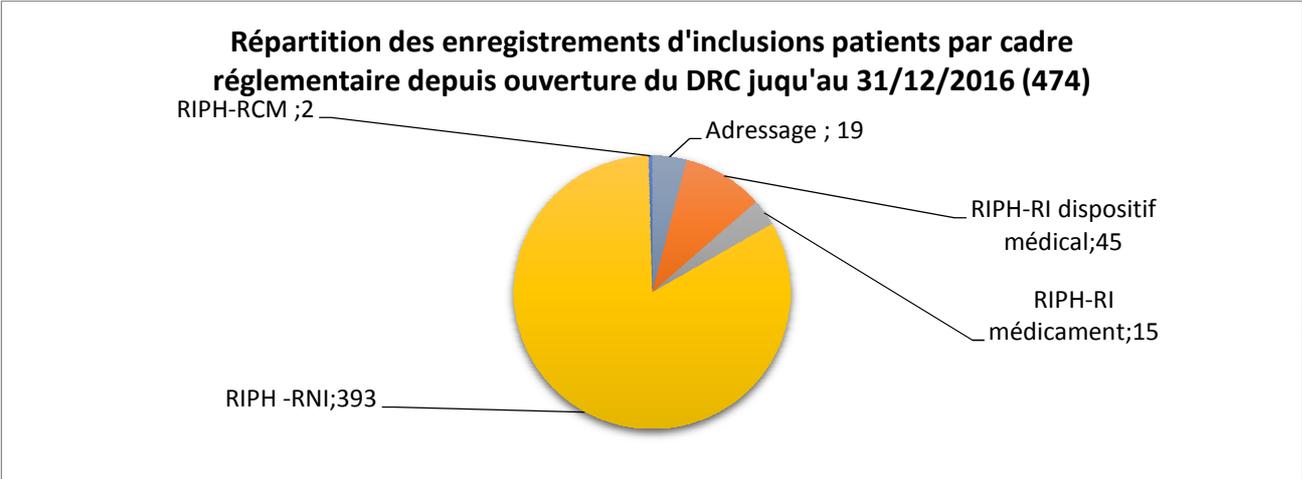
Répartition des patients en 2016

La pré-sélection de patients pour la recherche se fait par les médecins investigateurs ou le personnel dédié à la recherche clinique. Cette pré-sélection est réalisée en fonction des critères définis par le protocole de l'étude. La pré-sélection de patient implique la revue des dossiers médicaux.

Le patient est dit SCREENÉ quand il correspond aux critères exigés par l'étude. L'étude peut alors être proposée au patient par son médecin référent. Une lettre d'information détaillant les modalités de participation est remise au patient et un temps de réflexion lui est accordé.

Si le patient est d'accord pour participer à l'étude, il devra signer un consentement avec son médecin référent. Selon le cadre réglementaire, une « non-opposition » peut être suffisante. Cette « non-opposition » orale sera notifiée dans son dossier médical. Dans tous les cas, il est dit INCLU dans l'étude. Les procédures spécifiques à l'étude peuvent débuter. A partir de cette date, toutes les visites du patient seront suivies par le DRC (en plus de son suivi médical) et cela jusqu'à la fin de l'étude.





Objectif et Valorisation

Démarche qualité

L'activité de recherche clinique permet de faire évoluer la prise en charge des patients, la qualité des prestations de soins, l'état de santé de la population et de permettre le progrès médical tout en diminuant les adressages de patients à des centres plus important qui prenaient le relais initialement. Le CHPC inscrit cette activité dans sa démarche qualité.

Attractivité médicale

L'attractivité médicale peut être améliorée par la présence d'une l'activité de recherche dans le domaine de la santé car cela permet à de jeunes médecins de rester dans une dynamique de centre hospitalier universitaire.

Financière

Contribution financière directe

Les contributions financières directes correspondent aux financements obtenus pour indemniser les services de soins et le DRC du temps délégué aux démarches médicales et administratives liées aux inclusions des patients dans les études.

Contribution financière indirecte

Le projet SIGAPS, initié au CHRU de Lille en 2002 et financé par la DGOS, est un projet dédié au recensement, à l'évaluation et la valorisation des publications scientifiques d'un établissement ayant des activités de recherche médicale. Le projet SIGREC, commandité et financé par la DGOS et le CeNGEPS, est un projet dédié au recensement et au suivi des essais cliniques réalisés au sein d'un établissement.

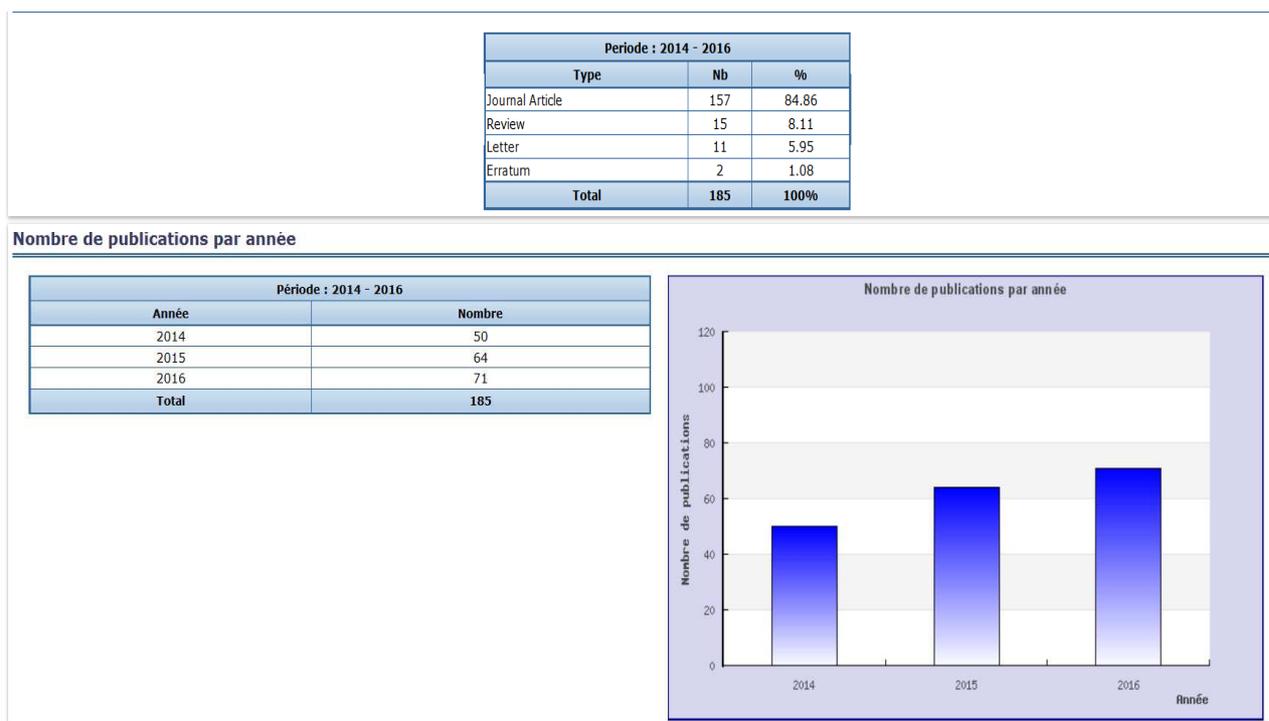
Le CHPC complète depuis 2014 les indicateurs correspondant aux projets SIGAPS-SIGREC :

SIGREC

En effet, les études RIPH-RI à promotion académique sont peu voir pas financées. Cependant si l'activité de l'établissement pour ce type de recherche est conséquente (seuil fixé par arrêté ministériel) une valorisation via la plateforme SIGREC est envisageable. Pour le moment, l'activité de l'établissement est en dessous du seuil et donc aucune valorisation par ce biais n'a été obtenue.

SIGAPS

Une extraction du logiciel SIGAPS permet de voir que sur la période 2014-2016 ; 185 publications ont été faite par des médecins enregistrés au CHPC.



Extraction SIGAPS du 10/4/2017

Le graphe des publications de l'ensemble du corps médical enregistré sur l'établissement, présenté ci-dessus, est un biais, car nous avons des médecins qui exercent également pour la majorité de leur temps au CHU, c'est à cette occasion qu'ils participent à des recherches et font des publications. Ces publications n'entrent donc pas dans la comptabilisation des publications propre à notre établissement.

Les données ci-dessous sont extraites du même logiciel avec un filtre éliminant les praticiens qui exercent à moins de 50% dans notre établissement.

Nombre de publications par type

Période : 2014 - 2016		
Type	Nb	%
Journal Article	64	92.75
Letter	2	2.90
Review	2	2.90
Erratum	1	1.45
Total	69	100%

Nombre de publications par année

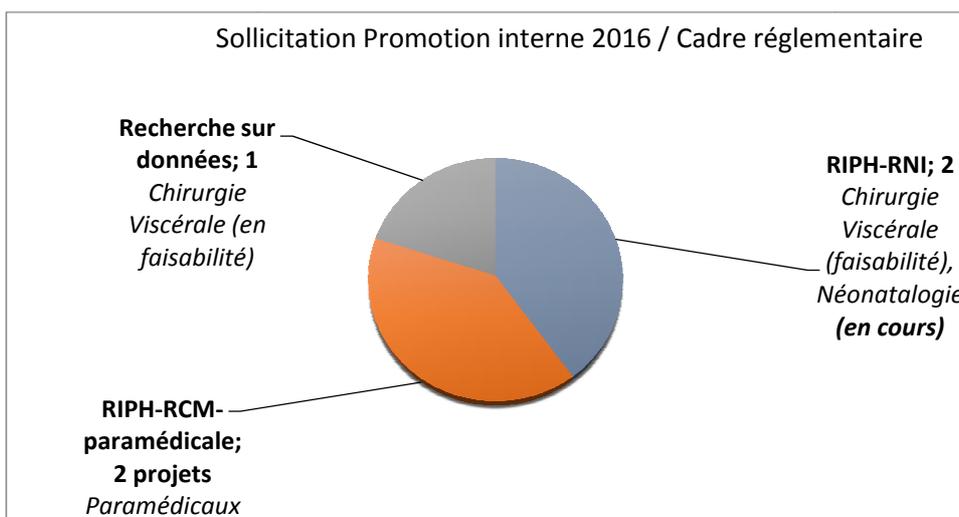
Période : 2014 - 2016	
Année	Nombre
2014	22
2015	22
2016	25
Total	69



Pour le moment l'activité de promotion interne de l'établissement est en dessous du seuil, aucune valorisation n'a encore été obtenue.

En 2015, 2 sollicitations de travaux internes RIPH-RCM (*service Urgences, service HAD*) ont été enregistrés, mais aucun dossier n'a été déposé.

En 2016, 4 nouvelles sollicitations de promotion interne ont été enregistrées au DRC. Le dossier de l'étude de Néonatalogie était déjà formalisé avant l'enregistrement de l'étude en 2016. Le dépôt réglementaire pour l'étude RIPH-RCM paramédicale devrait être effectué courant 2017. Si ces études sont publiées elles pourront être valorisées via la plateforme SIGAPS. L'étude paramédicale fera l'objet d'un suivi SIGREC également.



Synthèse

Le Centre Hospitalier Public du Cotentin souhaite mettre en avant l'accès à l'innovation pour ses patients. L'ambition de l'établissement est que la recherche devienne une activité d'établissement et pas seulement une activité transversale. Cependant la recherche de financement reste une obligation car l'établissement ne peut pas supporter seul les coûts liés à l'activité. Une activité financièrement autonome permettrait de pérenniser la structure dédiée et ainsi généraliser l'investigation à l'ensemble des services intéressés. Des collaborations régionales sont à l'étude.

La dynamique recherche au CHPC est lancée, mais c'est un travail commun qui doit être effectué. Ainsi l'implication des équipes pourra être valorisée et reconnue et le patient aura un accès large à ce qui peut améliorer sa prise en charge. Les « recherches impliquant la personne humaine » font parties des protocoles de soins de demain et permettent de mettre en avant des qualités de prestations cliniques très réglementées.

VI - RESSOURCES HUMAINES EN LIEN AVEC L'ACTIVITE

6.1 – LES ENGAGEMENTS ET LE DIALOGUE SOCIAL AU CHPC

6.1.1 - Les instances

A. Le Comité Technique d'Etablissement

Le Comité Technique d'Etablissement s'est réuni à 8 occasions en 2016 : le 21 janvier, le 24 mars, le 27 mai, le 27 juin, le 03 octobre, le 7 novembre, le 14 novembre (report du 7 novembre faute de quorum) et le 13 décembre.

La Direction a présenté 33 sujets ;

Les représentants des personnels ont posé 108 questions.

B. Le Comité Hygiène, Sécurité et Conditions de Travail

Le Comité Hygiène, Sécurité et Conditions de Travail du site de Cherbourg s'est réuni à 4 occasions en 2016 : le 18 mars, le 22 juin, le 30 septembre et le 16 décembre..

Le Comité Hygiène, Sécurité et Conditions de Travail du site de Valognes s'est réuni à 4 occasions en 2016 : le 14 mars, le 20 juin, le 26 septembre et le 12 décembre.

1 CHSCT extraordinaire en 2016 pour Valognes : le 14 mars

2 CHSCT de coordination : le 20 mai et le 22 septembre.

Nombre de sujets proposés par la Direction :

- ✓ Pour Cherbourg : 19
- ✓ Pour Valognes : 14
- ✓ Pour les CHSCT de coordination extraordinaires : 0

Nombre de sujets proposés par les représentants des personnels :

- ✓ Pour Cherbourg : 47
- ✓ Pour Valognes : 34
- ✓ Pour les CHSCT de coordination extraordinaires : 1

6.1.2 - Les discussions sociales

83

Achevées fin juin 2016, les réunions de négociations sociales entre les partenaires sociaux et la Direction du Centre Hospitalier Public du Cotentin ont eu lieu autour d'une thématique principale : la relance de la politique de stagiairisation.

En effet, le CHPC s'est à nouveau engagé dans une politique ambitieuse à l'égard des agents non médicaux (infirmiers généraux de soins, infirmiers de bloc, infirmiers anesthésistes, auxiliaires de puériculture, aides-soignants, agents de service hospitalier, techniciens de laboratoire, manipulateurs radio, préparateurs en pharmacie, ouvriers professionnels, adjoints administratifs) via l'organisation de concours pour accéder au statut de la fonction publique hospitalière.

Concrètement, cela permet aux agents de bénéficier à la fois d'un rattrapage (reprise d'ancienneté) et d'un déroulement de carrière (autrement dit, une revalorisation progressive de rémunération) et d'une protection sociale plus étendue que celle proposée par le régime des contractuels de droit public. 80 agents ont été stagiairisés en 2016. Cette décision, fruit d'un dialogue social constructif, représente un coût de 400 000 € pour l'établissement. Cette relance de la politique de titularisation, pilier de la politique sociale de l'établissement, constitue donc un choix ambitieux et difficile dans un contexte de situation financière dégradée. Elle se poursuivra en 2017. Le tableau ci-dessous répertorie le nombre de postes ouverts par concours :

Stagiairisations en 2016

Type de concours	nombre de postes ouverts	Date mise en stage liste principale	nombre de poste en liste complémentaire	Date mise en stage liste complémentaire
AIDE SOIGNANT	18	01/11/2016	9	01/01/2017
ADJOINT ADMINISTRATIF	8	01/11/2016	4	01/01/2017
AUXILIAIRE PUERICULTURE	1	01/11/2016		
ASHQ	8	01/11/2016	2	01/01/2017
ISGS 1er grade	18	01/11/2016	4	01/01/2017
AEQ	1	01/01/2017	1	01/01/2017
OPQ	1	01/01/2017		
TECH DE LABO	1	01/01/2017		
PREPARATEUR PHARMACIE	1	01/01/2017		
MANIP RADIO	1	01/01/2017		
ISGS 3ème GRADE	1	01/01/2017		
ISGS 2ème GRADE	1	01/01/2017		

6.1.3 - Le comité de prévention et de suivi de la violence

Le comité de prévention et de suivi de la violence s'est réuni à 4 occasions en 2016 : le 25 mars, le 28 avril, le 23 septembre et le 18 novembre.

Les sujets qui ont été abordés en 2016 :

- ✓ Constitution d'un Groupe de travail sur les violences des patients présentant une déficience cognitive liée à des troubles neuro-dégénératifs ;
- ✓ Suivi et analyse des Fiches de Signalement des Evénements indésirables (FSEI) ;
- ✓ Journée de sensibilisation aux violences et incivilités verbales ;
- ✓ Constitution d'un Groupe de travail sur la prise en charge des violences de patients adolescents.

6.1.4 - Les mouvements sociaux

A. Mouvements locaux : 2 mouvements en 2016 :

- ❖ 1 mouvement de grèves pour le personnel des urgences à la suite d'un Danger Grave et Imminent (fin du mouvement de grève illimité commencé en fin d'année 2015 et qui a continué entre le 1^{er} janvier 2016 et le 5 janvier 2016)
- ❖ 1 mouvement de grève pour les agents du bloc opératoire le 15 juin.

B. Mouvements nationaux ayant pour motif l'amélioration des conditions de travail, le dialogue social, le retrait de la loi « El Khomri » ainsi que le statut des IADES : 19 mouvements en 2016 : le 26 janvier, le 9 mars, le 22 mars (2 mouvements), le 31 mars, le 28 avril, le 12 mai, le 17 mai, le 26 mai, le 2 juin, le 14 juin, le 23 juin, le 28 juin, le 5 juillet, le 8 septembre, le 15 septembre, le 8 novembre, le 24 novembre et le 29 novembre.

❖ Nombre de journées de grève dans l'année :

- mouvement local : 0 jours
- mouvement national : 308 jours

❖ Nombre d'agents assignés :

- mouvements locaux : 11 agents
- mouvements nationaux : 291 agents

6.2 – GESTION DU PERSONNEL MEDICAL

195 médecins, 54 internes et 9 faisant fonctions d'interne (FFI), aux statuts et origines divers, exercent chaque jour au Centre Hospitalier Public du Cotentin. L'établissement compte en effet :

- ✓ 100 praticiens hospitaliers titulaires (dont 11 à temps partiels),
- ✓ 38 praticiens hospitaliers contractuels,
- ✓ 20 praticiens attachés en CDI, qui réalisent des vacations,
- ✓ 29 praticiens attachés associés, titulaires de la procédure d'autorisation d'exercice et en cours de validation des compétences techniques,
- ✓ 16 assistants spécialistes,

Cette diversité constitue une richesse pour l'établissement. Elle permet de maintenir, de développer et d'améliorer notre offre de soins, en collaboration avec les équipes soignantes.

6.2.1 – Mission de la Direction des affaires médicales

Les missions de la Direction des Affaires Médicales s'articulent autour de plusieurs axes :

- la gestion des effectifs et le développement de l'attractivité de l'établissement,
- la gestion du temps de travail,
- le suivi budgétaire.

Par ailleurs, la direction des affaires médicales offre un accompagnement collectif et/ou individualisé aux médecins, via des recherches juridiques, des éclairages quant à des modalités d'organisation collective et/ou individuelle, le financement et l'organisation de formations, permettant ainsi aux équipes de développer des modalités d'association efficaces et anticipant, dans la mesure du possible, les évolutions des services.

A. La gestion des effectifs et le développement de l'attractivité de l'établissement

L'anticipation des départs en retraite des seniors, la hausse du nombre d'internes accueilli depuis quatre ans, la fidélisation des ASR permettent de répondre à une partie des besoins de l'établissement, qui fait face à un déficit de médecins dans de nombreux services. 30 à 40 postes vacants sont publiés deux fois par an, à l'occasion du tour de recrutement des praticiens hospitaliers, tandis que le recours à l'intérim contribue à combler les besoins quotidiens.

Recruter des médecins, constituer des équipes qui s'apprécient et se font confiance, sont des processus longs, qui se déroulent sur plusieurs mois, voire plusieurs années.

Les exemples existent déjà : deux équipes sont revenues à l'effectif depuis peu, en biologie et en réanimation, ce qui permet aux praticiens de développer des projets complémentaires à leurs activités principales, au premier rang desquels l'activité de recherche clinique.

- **Externes**

En 2016, la DAM a continué à accueillir 6 externes en RDED, 4 en MIMI. Le stage dure en moyenne 8 semaines.

- **Internes**

Depuis quatre ans, le CHPC a doublé le nombre d'internes accueillis chaque semestre : 35 internes étaient accueillis chaque semestre en 2013 tandis que 65 internes ont intégré le CHPC lors du semestre d'hiver 2016-2017. Cette affluence est un signe encourageant pour l'établissement.

La Commission Médicale d'Etablissement (CME), s'est mobilisée pour désigner un médecin référent des internes, le Docteur Julien BOUET, qui coordonne des temps de formation "flash", spécifiques à certains sujets et basés sur des cas pratiques (par exemple : "les particularités de la prise en charge de la personne âgée aux urgences") animés par ses confrères et à destination des internes. Celui-ci se rend disponible pour répondre à toutes leurs demandes (professionnelles, personnelles, logistiques...).

L'amélioration de l'encadrement des internes, le respect de la législation relative aux temps de travail de ceux-ci, une préoccupation constante pour leur accueil et leur intégration ont également été recherchés et des objectifs ont été formalisés dans une charte, co-écrite par les internes, les médecins et la direction des affaires médicales.

Nouveaux objectifs pour 2017 et suivantes : ouvrir davantage de terrains de stage pour les externes, pour faire connaître l'établissement aux médecins en formation le plus tôt possible ; ouverture d'un stage partagé CHPC/PCC en chirurgie gynécologique ; sessions de découverte (au cours de quelques demi-journées) de l'HAD organisées par le service ; mise au point d'une journée visite/découverte des deux partenaires du territoire, la PCC et le SSR Korian à Siouville-Hague.

Enfin, le CHPC s'associe à la Polyclinique du Cotentin (PCC), à la Fondation Bon Sauveur et au SSR Korian de Siouville-Hague ainsi qu'aux collectivités (commune de Cherbourg-en-Cotentin, Communauté de Communes de La Hague et de Les Pieux...) pour proposer des temps d'échange et de découverte conviviaux à ces jeunes médecins et pour mettre en valeur les atouts du territoire. En 2016, le week-end découverte « Les paradis de Cherbourg », les 28 et 29 juin, a permis de faire découvrir aux internes les atouts du Cotentin. Au programme : pass pour le festival des Arzimutés, activités sportives et nautiques, visite de la Cité de la mer, rencontre avec les professionnels libéraux du territoire. Le 14 décembre dernier, les internes ont été invités à participer à une soirée de rencontre avec les acteurs de santé du territoire, organisée au Centre Régional des Arts du Cirque.

- **Post- internat : Assistants spécialistes régionaux et assistant**

Le CHPC s'est inscrit dans le dispositif des Assistants Spécialistes Régionaux porté par l'Agence Régionale de Santé de Basse-Normandie. Le CHPC accueille également des post-internats recrutés à 100% par l'établissement. Il s'agit du principal mode de recrutement des médecins.

Le Centre Hospitalier Public du Cotentin a fait le choix de participer pleinement au dispositif régional largement développé et soutenu par l'ARS Normandie des Assistants Spécialistes Régionaux (ASR). Ces jeunes médecins viennent de terminer leur internat, ils ont passé leur thèse et leur inscription à l'ordre des médecins de la Manche est en cours de finalisation.

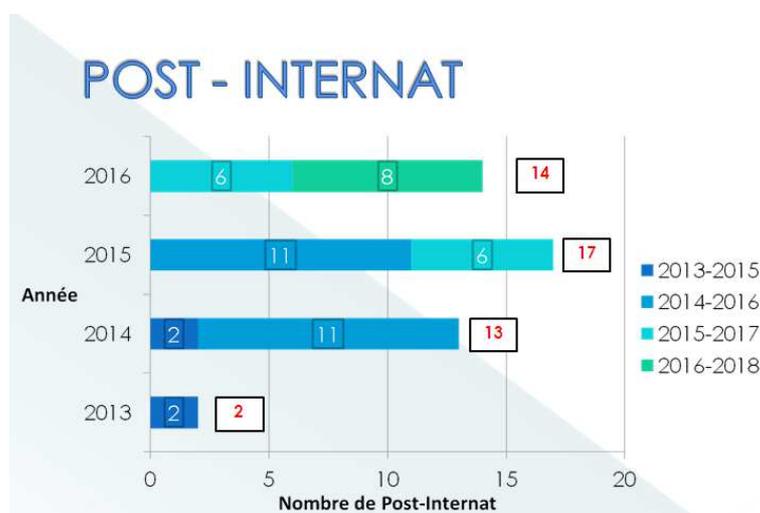
Ils sont autonomes dans leurs fonctions au quotidien. Pendant deux ans, ils vont partager leur temps entre un exercice de la médecine au CHPC et un temps de formation complémentaire au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Caen ou plus exceptionnellement au Centre François Baclesse. L'Agence Régionale de Santé (ARS) de Normandie, pilote de la politique de santé au sein du territoire, finance une part significative du coût de ces emplois médicaux.

Ce dispositif existe depuis huit ans mais un rééquilibrage territorial, fruit d'une concertation entre l'ARS et la Fédération Hospitalière de France (FHF) régionale, a eu lieu en 2012 permettant depuis lors au CHPC de recruter 2 médecins en 2015 (parmi les 2 accueillis) et 7 médecins en 2016 (parmi les 11 accueillis).

Nombre de ces médecins choisissent ensuite de rester au CHPC au terme de ces deux années d'assistantat. Par exemple, des entités aussi différentes que le pôle Femme-enfant, la pharmacie ou encore les urgences ont accueilli

puis retenu ces jeunes médecins dynamiques, qui connaissaient déjà l'établissement et son environnement et qui ont eu envie de s'y investir. En fait, plus de deux tiers (70 %) des médecins qui ont été ASR au CHPC y sont restés.

ANNEE	NOMBRE	SERVICE	POSTE PARTAGE AVEC
2013 - 2015	2	Pharmacie	NON
		Néonatalogie	CHU Caen
2014 - 2016	7	Urgences	NON
		Radiologie	CHU Caen
		Urgences	CHU Caen
		Gastro-entérologie	CHU Caen
		Gynécologie	CHU Caen + Centre François Baclesse
		Néphrologie	CHU Caen
		Pédiatrie	CHU Caen
2015 - 2017	5	Gynécologie	CHU Caen
		Néonatalogie	CHU Caen
		Pédiatrie	CHU Caen
		Pédiatrie	CHU Caen
		Urgences / Médecine légale	CHU Caen
2016 - 2018	11	Biologie	CHU Caen
		RDED Dermatologie	CHU Caen
		Réanimation	NON
		Pneumologie	CHU Caen
		RDED Diabétologie	CHU Caen
		Urgences	CHU Caen
		Néonatalogie	CHU Caen
		Gynécologie	CHU Caen
		Cardiologie	CHU Caen
		Neurologie	CHU Caen
		Dermatologie	CHU Caen



- **Recrutements**

La Direction des Affaires Médicales reçoit les candidatures, les analyses et les transmet aux chefs de service et chefs de pôle concernés. Les entretiens de recrutement, co-animés par le chef de service et/ou le chef de pôle et la direction des affaires médicales, ont lieu le plus rapidement possible après réception et validation de la candidature du praticien.

- **Anticiper les départs en retraite**

En 2016, l'élaboration d'une pyramide des âges par équipe médicale a permis d'identifier les principaux besoins de remplacement « un pour un » de l'établissement au cours des cinq prochaines années, toute chose étant égale par ailleurs. Ceci doit à la fois aider les chefs de pôle et de service dans leur dynamique de recherche de ressources médicales, anticipant le renouvellement des générations, mais aussi permettre d'accompagner au mieux les projets individuels.

- **DPC et formation continue**

La formation continue, via le développement professionnel continu (DPC), constitue un des leviers pour approfondir et renouveler les compétences des professionnels (médicaux ainsi que paramédicaux) et pour améliorer la qualité de vie au travail des équipes.

L'obligation triennale de DPC peut être accomplie en réalisant plusieurs actions/programmes complémentaires tels que :

- ✓ Des actions cognitives (concernant l'approfondissement des connaissances) ;
- ✓ Des actions d'analyse des pratiques professionnelles (permettant une réflexion sur la démarche et les caractéristiques de la pratique professionnelle effective du professionnel) ;
- ✓ Des actions de gestion des risques (visant à identifier, évaluer et prioriser des risques relatifs aux activités d'un métier ou d'une organisation).

L'arrêté du 8 décembre 2015 fixe la liste des orientations nationales du DPC des professionnels de santé pour les années 2016 à 2018 ; le Centre Hospitalier Public du Cotentin accompagne les praticiens en leur permettant de réaliser leur parcours de formation pour remplir leur obligation triennale. Ainsi, le nombre de départs en formation augmente depuis trois ans : 35 en 2014, 40 en 2015 et 44 en 2016. Les formations demandées sont très variées, on peut notamment répertorier :

- ✓ Des formations visant le maintien des compétences dans le domaine d'activité initial des praticiens ;
- ✓ En lien avec les axes prioritaires nationaux ;
- ✓ En lien également avec le contexte géographique particulier, voir unique en France – le CHPC se trouve au carrefour de 3 sites présentant des risques importants de contamination radioactive ;
- ✓ Pilotage de pôle et management d'équipe.

Ces formations peuvent être théoriques en présentiel, sous forme de congrès avec, dans la mesure du possible une partie DPC, des journées de réseau, en e-learning ou encore des diplômes universitaires.

Dans tous les cas, elles doivent être rattachées à un organisme de formation reconnu de l'ANFH (le CHPC a choisi d'adhérer à l'ANFH pour la formation médicale à partir du 1er janvier 2013. L'ANFH permet aux établissements d'avoir un accompagnement et un appui au suivi des obligations et le logiciel GESFORM assure la traçabilité des actions de DPC réalisées. Outre la cotisation versée par l'établissement de santé, un abondement de l'industrie pharmaceutique vient s'ajouter au budget de formation annuel DPC pour les établissements adhérents).

De plus, la formation constitue un levier pour développer des synergies entre professionnels : depuis 2013, la formation « prise en charge d'un blessé radio-contaminé » permet aux PM et PNM d'être formés ensemble.

6.2.2 - Gestion du temps de travail

- **Décompte du temps de travail**

Le projet d'achat du logiciel de gestion des temps de travail pour le personnel médicale et le personnel non-médical a été de nouveau lancé.

Le système d'enregistrement des congés a été maintenu. Les médecins disposent d'une fiche navette de congés annuels distribuée par la DAM en fin d'année précédente. Celle-ci reprend leurs droits à congés en fonction de leur statut. Les congés sont demandés par le médecin via la fiche navette de congés auprès du responsable de service. L'enregistrement par la DAM lorsque la fiche dispose des deux signatures. Aucun enregistrement sur le logiciel RH n'est fait aujourd'hui. Il s'agit d'un enregistrement papier (copie et classement).

Les gardes et astreintes sont transmises tous les 20 du mois précédent à la DAM. Chaque changement de garde est signalé par une fiche de liaison. Les tableaux permettent de rémunérer les variables de paie.

La fiche de congés ainsi que les fiches des gardes et astreintes permettent un contrôle du temps de travail par comparaison.

Les tableaux de décompte du temps de travail ont été mis sur un serveur partagé permettant au chef de service de les remplir et à la DAM de les voir en temps réel. Dans le cadre de la certification des comptes, un mail de confirmation de l'exactitude des données est demandé à chaque chef de service pour confirmer l'exactitude des données. La DAM procède ensuite au contrôle et au paiement.

- **Activité libérale**

Au CHPC, 8 médecins réalisent une activité libérale (soit moins de 5% des praticiens).

6 disciplines sont concernées par l'activité libérale.

Le tableau ci-dessous présente l'activité libérale au CHPC par discipline et nombre de praticiens concernés :

DISCIPLINES	NOMBRE
Gynécologie – Obstétrique	2
Pneumologie	1
Cardiologie	1
Néonatalogie	1
Chirurgie Orthopédique	1
Chirurgie viscérale	2
6	8

Aucun médecin ne pratique de dépassements d'honoraires.

Bilan 2016 :

La Commission d'Activité Libérale s'est tenue le 31 août 2016 au cours de laquelle un bilan de l'activité libérale 2015 a été fait.

Il a été constaté pour deux praticiens un déséquilibre pour les actes (en montant) entre l'activité libérale déclarée au CHPC et les relevés SNIR. Le relevé SNIR fait foi devant la commission. Un courrier a été adressé aux médecins pour obtenir des informations sur ce décalage pour les actes (en montant). Il est à noter une baisse de l'activité libérale.

- **La COPS et les organisations médicales**

La réunion du 16 juin 2016 a notamment validé les modifications de l'organisation de la permanence des soins pour trois services et fait un point sur la mise en place du nouvel arrêté du 8 novembre 2013.

Par ailleurs, le CHPC est fier d'appliquer la réforme du temps de travail des médecins exerçant dans les structures de médecine d'urgence² depuis le 1er janvier 2017. Cette nouvelle modalité de décompte du temps de travail de ces médecins traduit une évolution culturelle forte, qui vise à reconnaître pleinement les temps de formation individuelles, collectives, personnelles mais aussi à destination d'autres professionnels, les temps d'accueil et d'intégration de nouveaux professionnels, tels que les internes chaque semestre, les temps d'analyse de pratique et de réalisation de démarche qualité ou bien encore les temps de participation à des démarches institutionnelles, non cliniques (en premier lieu, instances et réunions de travail).

6.2.3 - Le suivi budgétaire

L'état prévisionnel des recettes et des dépenses de personnel médical est réalisé à partir des besoins répertoriés au sein de l'année écoulée, de deux connus et de ceux anticipés pour l'année à venir. En 2016, l'augmentation des dépenses de personnel médical découle principalement de la hausse du recours à l'intérim pour combler les besoins quotidiens.

² instruction n°DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence prévu par la circulaire n°DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR.

L'intérim est source de dépenses non négligeables pour l'établissement (3 M€ en 2014, toutes charges comprises, 2,7 M€ en 2015 et 3, 5 M€ en 2016). Par ailleurs, l'intérim permet d'adapter les organisations aux évolutions d'activité : ces deux derniers hivers, la prise en charge médicale des patients de l'unité temporaire d'hospitalisation a été assurée par des médecins intérimaires. Tout au long de l'année, les intérimaires complètent nos besoins aux urgences, en anesthésie, en imagerie... Ainsi, le recours à l'intérim médical reste en 2016 une activité majeure, quotidienne et chronophage pour la Direction des Affaires Médicales. (cf. tableau récapitulatif de l'intérim médical 2016 en [annexe 2](#))

6.3– GESTION DU PERSONNEL NON-MEDICAL

6.3.1 - La stratégie Handicap et Travail : la convention triennale avec le Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (*FIPHFP*).

La deuxième convention triennale se décompose en 4 grands axes, dont les orientations et principales réalisations 2016 sont indiquées ci-dessous :

L'axe 1 : le dispositif et la politique handicap de l'établissement

La politique handicap du CHPC est valorisée par une structuration pérenne du dispositif autour du référent handicap, de la coordinatrice et des correspondants handicap dans chaque Direction. Des contacts privilégiés avec le service de santé au travail et des partenariats extérieurs permettent une prise en charge individuelle qui s'adapte aux besoins des agents.

L'axe 2 : l'information et la sensibilisation des personnels

Un livret d'une quinzaine de pages a été élaboré au cours de l'année 2016, dont l'objectif est de rappeler :

- Les données clés relatives au handicap ;
- La loi du 11 février 2005 ;
- Les différents types de handicap ;
- Les avantages liés au statut de travailleur handicapé ;
- Les acteurs internes pouvant être mobilisés.

En parallèle, des communications par le biais d'intranet ont été réalisées via la diffusion de vidéos de sensibilisation (« 1 jour, 1 clip ») dans le cadre de la SEEPH. La diffusion de ces clips a eu un impact fort sur la sensibilisation au handicap dans les équipes de travail.

De plus, une formation assurée par GERESO a eu lieu à destination des membres de la Commission de maintien dans l'emploi. Elle a permis d'élaborer le document règlement intérieur de cette instance.

Enfin, des actions de sensibilisation à destination des collègues d'agents ayant bénéficié d'un aménagement de poste ont été organisées.

L'axe 3 : le recrutement

La priorité a été donnée sur l'apprentissage. Dans ce cadre, l'apprenti accueilli en 2014 a terminé sa période d'apprentissage en juin 2016 (suite à la réussite à ses examens).

Un nouvel apprenti a été accueilli à partir du mois de septembre 2016, sur des fonctions de magasinier au sein du Magasin Général de l'hôpital.

Par ailleurs, l'apprenti recruté en septembre 2015 poursuit sa deuxième de cursus, jusqu'en juin 2017.
Ainsi, l'établissement accueille en permanence deux apprentis en situation de handicap au sein de ses locaux.

L'axe 4 : le maintien dans l'emploi

En 2016, une cinquantaine d'agents ont bénéficié d'une aide technique ou humaine. De nombreux aménagements de poste ont pu être mis en œuvre au cours de l'année 2016, notamment :

- 45 aménagements de poste (plan de travail, fauteuil ergonomique, porte automatique, luminaires adaptées, etc.) ;
- 3 prothèses auditives ont été acquises ;
- 2 nouvelles situations de télétravail ont été installées ;
- 5 agents disposant d'un transport adapté domicile-travail.

6.3.2 - Gestion du temps de travail

A. Commission des cycles de travail

Au cours de l'année 2016, la commission des cycles de travail s'est réunie à plusieurs reprises afin d'y étudier :

Les cycles de travail des services :

- ✓ des IDE du service UCC/Alzheimer
- ✓ des AS/AMP du service UCC/Alzheimer
- ✓ hygiène patient site de Valognes

Les fiches de postes, fiches d'activité, fiches de tâches ou modes opératoires :

- ✓ de l'hygiène autour du patient HV

B. Projet Gestion du Temps et des Activités PNM et PM

Pour rappel, Le CHPC a fait l'acquisition d'un logiciel de gestion du temps et des activités PNM et PM, auprès de la société EQUITIME en octobre 2015, à la suite de la publication d'un appel d'offre.

Ce logiciel a pour objectifs de remplacer les systèmes GTT PM et PNM actuels ayant montré leurs limites en termes d'évolutions réglementaires, de segmentation des plannings et de complexité des changements afférents aux situations des agents et praticiens. Cet outil commun PM / PNM va permettre une gestion automatisée des cycles de travail, de faciliter les simulations de plannings, d'intégrer des interfaces avec le logiciel de Gestion des Ressources Humaines MRH, de disposer d'alertes, de tableaux de bord et de statistiques ; et enfin de répondre aux recommandations des commissaires aux comptes dans le cadre de la certification.

La démarche méthodologique générale est la suivante :



Démarche de mise en œuvre

Mobilisation
des Ressources

EQT CHPC

Phase	Objets	Activités	Produits
Conception	Comprendre Décrire Arbitrer	Organisation; Référentiels; Flux échanges de données; Compteurs de droit; Compteurs de temps; Processus à dématérialiser; Reporting; Contraintes d'élaboration des plannings; Profils utilisateurs	<ul style="list-style-type: none"> DSF du Réglementaire DSF Interfaces
Réalisation	Paramétrer Développer Tester		<ul style="list-style-type: none"> Solution paramétrée Interfaces Procédure reprise de compteurs
Tests	Vérifier conformité au DSF		<ul style="list-style-type: none"> Solution vérifiée Interfaces validées
Pilotes	Tester sur quelques sites		<ul style="list-style-type: none"> Solution validée
Déploiement	Planifier avec la nouvelle solution		<ul style="list-style-type: none"> Solution utilisée en réel

Phase de Conception

L'année 2016 a été consacrée à la conception de l'outil, avec l'organisation de différents ateliers :

PERSONNEL NON MEDICAL (PNM)	
Objet de l'atelier	Dates
Organisation et réglementaire	18, 19, 20 et 21 avril
Définition des rôles utilisateurs	22 avril
Dématérialisation des processus (workflow)	10 et 11 mai
Alertes et restitutions	11 et 12 mai
Organisation pilote et stratégie de déploiement	9 juin
Interfaces	24 et 25 mai

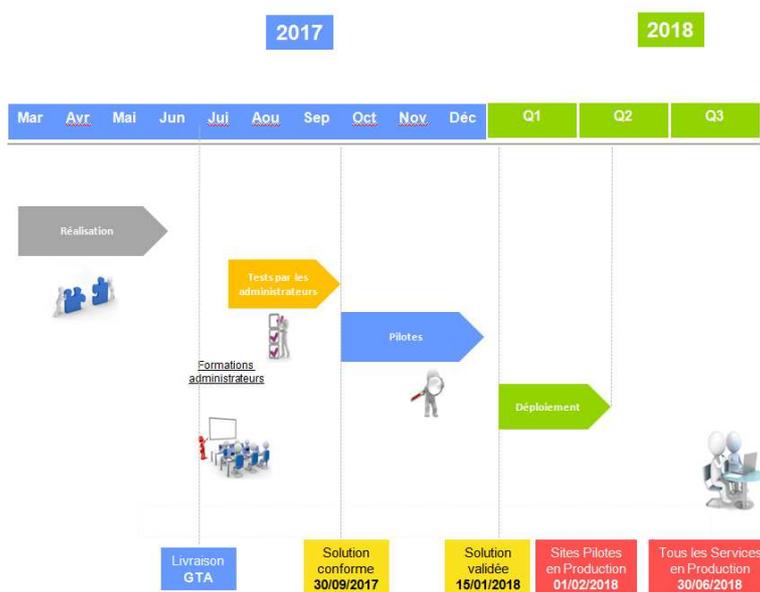
PERSONNEL MEDICAL (PM)	
Objet de l'atelier	Dates
Organisation et réglementaire, rôles utilisateurs, calendriers et populations	31 mai
Tableau de service, temps médical continu et discontinu, activité clinique/non clinique, permanence des soins et dématérialisation des processus	31 mai et 1 ^{er} juin
Typologie des absences, repos quotidien, temps additionnel, compteurs	1 ^{er} juin
Dématérialisation des processus	11 et 12 mai
Organisation pilote et stratégie de déploiement	9 juin
Interfaces	10 juin

Poursuite du projet

Depuis janvier 2017, la chefferie de projet PM et PNM a été confirmée à un interlocuteur unique au sein de l'établissement.

Il a été décidé de prioriser le développement de l'outil dédié aux PM.

PLANNING PRÉVISIONNEL GLOBAL – PERSONNEL MEDICAL



C. Indemnités de Départ Volontaire (IDV)

Dans le cadre de la réévaluation et l'uniformisation des organisations des secrétariats médicaux par plateau de soins en lien avec l'arrivée à l'arrivée de la dictée numérique et le remplissage de certaines parties du dossier médical par les médecins eux-mêmes, ainsi que la réorganisation du travail vers plus de mutualisation, ainsi que l'ouverture de la centrale d'appels pour la prise de rendez-vous, la DRH a accompagné quatre agents souhaitant bénéficier d'une indemnité de départ volontaire (IDV). Plusieurs rencontres ont été organisées afin de les informer de leur choix et de répondre à toute question. Ce projet a été présenté et validé lors du CTE du 27 juin 2016.

De plus, la restructuration du secrétariat du Pôle F, le déploiement du logiciel de prescription médicale et la prise en charge des rendez vous par la centrale d'appels ont permis le gain d'un ETP. La date de départ de l'agent administratif est déterminée au 1er Janvier 2017. Ce projet a été présenté et validé lors du CTE du 3 octobre 2016.

6.3.3 - Gestion des statuts

A. Organisation des Commissions Administratives Paritaires Locales (CAPL)

Les CAPL ont eu lieu les 28 janvier et 30 mars 2016

Ordre du jour :

- mises en stage : 2
- examen de recours en notation et/ou commentaires : 9

- avis sur radiation des cadres : 1
- avancements de grades et d'échelons.

Deux CAPL exceptionnelles ont eu lieu : l e 24 février 2016 dans le cadre de la promotion aux choix pour les Assistantes-Médico Administratives et le 29 novembre 2016 dans le cadre de l'examen professionnel OPQ.

B. Organisation des Commissions Administratives Paritaires Départementales (CAPD)

Les CAPD ont eu lieu les 26 mai et 17 novembre 2016.

Gestion des propositions des établissements du département : recueil des documents des différents Etablissements, expertise, vérification des durées de bonification notamment, mise en forme, reprographie, PV, suivi de la composition de chaque commission.

6.3.4 - Métiers et compétences

A. Les axes stratégiques du plan de formation 2016

Le présent Plan de formation intègre le **Développement Professionnel Continu** (DPC) qui est actuellement dans une phase de mise en œuvre opérationnelle et se développe autour d'axes principaux :

- La formation sur les transmissions ciblées a pour objectif de travailler sur le projet d'application et d'impliquer les équipes concernant les transmissions ciblées, selon la méthodologie de la démarche de projet.
- Pour 2016 la formation des utilisateurs finaux sur le dossier patient informatisé portait principalement sur la gestion des rendez-vous, l'informatisation du bloc opératoire, du lactarium, la prescription et le plan de soins.
- Il est à noter également qu'un budget a été dédié pour permettre de former de nouveaux arrivants ou des professionnels de notre Etablissement en reconversion.
- La *Gestion prévisionnelles des Métiers et Compétences* (GPMC) a pour objectif de garantir l'employabilité des professionnels et un développement continu des savoir-faire et des savoir-être de chacun. Les membres de la cellule projet ont suivi une formation sur la notion de compétences en septembre 2016 organisée par la société INFORELEC dans le cadre d'un marché avec notre OPCA, l'ANFH. Cette formation a permis de définir la GPMC et ses enjeux, d'identifier et réduire les écarts (actuels ou prévisionnels) entre les besoins de l'Etablissement et ses ressources humaines (quantité, qualité), de s'approprier les concepts-clés associés à la notion de compétences, de travailler sur le pilotage des compétences dans une logique GPMC, d'identifier les besoins actuels et prévisionnels au regard des activités / des évolutions de l'établissement, d'élaborer des plans d'action collectifs et individuels
- Les cadres des services pilotes (le plateau de Chirurgie, de la cuisine et de la DRH) ont été formés en novembre 2016 à l'entretien professionnel. Cette formation avait pour objectif d'identifier les enjeux individuels et collectifs d'un entretien professionnel, d'appliquer une méthodologie d'évaluation (pré requis

et conditions de réussite), de savoir mener l'entretien en phase "bilan et évaluation", de déterminer les objectifs individuels et collectifs et les moyens associés, d'établir un lien entre l'entretien professionnel et l'entretien de formation, enfin d'intégrer la démarche d'évaluation dans ses pratiques de management et de gestion des ressources humaines.

➤ Des parcours individualisés de formation pour les agents des consultations de médecine ont été mis en œuvre, avant leur prise de poste.

➤ En parallèle, le CHPC s'est engagé dans une démarche de valorisation des compétences clés. Cette action de formation a pour but de renforcer les bases de compétences des agents demandeurs en vue d'assurer leur adaptation immédiate au poste de travail, leur adaptation à l'évolution prévisible des emplois et le développement de leurs connaissances ou compétences et l'acquisition de nouvelles connaissances ou compétences (décret n°2015-172 du 13 février 2015 relatif au socle de connaissances et de compétences professionnelles). Les tests de positionnement des agents volontaires ont eu lieu en septembre 2016 et les premières formations ont commencé en novembre.

➤ 6 modules possibles

- Module 1 : Adapter ses compétences de communication orale dans les situations de travail
- Module 2 : Interpréter les écrits professionnels et développer ses compétences d'écriture dans son activité
- Module 3 : Améliorer son sens de l'organisation et de l'orientation & mobiliser les outils mathématiques dans le contexte de travail
- Module 4 : Maîtriser l'usage des outils informatiques
- Module 5 : Respecter les règles et codes en vigueur dans l'établissement
- Module 6 : Tirer parti de son expérience pour évoluer professionnellement

➤ Favoriser la qualité de vie au travail :

- en développant la prévention des risques psycho-sociaux et la réflexion sur des outils ou méthodes permettant un meilleur épanouissement et un bien-être au travail.
- en réactualisant le document unique et en mettant en œuvre le programme de prévention associé
- en perfectionnant les membres de la cellule d'aide à la résolution de conflits et en formant les membres du comité décisionnel à la médiation.

➤ La *prévention des risques psycho-sociaux* et la réflexion sur des outils ou méthodes permettant un meilleur épanouissement et un bien-être au travail. L'établissement a travaillé sur un cahier des charges pour une formation sur les risques psychosociaux destinée aux encadrants en tenant compte de son contexte. Les premières sessions de formation ont démarré en novembre 2016 et vont se poursuivre sur le premier semestre 2017. Les objectifs principaux de la formation sur les risques-psychosociaux pour l'encadrement sont :

- Objectif n°1 : Avoir des clés de compréhension sur les risques psychosociaux pour agir
- Objectif n°2 : Acquérir une méthodologie et des outils d'analyse de situations professionnelles à risque psychosocial
- Objectif n°3 : Identifier les différents acteurs de la prévention des RPS et les différents leviers pour agir
- Objectifs n°4 : Prévenir et gérer les situations difficiles/conflits

- Il convient de souligner le maintien d'un volet significatif d'études promotionnelles, de validation des acquis par l'expérience (VAE). La formation des professionnels de tous les horizons et de tous les métiers aux méthodes, procédures, politiques qualité. Enfin, des agents ont bénéficié de bilan de compétences pour mûrir leur projet professionnel. Pour d'autres, ils se sont engagés dans un congé de formation professionnelle. Le service formation, collectivement avec la cellule d'aide à la mobilité les a accompagnés pour réaliser leur dossier.

RECAPITULATIF DES BILANS DE COMPETENCES ET CONGES DE FORMATION PROFESSIONNELLE :

2016 - 2015 - 2014

Année	2016	2015	2014
Bilans de compétences	12	8	4
Congés de formation professionnelle	6	10	11

Le comité de gestion régional de Basse-Normandie priorise les demandes de bilan de compétences aux congés de formation professionnelle.

B. Axes prioritaires par pôle

POLE : URGENCES-ANESTHESIE-REANIMATION-NEUROLOGIE-CARDIOLOGIE-NEPHROLOGIE

- Développer des compétences spécifiques pour répondre de façon la plus adaptée aux besoins et aux attentes des usagers
- Poursuivre le développement de la formation interne en mobilisant les ressources institutionnelles
- Développer des connaissances et des compétences par les formations institutionnelles (AFGSU, partir accompagné, violence....)
- Développer les écrits professionnels
- Encadrer les nouveaux et futurs professionnels

POLE : FEMME ET ENFANT-HAD

- Accompagnement à la parentalité (projet de Pôle)
- Accompagner les patientes autour de la naissance / prendre soin autrement (pour les SF)
- Développer ses capacités d'écoute et enrichir ses capacités relationnelles
- Gestion et prévention des risques
- Prise en charge des troubles du comportement alimentaire (travail en collaboration et partenariat avec la pédopsychiatrie du BON SAUVEUR)
- Prendre en compte la douleur dans les soins
- Accompagner la prise en charge de fin de vie / la douleur et l'annonce (famille/enfant) (travail avec le réseau de soins palliatifs du Caen possible)
- Accompagner la prise en charge de fin de vie / la douleur et l'annonce (pour l'HAD)
- Favoriser le développement des pratiques professionnelles et le travail en réseau
- Développer les compétences professionnelles
- Répondre aux axes stratégiques du CHPC - thèmes transversaux

POLE : SPECIALITES MEDICALES ET SOINS DE SUITES ET READAPTATION

- Axe prioritaire par rapport au projet de soins : les transmissions ciblées
- Développer les connaissances et les compétences professionnelles en rapport avec les projets de service du pôle
- Améliorer la prise en charge des syndromes gériatriques et syndromes spécifiques concernant les patients neurovégétatifs
- Poursuivre l'implication des professionnels dans les formations institutionnelles
- Améliorer les connaissances et les pratiques professionnelles afin de répondre aux projets professionnels de chacun

POLE : SPECIALITES MEDICO-CHIRURGICALES

- Développer les compétences et répondre aux exigences réglementaires
- Développer les compétences spécifiques en radiothérapie, radiophysique, oncologie, lits dédiés en soins palliatifs et soins de support
- Maintenir et développer des compétences par spécialités médicales et chirurgicales
- Développer l'ETPA
- Développer les compétences spécifiques cadre
- Poursuivre l'implication des personnels dans les formations institutionnelles internes obligatoires
- Poursuivre les actions de préparations aux examens et concours pôle afin de répondre aux projets professionnels

POLE : PRESTATAIRES

- Acquérir et maintenir les compétences sur les activités en développement
- Gérer et prévenir les risques
- Prendre en compte la douleur dans les soins
- Favoriser le développement des pratiques professionnelles et le travail en réseau
- Développer les compétences professionnelles
- Répondre aux axes stratégiques du CHPC - thèmes transversaux, formations réglementaires

Focus sur les IBODES

Le Décret n° 2015-74 du 27 janvier 2015 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire.

Les IBODES déjà en exercice devront suivre avant le 31 décembre 2020 une formation complémentaire correspondant à ces nouveaux actes et activités, soit pour le CHPC, 14 IBODES à former.

Une formation dure 7 jours, a lieu à l'école d'IBODE de Caen ou Rennes

Les EHPAD

- L'humanité, outil au service de la bientraitance des résidents et du bien-être des soignants
- L'amélioration des compétences professionnelles des soignants qui accompagnent des résidents Alzheimer
- L'amélioration des compétences professionnelles techniques et psychologiques des soignants en lien avec la gériatrie

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

- Développement et maintien des compétences professionnelles
- Adaptation des compétences au nouveau programme

LES DIRECTIONS ET SERVICES RATTACHES

- Développement et maintien des compétences professionnelles

C. Nombre de prises en charges de parcours d'études promotionnelles

Pour l'année 2016, **15 parcours** ont été pris en charge sur notre plan de formation ou par l'ANFH

- 6 IDE
- 5 AS
- 1 IBODE
- 2 IADE
- 1 Cadre de santé

RECAPITULATIF DES PARCOURS D'ETUDES PROMOTIONNELLES : 2016 - 2015 - 2014

Année	2016		2015		2014	
	PEC Etb	PEC ANFH	PEC Etb	PEC ANFH	PEC Etb	PEC ANFH
Prise en charge Etablissement ou ANFH						
Cadres de santé	1	0	2	2	2	0
IDE	3	3	1	3	4	3
AS	3	2	1	1	2	0
IADE	2	0	0	0	1	0
IBODE	1	0	0	0	1	0
PUER	1	0	1	0	1	2
Préparateur en pharmacie	1 module	0	1	0	1 (apprentissage)	0
Post VAE AS	2	0	1	1	1	0
Passerelle AS Aux Puer	2	0	0	0	1	0
TOTAL	15	5	7	7	14	5

D. Le développement professionnel continu (DPC)

Deux nouveaux programmes DPC liés à l'hygiène pour les paramédicaux ont été déposés sur la plate-forme de l'OGDPC :

- Formation initiale à l'hygiène
- Formation Hygiène en hôtellerie et restauration en milieu hospitalier

Les médecins, les pharmaciens, ou sages-femmes, les professionnels concernés s'acquittent de leur obligation de DPC en faisant des formations avec des organismes extérieurs.

6.3.5 – Au sein du service, un travail de réflexion sur les valeurs professionnelles

Un travail collectif autour des valeurs professionnelles qui animent et doivent animer les membres du service a été proposé aux agents volontaires. Ce travail, animé par Julien Bontant à l'automne 2016, a pris forme autour de quatre temps de réflexion. Les participants ont élaboré une charte des valeurs professionnelles du service, qui a été présentée en réunion de service et approuvée par l'ensemble des collaborateurs. Cette charte est désormais signée par tout nouveau collaborateur du service et affichée dans les bureaux ; elle constitue un cadre de réflexion et d'action pour les agents et pour les équipes, au quotidien ainsi que dans la gestion des projets sur le moyen et long terme.

100

6.3.6 - La cellule d'aide à la mobilité

La cellule d'aide à la mobilité professionnelle a été mise en place par le CHPC dans le cadre de sa réorganisation fin octobre 2013. Son financement est pris en charge par l'Agence Régionale de la Santé (ARS). La cellule se compose d'un coordonnateur et d'une conseillère en mobilité professionnelle. Les missions de la cellule d'aide à la mobilité sont :

- Informer : reconversion, indemnité de départ volontaire, projet professionnel, évolution de poste, carrière...
- Conseiller/Orienter : bilan de compétences, validation des acquis de l'expérience, formations qualifiantes et diplômantes, candidature interne/externe, construction projet professionnel externe...
- Accompagner : Accompagnement et aide à la recherche d'emploi, accompagnement et aide à un projet professionnel extérieur, accompagnement mouvement interne...

Tous les agents peuvent solliciter la cellule d'aide à la mobilité, et cela quel que soit leur statut (titulaires, CDI, CDD). Chaque agent est suivi **de manière individuelle et dans la plus stricte confidentialité**. Un ou plusieurs entretiens individuels sont nécessaires pour effectuer avec l'agent un retour sur ses différentes expériences professionnelles, faire un point sur sa situation, envies, atouts, freins.

Différents ateliers ont été mis en place :

- Atelier curriculum vitae ;
- Atelier lettre de motivation ;
- Atelier simulation d'entretien d'embauche.

Ainsi que :

- des préparations de dossiers CFP en collaboration étroite avec le service formation du CHPC ;
- des séances préparation aux concours (IDE, aide-soignant, adjoint administratif, ASH...) ;
- des ateliers préparation pour une VAE ;
- des ateliers « Comment construire un plan de prospection ».

Les ateliers s'effectuent sur une durée moyenne d'une heure trente à deux heures. Par ailleurs, et cela quel que soit le statut des agents (titulaires et contractuels) les ateliers deviennent une demande récurrente et avec des objectifs et des teneurs diverses. Ils sont devenus un axe important de l'action de la cellule.

Actuellement et depuis novembre 2013, 417 agents sont suivis par la cellule d'aide à la mobilité, dont 259 agents titulaires, 80 agents en CDI et 78 agents en CDD.

Une partie des actions de la cellule est consacrée à la prospection vers les entreprises, les pouvoirs publics et les dispositifs de formation. **L'objectif est la création d'un réseau professionnel afin d'optimiser les perspectives d'insertion et/ou de retour à l'emploi des personnels du CHPC et de favoriser une insertion durable sur le marché de l'emploi.** La cellule est désormais identifiée comme interlocuteur par les acteurs de l'emploi et de la formation. Elle est intégrée au circuit de partages d'informations afin de renseigner, orienter et accompagner au mieux les agents du CHPC.

6.3.6 - L'activité du Service social

Position du service dans la structure

Rattachement hiérarchique : direction des ressources humaines, sous la responsabilité fonctionnelle d'un cadre socio-éducatif (0,90 ETP), le service se compose de deux équipes:

Site de Cherbourg :

7 assistantes sociales (6.20 ETP),

2 assistantes médico administratives (1.90 ETP).

Localisation au rez-de-chaussée du petit hémicycle.

Site de Valognes :

3 assistantes sociales (1.95 ETP),

1 assistante médico administrative (0.50 ETP).

Localisation au niveau 1 de l'ancien hôpital, étage réservé à des missions sociales à destination des usagers (associations), des personnels salariés (service social des personnels, cellule de mobilité, psychologue des personnels).

MISSIONS DU SERVICE SOCIAL HOSPITALIER

Cadre législatif - Cadre socio éducatif

Décret n° 2007-839 du 11 mai 2007 portant statut particulier du corps des cadres socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière

Article 3

«Les agents du grade de cadre socio-éducatif exercent des fonctions correspondant à leur qualification et consistant à encadrer les personnels éducatifs et sociaux d'une unité ou d'un établissement.

Sous l'autorité du directeur d'établissement, ils sont responsables de l'organisation et du fonctionnement du service social et du service éducatif de cette unité ou de cet établissement.

- Ils participent à l'élaboration du projet de l'unité ou de l'établissement ainsi que des projets sociaux et éducatifs.

- Ils participent à la définition des orientations relatives à la collaboration avec les familles et institutions.
- Ils présentent chaque année au directeur d'établissement la rapport d'activité du service socio éducatif de l'unité ou de l'établissement »

Missions du Cadre socio éducatif :

- ✓ Coordination du service social
 - Gestion temps et charge de travail
 - Valorisation et actualisation des compétences
 - Soutien technique individuel et collectif de l'équipe sociale
 - Soutenir et situer le rôle de l'assistante sociale dans chaque secteur d'activité.
 - Référent du service social auprès des services (médicaux et non médicaux)
 - Représentation du service social auprès des partenaires extérieurs et participation aux réunions de travail

REPRESENTATION DU SERVICE SOCIAL DANS LES GROUPES DE TRAVAIL AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

- ✓ DRH : réunions encadrement et réunions de services
- ✓ Comité Prévention et Suivi de la Violence : à la demande de l'institution, travail sur la thématique des violences entre professionnels.
- ✓ Membre du Comité Qualité
- ✓ Comité suivi UMJ/UAMJ
- ✓ Coordination PASS en interne et externe ; organisation du COPIL
- ✓ DGCS : réunions d'encadrement ; commissions sorties difficiles
- ✓ Comité Ethique

REPRESENTATION DU SERVICE SOCIAL AUPRES DES PARTENAIRES EXTERIEURS DU TERRITOIRE NORD COTENTIN

Cadre législatif – **Assistant(e) de service social**

Décret du 4 février 2014 portant statut particulier du corps des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière

« Les assistants de service social ont pour mission de conseiller, d'orienter et de soutenir les personnes accueillies et leurs familles ainsi que les agents de l'établissement dont ils relèvent. Ils aident les personnes accueillies et leurs familles dans leurs démarches et informent les services dont ils relèvent pour l'instruction d'une mesure d'action sociale.

Ils apportent leur concours à toute action susceptible de prévenir les difficultés sociales ou médico-sociales rencontrées par la population ou d'y remédier. Ils assurent, dans l'intérêt de ces personnes, la coordination avec d'autres institutions ou services sociaux et médico-sociaux. Certains d'eux exercent les mêmes fonctions au bénéfice des personnels de l'établissement ».

Le service social est intervenu sur les pôles (I,F,M,C,P) et le service social du personnel .

3114 prises en charge ont été enregistrées sur les deux sites.

Pôle I : MEDECINES INTENSIVES

5 services d'intervention – 682 prises en charges

Pôle F : FEMME-ENFANT – HAD

4 services d'intervention - 126 prises en charges

Pôle M : SPECIALITES MEDICALES - SSR G2

11 services d'intervention - 1500 prises en charges

Pôle C : MEDICO CHIRURGICALE

5 services d'intervention - 989 prises en charge

Pôle P : PRESTATAIRES

Consultation douleur : une file active de 25 patients

PASS CHPC:

L'ouverture, le 16/11/2016, d'une PASS dédiée en interne au rez-de-chaussée des consultations externes de médecine avec l'ouverture de deux permanences par semaine et d'une coordination sanitaire le vendredi.

Permanences externalisées : 351 passages pris en charge par l'équipe pluridisciplinaire (médecins, IDE, assistante sociale, neuropsychologue, Equipe Mobile Précarité Psychiatrie).

Le service social du personnel

Article L.4632.2

« Le service social du travail agit sur les lieux même du travail pour suivre et faciliter la vie personnelle des travailleurs. Il collabore étroitement avec le service de santé au travail. Il se tient en liaison constante avec les organismes de prévoyance, d'assistance et de placement en vue de faciliter aux travailleurs l'exercice des droits que leur confère la législation sociale.

L'assistant(e) social(e) est soumis(e) au secret professionnel.

Il s'attache à élaborer une relation professionnelle basée sur la confiance et la libre adhésion du salarié pour tout projet qui le concerne ».

L'assistante sociale du personnel (0,35 ETP) intervient sur les deux sites auprès des agents en situation d'emploi (actifs et malades).

ORGANISATION DE L'INTERVENTION SOCIALE

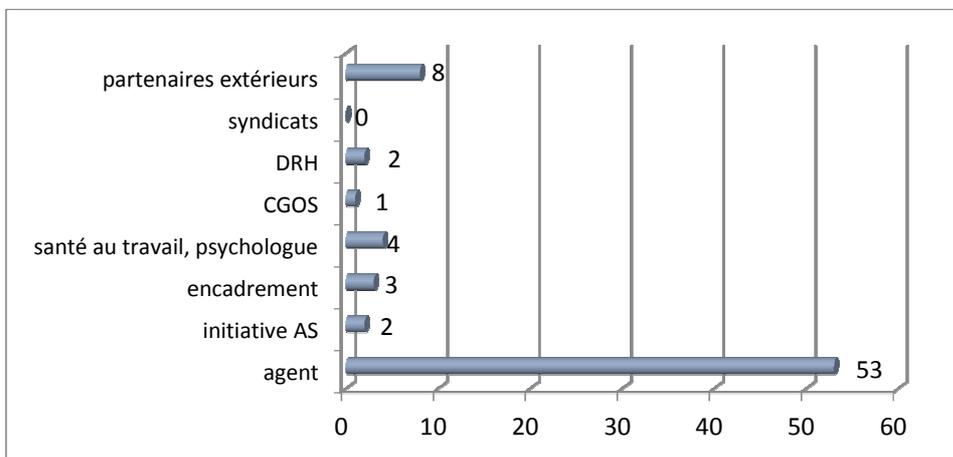
Dans le souci de préserver la confidentialité des entretiens, l'assistante

Sociale reçoit les personnels au service de santé au travail sur rendez-vous le mercredi ; un bureau y est mis à sa disposition.

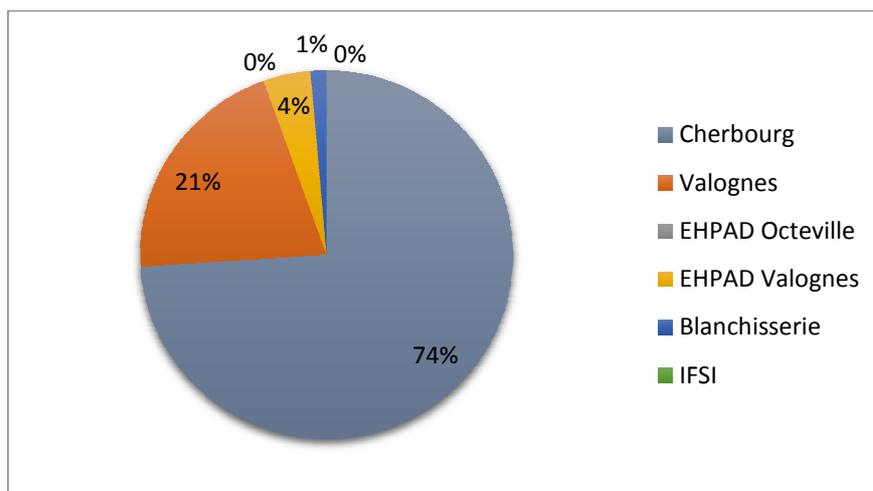
Les agents de Valognes sont reçus au service social, 1er étage de l'ancien bâtiment le vendredi sur rendez-vous.
(Un bureau partagé y est mis à sa disposition).

Etat des lieux : 73 agents reçus dont 46 nouvelles prises en charge, sur les deux sites.

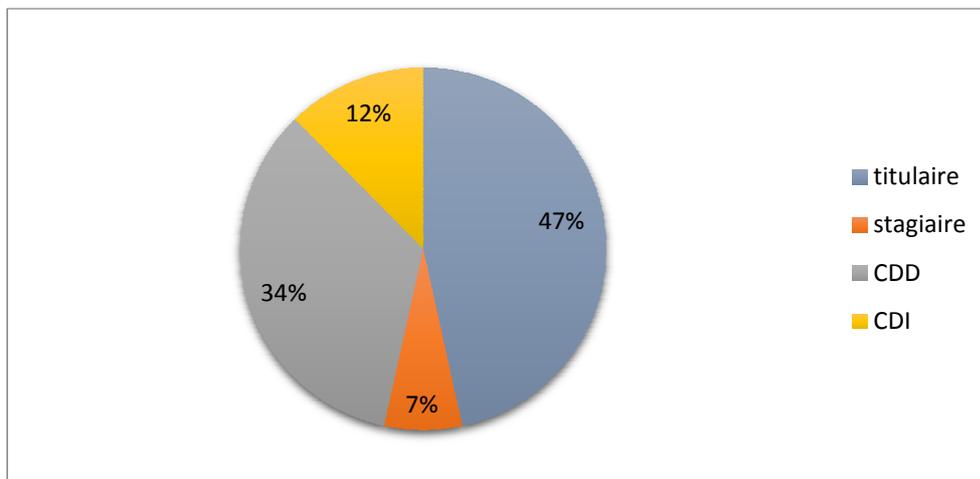
A L'INITIATIVE DE :

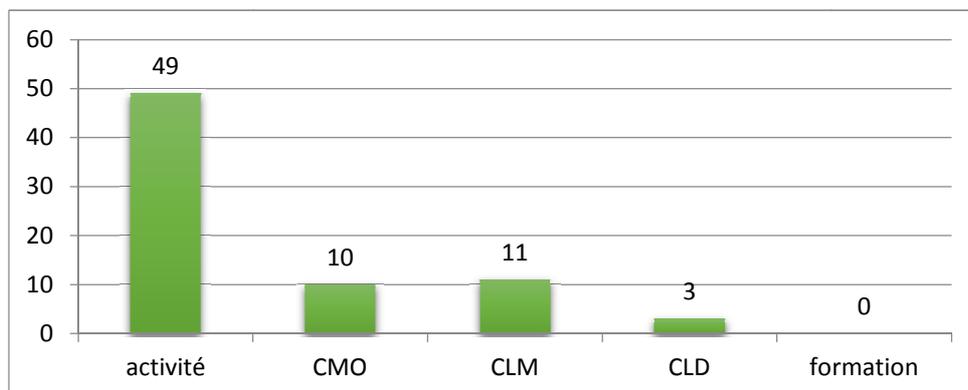


SITE :



STATUT :



POSITION :

Participation aux instances de l'établissement :

- CPSV
- Commission de maintien dans l'emploi.

En collaboration avec la DRH, la perspective dès 2017 d'adresser systématiquement un courrier aux agents en maladie de plus de 6 mois pour une mise à disposition de l'assistante sociale (information, accompagnement tout au long de l'arrêt).

6.3.7- Bilan de l'activité 2016 au sein des secrétariats médicaux et administratifs

A – Réorganisation des services

La réorganisation des secrétariats, commencée en 2014, a permis de faire un état de l'existant, tant en termes d'organisation que d'effectifs.

Le calcul de l'effectif des Assistantes Médicaux Administratives est basé sur l'activité N-1 des services. Sont pris en compte les hospitalisations, la frappe, les rendez vous physiques et téléphoniques, ainsi que le nombre de passages en consultations pour les unités concernées. Ces calculs sont réajustés tous les ans.

L'objectif de cette réorganisation est d'harmoniser le fonctionnement des plateaux de soins sur le même schéma : mutualisation des postes des secrétariats sur un même et seul plateau et création de trois secteurs de production (la spécialité médicale, création d'un pool de frappe par plateau et centralisation de la fonction accueil téléphonique au sein d'un plateau).

Les hospitalisations et les consultations seront séparées. Par la suite, les consultations seront centralisées vers le plateau de consultations externes de médecines, dont l'ouverture a eu lieu mi octobre 2016.

Cette réorganisation permet la suppression d'un poste donc un gain en ETP sur le plateau.

DATE	SPECIALITE	
Février 2016	Plateau de chirurgie (Niveau 2)	Chirurgie HC1, HC2, AMBU, HDJ
Mai 2016	Plateau spécialité médicales (Niveau 1)	Médecine Gériatrique, RDED, MIMI
Octobre 2016	Plateau de consultations externes de médecines	
Novembre 2016	Plateau neuro - cardio	Cardiologie, neurologie
Avril 2017	Plateau Oncologie – Gastro - Pneumo	

B - Centralisation des consultations externes de médecine

L'ouverture du plateau des consultations externes a eu lieu le 17 octobre 2016. Son objectif est de simplifier et d'optimiser le parcours patient. Les spécialités qui intégreront progressivement courant 2016 et 2017 le plateau sont :

- Rhumato-dermato-endocrino-diabétologie
- Maladie infectieuses
- Suivi d'hospitalisation
- Hépato-gastro entérologie
- Oncologie
- Education thérapeutique
- Unité douleur
- Domoplaies
- (TELAP)
- Neurologie

Cette nouvelle organisation a demandé la mise en place de formations. En effet, en plus de l'activité classique d'accueil, les secrétaires du plateau devenaient également « admissionnistes » (elles ont désormais pour mission la création du dossier patient). Chaque secrétaire a suivi un temps de formation sur le poste d'accueil de chaque secrétariat (formation assurée par Madame LEVESQUE, responsable des bureaux des entrées puis temps de doublure avec les agents du bureau des entrées).

Une formation accueil et cohésion d'équipe a également été proposée.

C - Formations post plateau des consultations externes de médecine

Nous avons établi deux programmes de formations différents :

- Pour les adjoints administratifs-AMA en charge de l'accueil et de l'admission,
- Pour les agents en reclassement en charge de la gestion des dossiers patients.

PROGRAMME DE FORMATION AMA-Adjoint administratif			
Plateau des consultations externes de médecine			
DATES	HEURES	MODULES DE FORMATIONS	LIEU
4 Octobre	13h30-17h00	<u>PARCOURS D'intégration CS Ext. de médecine</u> 1 : Présentation du CHPC	Groupe FIM
5 Octobre	8h30 à 8h45 : Accueil café, et viennoiserie (offert)	<u>PARCOURS D'intégration CS Ext. de médecine</u> 2 : Cohésion d'équipe	Groupe FIM
5 Octobre	13h30-17h00	3 : Team Building en équipe	Groupe FIM
3 au 13 Octobre	9h15-16H45	<u>Formation logiciel à la prise de RDV</u>	Salle réunion informatique
14 Octobre (groupe 3 AMA)	9h-11h (groupe 1) 13h30-15h30 (groupe 2)	<u>GAM</u> Gestion des arrivées et étiquettes de circulation + 2h immersion bureau des entrées	Bureau Madame LEVESQUES

La journée « Parcours d'intégration consultations de médecine » était destinée à toutes : l'objectif était de réunir les agents initialement répartis dans différents services de l'établissement. Cette journée a permis une rencontre hors cadre de travail et a facilité par la suite collaboration. Peu de résistance au changement fut constatée. En effet, les agents ont candidaté, travaillé ensemble sur l'organisation du secrétariat et suivi cette formation.

PROGRAMME DE FORMATION Gestion dossiers			
Plateau des consultations externes de médecine			
DATES	HEURES	MODULES DE FORMATIONS	LIEU
4 Octobre	13h30-17h00	<u>PARCOURS D'intégration CS Ext. de médecine</u> 1 : Présentation du CHPC	Groupe FIM
5 Octobre	8h30 à 8h45 : Accueil café, et viennoiserie (offert)	<u>PARCOURS D'intégration CS Ext. de médecine</u> 2 : Cohésion d'équipe	Groupe FIM
5 Octobre	13h30-17h00	3 : Team Building en équipe	Groupe FIM
3 au 13 Octobre	9h15-16H45	<u>Formation logiciel à la prise de RDV</u>	Salle réunion informatique
14 octobre	11h	Gestion des dossiers patients Organisation des archives et lien avec les secrétariats.	Bureau de Monsieur HENRYON Archives

Des projets complémentaires ayant émergé en 2016 ont généré des demandes en temps de secrétariats qui ont été comblées par des recrutements supplémentaires :

- La conciliation pharmaceutique à créé (0.5 ETP),
- L'unité d'évaluation neuro-gériatrique (0.70 ETP),
- Le registre du cancer (0.80ETP),
- La pathologie professionnelle (0.50ETP).

E – Centralisation des appels

La centrale d'appels a ouvert le 23 novembre 2015. Ses heures d'ouvertures sont de 8H30 à 17H30 du lundi au vendredi. Nous attribuons progressivement un numéro unique, le 02.33.20.70.30. Son rôle est de centraliser les appels entrants et la pose de rendez-vous simples.

De nombreuses réunions ont été mises en place pour préparer les agents et l'organisation de ce nouveau service. Les premiers appels qui ont intégrés la centrale sont ceux des secrétariats de consultations de spécialités et de chirurgies. Les agents ont été sollicités pour participer aux groupes de travail, et rédiger les documents nécessaires à la structure des organisations :

- Fiches de poste
- Fiches synthétiques de prise de rendezvous remis aux secrétaires qui seront affectées sur le plateau des consultations externes de médecine et à la centrale d'appels.

SERVICES	ANNEE
Consultations Anesthésie	2015
Consultations de chirurgie	
Consultations de chirurgie Valognes	
Consultations spécialité chirurgicales	
Consultations spécialité chirurgicales Valognes	
Gynécologie Obstétrique	
Néonatalogie	
Pédiatrie	
Consultations Rhumato-dermato-endocrino-diabétologie	2016
Consultation Maladie infectieuses	
Consultations Hépatogastro entérologie	
Consultations Oncologie (suivi)	
Consultations Neurologie	Mai 2017
Consultations Pneumologie	Septembre 2017
Consultations cardiologie	Septembre 2017
Hémo-Néphro	Septembre 2017

Les secrétariats ont pu constater une diminution de 60% de leurs appels. Chaque jour entre le lundi et le vendredi, chaque agent de la centrale gère en moyenne 295 appels ; les journées les plus denses sont le lundi et le mercredi.

F - Centralisation de la frappe

Déploiement de la dictée numérique

La mise en place de la dictée numérique en décembre 2014 facilite la mutualisation des comptes rendus (création du pool de frappes) et permet aux professionnels de se familiariser avec la terminologie médicale d'autres spécialités.

109

Actuellement 8 agents interviennent en renfort de frappe des différents services.

La centrale de frappe prend donc le relai pendant un temps imparti.

L'évolution des missions de la centrale de frappe est d'intervenir en remplacement au sein des secrétariats où l'agent est seul (sous certaines conditions : fiche de poste adaptée) dans le but de maintenir la continuité du service durant les congés (Secrétariat douleur, HDJ, méd. gériatrique).

Dématérialisation du dossier patient grâce au DPI

Malgré le déploiement du DPI dans l'établissement force est de constater la présence des dossiers patients dans les secrétariats ainsi qu'un nombre important de dossiers de consultations externes. Afin de comprendre pourquoi ces dossiers restent nécessaires nous avons effectué une enquête auprès de plusieurs secrétariats : à ce jour, le DPI n'est pas encore opérationnel à 100 % et les secrétariats médicaux n'y ont pas accès.

De nombreuses informations nécessaires à la rédaction des courriers sont manquantes dans M-EVA. De ce fait les secrétaires sont dans l'obligation de suspendre la saisie afin de rechercher l'information manquante dans la PACs. Si elles ne l'ont pas sous la main, il faut la récupérer et y rechercher les éléments voulus. Ensuite, la secrétaire peut reprendre son courrier et le terminer. Le fait d'avoir la PAC dans le bureau de frappe est un gain important de temps pour tous, limite des manipulations des PACs et de la déambulation dans les services d'hospitalisation.

Les erreurs ou les courriers incomplets obligent les médecins à récupérer les PACs et à réétudier le dossier pour corriger le courrier, ce qui est très chronophage et engendre une surcharge de travail pour tous (secrétaires, médecins, archivistes).

Quelles sont ces informations manquantes nécessaires à la bonne élaboration du compte-rendu ?

- identité précise du patient avec sa date de naissance
- Adresse du patient
- Nom et adresse du médecin traitant
- Les antécédents
- Les ordonnances pour les traitements ou divers examens à programmer
- Les résultats de labo extérieurs
- Les courriers des médecins extérieurs

De plus, des erreurs de dictée persistent (parfois liées à des difficultés de transcription liées à la qualité de la prononciation - dictée trop rapide, environnement bruyant) ; seul le contrôle dans la PAC permet de les corriger (ex : hémoglobine à 10 au lieu de 14). Autant d'éléments qualitatifs qui font d'ailleurs parti de la fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » (DEC) en MCO. Cet indicateur évalue la qualité du courrier de fin d'hospitalisation

G – Développement des reclassements

10 agents ont été reclassés courant 2016. La coordinatrice des secrétariats médicaux a travaillé en collaboration avec la cellule mobilité et les psychologues auprès du personnel pour accompagner au mieux ce changement.

SERVICE	STATUT D'ORIGINE	MODALITE D'INTEGRATION
Centrale d'appels : 4 Agents reclassés en 2016	2 ASH 1 AS 1 agent des archives	Les agents de la centrale d'appels sont sélectionnés à la suite du constat d'une inaptitude à leur fonction d'origine, ayant engendré un arrêt de longue durée. Leur dossier est présenté lors des commissions de maintien dans l'emploi. Chaque profil intéressé pour occuper un poste au sein de la centrale d'appels est reçu par la coordinatrice des secrétariats médicaux. La cellule mobilité en parallèle travaille sur un bilan professionnel et approfondit les besoins en formation (accueil téléphonique, informatique...) puis oriente vers les psychologues auprès du personnel, dans le but d'accompagner les agents dans ce changement de carrière. Chaque candidat effectue au minimum une immersion d'une demi-journée. A la suite des immersions, et de l'engagement de l'agent, la coordinatrice organise une période de formation en doublon avec un tuteur désigné (le référent de la centrale d'appels), la durée de la formation évolue selon les besoins de l'agent et son apprentissage.
Plateau de consultations : 3 agents reclassés en 2016	2 Agents de la blanchisserie 1 Agent de la cuisine	Les agents ayant intégré les secrétariats médicaux ont candidaté sur des avis de poste vacant. Ce sont des agents en inaptitude déclarés ou ayant le désir de changer de métier.
Secrétariats médicaux 3 agents reclassés en 2016	1 AS 1 Agent de la blanchisserie 1 ASH	

6.4 - DEPENSES DE PERSONNEL

L'année 2016 a enregistré une forte augmentation des dépenses de personnel (+ 3 % par rapport à 2015). Ce constat découle de plusieurs éléments :

- l'impact de mesures nationales d'une part [impact PPCR pour les catégories B et les catégories A (soignants uniquement) sur toute l'année 2016 (soit un surcoût de 200 K € TCC) ; impact de la hausse du point d'indice en juillet 2017 (+0,6% valeur du point d'indice) ; augmentation des charges sociales...]
- l'impact de décisions prises au sein de l'établissement :

✚ Le recours à l'intérim médical (cette dépense s'est élevée à 3,5 M d'€ en 2016 versus 3 M € en 2015 et 2,7 M € en 2017) et à l'intérim paramédical (35 K€ en 2016) pour maintenir notre offre de soins et répondre aux besoins de la population ;

✚ La relance de la politique de stagiarisation, principal axe de la politique sociale de l'établissement (80 agents ont été stagiariés entre le 1^{er} novembre 2016 et le 31 décembre, ce qui a généré une dépense supplémentaire par rapport à l'année précédente de 100 K €)

6.5 – INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS ET INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS

6.5.1 - L'institut de formation aides soignant(e)s

A partir de septembre 2016 l'IFAS a été autorisé à dispenser, la formation préparant au diplôme d'Etat aide soignant pour :

- 44 élèves (liste 1 et 2) dont 15 titulaires du Baccalauréat professionnel « accompagnement, soins, services à la personne » ou « services aux personnes et aux territoires » (ASSP et SAPAT) (liste 3).

En plus de cette capacité d'accueil :

- 180 semaines pour les élèves bénéficiant de dispenses ou de passerelles (liste 4) soit 7 places
- 90 semaines pour les élèves post-VAE.

A cela vient s'ajouter l'ouverture de 3 places réservées pour les élèves désirant suivre leur formation en contrat d'apprentissage.

Pour l'année 2015-2016 : 38/47 élèves soit 90% ont été diplômés

En référence à la modification des textes régissant la formation aides-soignant(e)s de nouvelles modalités pour les épreuves de sélection à l'entrée en formation ont été mises en place.

Dans le cadre de ces nouvelles modalités, la capacité d'accueil de 44 est divisée en 3 listes :

La liste 1 (les candidats en poursuite de cursus), Liste 2 (les candidats sous contrat de travail) et la liste 3 (les candidats ayant un baccalauréat professionnel « services aux personnes et aux territoires » et/ou « accompagnement, soins, services à la personne »)

Pour l'année 2016-2017 : 60 élèves (44 élèves issus des épreuves de sélection, 7 parcours partiels, 9 ajournés à la session du diplôme d'Etat de juillet 2016) sont en formation.

Les candidats reçus sur la liste 3 sont dispensés de 4 modules de formation sur 8.

Recensement des emplois des nouveaux diplômés le jour des résultats

	Juillet 2016 (36 réponses sur 39)
Cherbourg et sa périphérie	97.14%
Basse Normandie	2.86%
Autres régions	0

6.5.2 - L'institut de formation en soins infirmiers:

Les effectifs pour la rentrée 2015 se répartissaient de la façon suivante :

Licence 1 : 72 étudiants (71 issus du concours et 1 réintégration)

Licence 2 : 71 étudiants (1 redoublement et 2 mutations entrantes) dont 2 étudiants en contrat d'apprentissage.

Licence 3 : 81 étudiants (75 issus de L2 plus 1 redoublante pour le semestre 5 et 5 ajournés) dont 1 étudiante en contrat d'apprentissage.

A partir de la rentrée de septembre 2016, l'IFSI est autorisé à dispenser la formation en soins infirmiers et à accueillir :

- 71 étudiants en 1^{ère} année et est autorisé à accueillir au delà du quota :
- Les étudiants en parcours partiel suite à un redoublement ou une reprise de formation
- Et les étudiants bénéficiant d'un nombre de places réservées au-delà du quota dans les conditions prévues par l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié

Particularité : 3 places peuvent être réservée à partir de la 2^{ème} année pour la formation par apprentissage.

6.5.2.1 - Bilan des ECTS acquis à l'issue de l'année 2015-2016 :

L1 : 81.94 % des étudiants ont acquis 60/60 ECTS

L2 : 92.95 % des étudiants ont acquis 120/120 ECTS

L3 : 92.75% des étudiants ont acquis 150/150 ECTS pour être présentables au Diplôme d'Etat session juillet 2016.

6.5.2.2 - Pour le Diplôme d'Etat de 2016

Nombre d'étudiants en fin de formation : 74 (1 étudiante a été diplômé en mars 2016, 2 arrêts de formation)

69 étudiants ont été présentés au jury du Diplôme d'Etat

64 étudiants ont été reçus du diplôme d'Etat (Soit 92.75%) (Dont 2 étudiants en formation par apprentissage)

Recensement des emplois des nouveaux diplômés le jour des résultats

113

	Juillet 2016 (56 réponses sur 64)	Novembre 2016 (5 réponses sur 5)
Cherbourg et sa périphérie	83,05%	1
Basse Normandie	46.78%	
Autre	10.17%	4 N'avaient pas cherché d'emploi

6.5.3 Le centre de documentation et d'information (CDI) c'est:

- 4621 ouvrages classés en 57 thèmes (anatomie, pathologie, santé publique, pédagogie....)
- 17 abonnements de revues : ADSP, FNAIR, éducation permanente, recherche en soins infirmiers, revues soins (infirmiers/gérontologique....), revue de l'infirmière, aides soignantes....
- 45 DVD et 62 CD.
- Un parc de 24 ordinateurs portables.

Il est à noter :

- Une stabilité des prêts d'ouvrage et de revues, ce sont les étudiants de licence 3 ainsi que les élèves aides-soignants qui empruntent le plus,
- Une croissance accrue et quotidienne d'étudiants/élèves à travailler au CDI.

6.5.4 Les contrats d'apprentissage

Depuis 2012 l'institut de formation est unité de formation par apprentissage (UFA). Il travaille en collaboration avec le Centre de Formation des Apprentis hors les murs de Caen (CFA). L'institut propose 3 places pour la formation aide soignante et 3 places pour la formation en soins infirmiers à partir de la 2^{ème} année. En 2016 1 étudiante en soins infirmiers en contrat avec le Centre François Baclesse a été diplômée.

6.5.5 Zoom sur la communication en 2014-2015

L'institut participe à :

- La journée du lycéen, au forum des métiers et des formations
- A des forums d'information dans les collèges

- Aux soirées « professeurs principaux et enseignement supérieur » organisées par l'enseignement supérieur.

L'institut participe à différentes journées de prévention en santé en collaboration avec le centre hospitalier (semaine du rein, journée de prévention contre le SIDA, octobre rose.....), à des rallyes santé avec des lycées de Cherbourg-en-Cotentin.

VII - LES MOYENS LOGISTIQUES CONSACRES AU FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT

En 2016, le **service Plan et Travaux** a été principalement mobilisé pour la poursuite des travaux de restructuration en plateaux de soins du Grand Hémicycle. Il a accompagné de nombreux déménagements et mises en service :

- ✓ février 2016 : plateau de chirurgie.
- ✓ mars 2016 : PASA au Gros Hêtre.
salles de formation du BMT niveau 3.
- ✓ mai 2016 : plateau de médecine (gériatrie + MIMI + RDED).
Installation des consultations transitoires de médecine.
- ✓ juin 2016 : installation de la cardiologie dans l'extension du Grand Hémicycle.
- ✓ septembre 2016 : plateau 3 "neuro -cardio".
- ✓ octobre 2016 : plateau de consultation sur l'hémicycle sud.
- ✓ novembre 2016 : mise en service du secteur d'hospitalisation des Urgences restructuré.
salle de mammographie en Imagerie.

Pour le service économique, **on notera particulièrement** :

- ✓ la mise en place d'une fonction *régulateur des transports des patients* pour optimiser la sortie des patients, fiabiliser les demandes des services et améliorer les relations avec les transporteurs privés.
- ✓ l'accompagnement, en termes d'équipements et de signalétique, du projet « plateau neuro -cardiologie », ainsi que du « plateau de consultations externes de médecine ».
- ✓ la poursuite de l'implication dans le programme PHARE (performance hospitalière pour des achats responsables) :
 - mise en œuvre du 4^{ème} plan d'action achat avec des gains achats de 960 000 € réalisés sur 12 mois.
 - présentation aux acheteurs des bonnes pratiques achats de la vague ARMEN 5,
 - participation aux groupements de commandes régionaux sur les déchets de soins à risque infectieux et les fournitures d'ateliers,
 - poursuite du partenariat avec les centrales d'achat UGAP, RESAH et UniHa.
- ✓ la mise en place d'un marché de transports de produits sanguins, en collaboration avec la Polyclinique du Cotentin.
- ✓ la participation à la mise en œuvre de Chorus Pro, système de dématérialisation des factures.

7.1 - UN PROGRAMME D'INVESTISSEMENT EN BAISSÉ

Après une année 2015 marquée par des travaux conséquents, le programme d'investissement (travaux, mobilier et biomédical) marque une baisse passant de 4 027 997€ à 3 314 362€ soit -17.7%,

Au titre des travaux, le programme d'investissement pour l'année 2016 s'élève à 2 103 387.25 euros. Il est en diminution par rapport à 2015 (2 939 276.74 euros)

Les principales opérations réalisées en 2016 sont les suivantes :

✓ projet de restructuration d'activités pour un montant de **1 348 436.37 €**

dont :

- 126 403 € pour le plateau de chirurgie
- 307 447 € pour le plateau 1 de médecine
- 332 009 € pour le plateau 3 de neuro-cardio
- 186 267 € pour le plateau de consultation
- 127 468 € pour le plateau 4 de gastro-onco-pneumologie
- 102 975 € pour le service des urgences
- 18 180 € pour les études du parking de l'hémicycle sud

✓ projet d'aménagement du PASA à l'EHPAD du Gros Hêtre pour 82 412.22 €

✓ travaux d'isolement coupe-feu pour la galerie de liaison

EHPAD – Hôpital de Valognes, pour 16 084.69 €

✓ programmes travaux divers pour 566 542.20 €

dont :

- l'aménagement de la salle de mammographie pour 47 463.98 €
- l'aménagement des salles de formation au niveau 3 du BMT pour 54 921.58 €
- le remplacement d'automates de régulation pour les centrales du traitement d'air du bloc central pour 57 843.00 €
- la mise en conformité de l'éclairage de sécurité du bâtiment Ancien Hôpital pour 39 469.00 €
- la réfection d'une partie de la couverture zinc du Grand Hémicycle pour 102 171.00 €
- le remplacement de la production froid de la cuisine pour 102 468.00 €
- des travaux de rénovation de chambres froides de la cuisine pour 65 219.00 €

Les engagements de dépenses biomédicales et hôtelières pour 2016 sont de **1 210 975,34€**, en progression de **11.22%** par rapport à l'année précédente.

Parmi les principaux achats hôteliers, on peut noter :

- équipement plateau neuro-cardiologie (3 ^{ème} étage)	50 188 €
- équipement plateau de consultations externes de médecine	21 135 €
- accompagnement FIPHFP	41 460 €
- accompagnement CLACT	35 956 €
- poursuite du déploiement du plein/vide	16 280 €
- remplacement d'armoires frigorifiques en biologie	22 385 €

Le tableau suivant retrace les **principaux achats d'équipements biomédicaux** :

I	Cardiologie	Échographe (rejoint projet neuro)	124 090,19 €
F	Maternité	Centralisation des cardiotoco	107 406,66 €
P	Imagerie Cherbourg	Échographe (dédié Mammographie)	49 477,08 €
I	Urgences Cherbourg	1 centrale + 5 moniteurs	45 965,36 €
P	Bloc central	Colonne Coelio	45 021,71 €
I	Neurologie	Remplacement PE+EMG	39 121,47 €
C	Endoscopie digestive	Coloscope vidéo	31 570,56 €
C	Endoscopie digestive	Vidéo gastro	30 781,73 €
C	Pneumologie	Vidéo Broncho	26 177,40 €
C	Endoscopie digestive	Colonne coelio	20 232,07 €
I	Réanimation	Echographe	18 000,00 €
F	Néonatalogie	EEG Amplitude	16 320,00 €
C	Pneumologie	Polygraphe ventilatoire	16 308,30 €
P	Bloc central	2 moteurs	16 076,06 €
F	Néonatalogie	PEAA et Otoémission	11 959,20 €
C	Pneumologie	Échographe pleural	11 628,00 €
P	Laboratoire de biologie	Centrifugeuses	9 562,27 €
F	Pédiatrie	Respirateur	9 415,61 €
C	Plateau de chirurgie	Echographe urinaire	8 125,62 €
M	SSR 2	Echographe urinaire	8 125,62 €
P	Laboratoire de biologie	Module Gynexpert	7 794,41 €
	TOTAL		653 159,31 €

7.2 - DES DEPENSES D'EXPLOITATION STABLES

Au global, les dépenses d'exploitation s'inscrivent en très légère hausse (+0.09%). Elles sont cependant marquées par des variations notables sur différents comptes.

Concernant le titre 2 - Charges à caractère médical

Les **charges à caractère médical** sont en progression de **119 723€** passant de 5 957 438€ en 2015 à 6 077 162€ en 2016.

Cette augmentation s'explique par la progression des dépenses biomédicales (+133 196€) alors même que les dépenses médicales baissent légèrement (-13 472€)

A noter des évolutions notables sur :

- les produits sanguins (60215) : +80 k€ en raison d'un recours plus important à l'achat de plaquettes et à la typologie de la patientèle accueillie.
- les DMNS (6022140) : +40 k€ dûs à l'achat très important de petits matériels de protection individuelle pour faire face à de nombreuses épidémies (grippe, gastro, gale...) et des situations exceptionnelles générées par des bactéries hautement résistante. Nous avons du aussi renouveler le stock de matériel NRBC (10k€).
- la fourniture de laboratoire (6022140) : -50 k€ qui s'explique par un glissement de 50k€ vers des comptes de pharmacie suite à un changement d'imputation comptable
- La fourniture pour imagerie (602281) : -38 k€ suite au remplacement des films radio par des CD ROM
- La sous-traitance médicale (chapitre 611) : -102 k€ car le CHPC a eu recours, dans une moindre mesure, à des prestataires extérieurs pour traiter ses patients (doppler fait en interne une partie de l'année, moins d'hospitalisation de moins de 48h au CHU de Caen, plus d'analyses de laboratoire effectuées en interne.)

117

La **maintenance des équipements biomédicaux** représente un coût de **1 500 250.23 €** soit une progression des dépenses de 10 % par rapport à 2015

A noter l'augmentation particulière du coût du contrat de maintenance pour l'accélérateur de particules à hauteur de 65 000 €

Concernant le titre 3- Charges à caractère hôtelier et général

Les **dépenses à caractère hôtelier** et général affichent une baisse de **147 551 €** par rapport à 2015 passant de 4 781 314€ à 4 633 762€.

Les **dépenses d'entretien des locaux et des équipements** hors dispositifs médicaux ont atteint **1 099 158 €** en 2016, soit une hausse de **14.2 %** ou 136 819 €.

- ✓ les fournitures d'ateliers sont en progression de 11.45 % par rapport à 2015 pour permettre l'accompagnement par les services techniques de la mise en œuvre des plateaux
- ✓ l'entretien des bâtiments est en progression de **+74 %** par rapport à 2015. Cette progression résulte des règles issues de la certification des comptes (travaux de gros entretien d'un montant inférieur à 10 000 €)

Les **dépenses d'énergie** sont en baisse de 3, 2% en 2016 par rapport à 2015 : 1 740 004 € (pour 1 781 128 € en 2015)

Si les consommations de gaz et d'électricité restent maîtrisées grâce à des gains réalisés dans le cadre des marchés « Uniha », la consommation d'eau progresse tout comme la facture (**+23.6%** par rapport à 2015)

Les évolutions notables des autres postes de dépenses sont les suivantes :

- Location immobilière (61322) : Location de logements supplémentaires pour les internes (+16k€)

- Affranchissement (62630) : augmentation des coûts d'affranchissement (+3%),et suppression partielle du poste de 2eme vague semestre qui a entraîné une baisse du portage direct du courrier et donc une hausse de l'affranchissement (+19 k€).
- Comptes impactés par le changement des règles d'investissement (602650 ; 606252 ; 6068) : +121k€
- Produits d'incontinence : -23 k€ suite à l'adhésion à un groupement de commandes
- Traitement des DASRI : -27 k€ suite au renouvellement du groupement de commande régional
- SOS médecin : -235 k€ suppression de la prestation SOS médecin pour nos transports secondaires pour 210 k€ plus impact régulation des transports et baisse de la sous-traitance médicale.

Globalement les dépenses d'exploitation, titre 2 et titre 3, sont maîtrisées.

Le service restauration

Les chiffres à retenir pour 2016

• 782 280 repas préparés et servis par le service restauration. (2015 : 785 357 / - 3077 repas / - 0.39%)
• 71.78% de l'activité globale du service restauration est réalisé sur Pasteur et 28.22% sur Valognes . (2015 : 72.09% Pasteur / 27.91% Valognes)
• 41.28% de l'activité liée aux repas patients , 32.94% aux EHPAD , 25.78% au personnel du CHPC . (2015 : 41.28% Patients / 32.73% Ehpapad / 25.99% Personnel)
• Le Prix de Revient d'une Journée alimentaire est de 9.67€ . (2015 : 9.75€ / -0.78%)
• Baisse du titre 1 de 58 628€ , soit -3.03% . (2016 : 1 876 178€ / 2015 : 1 934 807€)
• Hausse du titre 3 de 9 965€ , soit 0.59% . (2016 : 1 702 794€ / 2015 : 1 692 828€)
• Stabilisation des achats de denrées : -350€ (2016 : 1 530 688€ / 2015 : 1 531 038€)
• Respect du budget alimentaire avec 1 530 688.16€ de dépenses pour 1 546 000€ du budget . (Gain de 15 311€)
• Coût de revient unitaire d'un repas de 1.956€ . (2015 : 1.949€ / 2014 : 1.981€)
• Baisse des recettes en 2016 avec 120 470€ de moins qu'en 2015 (-6.94%). (2016 : 1 615 352€ / 2015 : 1 735 822€)
• 53.98 ETP (-0.42) en moyenne sur 2016 : 45.72 (-0.54) sur Pasteur et 8.26 (-0.12) sur Valognes. (2015 : 54.40 ETP / 2014 : 56.94 ETP)
• Faible hausse de l'absentéisme : +0.7% . (2016 : 5.56% / 2015 : 4.86% / 2014 : 9.21%)
• 99.64% d'analyses bactériologiques satisfaisantes.

Les projets menés :

- ✓ La remise à jour du dossier du Plan de Maîtrise Sanitaire du service

Pour pouvoir produire des repas, toutes les cuisines centrales sont soumises à l'approbation des services vétérinaires qui se traduit par un agrément gageant de la conformité de nos process de fonctionnement.

Cet agrément est obtenu par la réalisation d'un **dossier d'agrément répondant aux exigences réglementaires** et qui décrit l'ensemble de nos process de fonctionnement (fabrication, traçabilité, nettoyage..).

A ce dossier est adjoint le **PLAN DE MAITRISE SANITAIRE** de la cuisine centrale qui décrit spécifiquement tous nos modes de fabrication ainsi que l'ensemble des règles garantissant la qualité sanitaire de nos fabrications.

✓ L'organisation du service

2016 aura permis de poursuivre la formation de ces 2 adjoints du service, chacun sur ses fonctions attribuées. L'un sur la gestion du personnel (plannings, GTT, coût FP, gestion des équipes sur le terrain...) et le second sur la partie plus comptable du service (nombre de repas servis, achats, ratios de dépenses, recherche d'économies...).

La formation à l'utilisation exclusive de Datameal doit par ailleurs permettre à l'ensemble de l'encadrement de mettre fin à des doublons dans la gestion documentaire du service.

119

Le service blanchisserie

Les chiffres à retenir pour 2016

*1 238 454 tonnes de linge traitées. (2015 : 1 244 583 / - 6129 tonnes / - 0.49%)
*Baisse de l'activité sur le Site Pasteur (-18927 tonnes) et le site de Valognes (-81 tonnes). Hausse sur l'EHPAD d'Octeville (+4925 tonnes)
* Activité de sous-traitance anecdotique
* Le prix de revient du kilo de linge s'établit à 1.57 euros (1.69 euro en 2015)
• Baisse du titre 1 de 160 895 €, soit -10.51%. (2016 : 1 369 620 € / 2015 : 1 530 515,84€)
• Hausse du titre 3 de 5857 €, soit 1.69%. (2016 : 352 358€ / 2015 : 346 501€)
• Dépenses de textile à la hausse de 10% (57416€ en 2016 pour 48705 en 2015)
• Absentéisme en baisse (14.24% en 2016 pour 26.96% en 2015)

Les projets menés

✓ Finalisation de la mise en œuvre de l'étude ergonomique sur plusieurs postes de la blanchisserie. Cette étude a été réalisée par Handicap Emploi.

✓ Dépoussiérage des superstructures, remplacement moteur d'entraînement sècheuse grand plat, remplacement turbine sur tunnel de finition.

✓ Réflexions sur l'optimisation de l'organisation de travail dans le cadre de la réduction des TMS.

Le service transports

Le service transport est composé de 18.80 ETP

Rappel des missions :

✓ Gestion du parc automobile et prêts de véhicules pour les déplacements des agents

- 53 véhicules dont 4 en location
- 982 640 km parcourus

✓ Liaisons logistiques

- Livraisons des repas : tous services et tous sites
- Courses diverses entre hôpitaux et fournisseurs du CHPC
- Livraisons des produits sanguins Cherbourg-Valognes

- ✓ Collecte des déchets, tri sélectif, stockage et conditionnement
- ✓ Gestion du matériel de manutention

Le service maintenance et hygiène des locaux

Les équipes assurent depuis 2014 les fonctions de coursiers et d'entretien des locaux

En 2016, sur le site de Cherbourg, c'est une surface de 36 493 m² qui est régulièrement entretenue pour un coût total de 903 496€ soit un coût de 17.18€ au m²

A Valognes, c'est une surface de 13367 m² (en progression d'environ 2000 m²) pour un coût total de 616 294€ soit un coût de 21.92€ au m²

Le service sécurité

Les principaux motifs d'interventions du service sécurité sont les suivants :

- ✓ Interventions sur personnes agitées → 67 en 2016 pour 61 en 2015
- ✓ Assistance → 26 en 2016 pour 37 en 2015
- ✓ Départ de feu → 4 en 2016 pour 5 en 2016
- ✓ Alarme incendie → 74 en 2016 pour 89 en 2015
- ✓ Pose hélicoptère → 56 en 2016 pour 38 en 2015

7.3 - PHARMACIE ET STERILISATION

Au cours de l'année 2016, différents projets ont été conduits au sein du service pharmacie-stérilisation du CHPC :

Circuit du médicament

- Organisation de la PUI entre les 2 sites
- Informatisation du circuit du médicament en lien avec le DPI (mise en place)
- Projet d'automatisation de la dispensation à délivrance nominative (projet ANAP)
- Transport des médicaments thermosensibles ; dotation des services de soins et gestion des retours de médicaments des services de soins
- Dotations des services de soins
- Actions et projets en URC
- Démarche qualité, gestion des risques, conciliation médicamenteuse, entretiens pharmaceutiques et actions de pharmacovigilance en Oncologie
- Rétrocessions : révision de l'agencement de la zone d'accueil patient avec finalisation du plan pour réalisation en 2017
- Autres actions : CLUD, Fluides médicaux, actions d'information

Gestion des achats de médicaments et DMS

- Optimisation des achats et Marchés

Circuit des dispositifs médicaux stériles (DMS) et des dispositifs médicaux implantables (DMI)

- Mise en place des dotations en DMS selon le mode plein vide dans les services de soins du site de Cherbourg (projet ANAP)
- Informatisation du circuit complet des DMI

COMEDIMS

- Accompagnement des projets et validation des protocoles pour le paramétrage du DPI
- Suivi des consommations et maîtrise des dépenses
- Référencement de nouveaux produits pharmaceutiques sur le CHPC

121

Stérilisation

- Poursuite de la révision de l'organisation de la stérilisation en lien avec le projet ANAP et l'activité du bloc opératoire

7.3.1 – Actions réalisées et projets

1 – PHARMACIE

A. Circuit du médicament

a) Organisation de la PUI entre les 2 sites

Mode de fonctionnement entre les 2 sites

La restructuration de la PUI entre les 2 sites (Cherbourg et Valognes) a permis d'organiser le fonctionnement du site de Valognes avec un effectif minimum de 1 ETP préparateur et de 0.5 ETP pharmacien.

Un stock de médicaments est détenu au sein de l'antenne de Valognes pour notamment la dispensation des médicaments hors dotation via la console de dispensation de PHARMA.

La préparation des réapprovisionnements des dotations des services de soins du site de Valognes est assurée par les préparateurs du site de Cherbourg. Le rangement dans les services de soins du site de Valognes est effectué par le préparateur du site de Valognes.

Les dotations en DMS des services de soins du site de Valognes sont réapprovisionnées par les préparateurs du secteur DMS à Cherbourg selon un système d'armoire mobile.

Le stock de DMS est positionné sur le site de Cherbourg. Tout DMS hors dotation est commandé auprès du site de Cherbourg.

Solutés : le réapprovisionnement des dotations en solutés des services de soins du site de Valognes est effectué par la préparatrice du site de Valognes à l'exception de ceux de l'UCC, de l'EHPAD, du CSNP et de l'Imagerie médicale dont les dotations sont réapprovisionnées via les armoires mobiles avec les DMS.

Autres activités pour les services de soins du site de Valognes

- Rétrocession
- Gestion des MDS (inventaire, traçabilité)
- Gestion des FM
- Validation des prescriptions informatisées (avec l'aide des pharmaciens de Cherbourg)
- Réapprovisionnement des services de soins en solutés : SSR 1, 2, 3, Médecines

- Gestion des stupéfiants
- Conciliation médicamenteuse (assurée par le pharmacien assistant)
- Envoi des bacs Dispositifs Médicaux Réutilisables protégé dans un emballage « dust cover » à la stérilisation de Cherbourg
- Approvisionnement du Centre de vaccinations internationales

Actions 2016

Transport des médicaments de la pharmacie du site de Valognes vers les services de soins : suite à la visite d'accréditation, le transport des médicaments est assuré désormais sur le site de Valognes à l'aide de boîtes identiques à celles du site de Cherbourg.

122

Projet 2017

Solutés : Un travail sur la mise en place d'un stock unique de solutés massifs à la pharmacie sur le site de Cherbourg est engagé. La difficulté principale porte sur le transport entre les 2 sites ; celle-ci n'a pas encore été résolue.

L'objectif est de finaliser ce projet de rangement en mode plein/vide des solutés massifs dans les unités de soins du site de Valognes avec la mise en place de la délivrance entre les 2 sites, projet reporté pour 2017.

b) Informatisation du circuit du médicament

Actions 2016

Le déploiement du DPI s'est poursuivi en 2016 sur les services suivants (site de Valognes) (l'ensemble des services du site de Valognes a été informatisé au 31/05/2016) :

- SSR = 96 lits
- Médecine polyvalente = 50 lits
- Médecine Alzheimer = 2 lits

Le déploiement du DPI a également été effectué sur les services suivants (site de Cherbourg) :

- Rhumatologie-Dermatologie-Endocrinologie,
- Médecine Interne et Maladies Infectieuses,
- Médecine gériatrique,

en remplacement du logiciel « Pharma ».

Au total, 47% des lits du CHPC bénéficient de la prescription informatisée.

Projets 2017

Le déploiement du DPI est programmé sur les services suivants :

- Cardiologie, Neurologie (plateau 3)
- Oncologie, Pneumologie, Hépto-gastro-entérologie (plateau 4)

Il est en lien avec la restructuration du CHPC en plateaux.

L'informatisation de la prescription en Neurologie est prévue le 16 mai 2017, celle de la Cardiologie en septembre 2017, pour se poursuivre en suite sur les 3 autres services du plateau 4.

L'équipe du DPI (dont 50% de temps pharmacien) est fortement mobilisée pour les formations des personnels et le paramétrage du logiciel. Les protocoles thérapeutiques et « lforms », préalablement présentés en COMEDIMS, sont intégrés ensuite au logiciel via un paramétrage assuré par un binôme pharmacien/médecin.

La Néonatalogie bénéficiera d'un logiciel « métier » différent de HEO mais relié avec le DPI à partir de Juin 2017.

c) Automatisation de la dispensation à délivrance nominative (DIN)

123

Actions 2016

Après présentation au Directoire et en COMEDIMS, l'année 2016 a permis d'effectuer des visites sur sites avec différents professionnels du CHPC (Site de Maubeuge, Valenciennes, Lorient pour des automates de reconditionnement entièrement automatisés (3 marques différentes) et La Ferté Macé pour un appareil semi-automatique avec méthode de déconditionnement des doses).

Un compte-rendu des visites a été réalisé auprès du comité de pilotage fin 2016.

Il en ressort des avantages et des inconvénients pour les 2 méthodes mais le coût reste un obstacle à la mise en œuvre du projet.

Projets 2017

Dans un premier temps, l'équipe projet va s'attacher à déterminer quelle est la méthode qui convient le mieux à l'établissement.

Une révision des coûts approfondie avec les prix du marché actuel permettra d'arrêter un choix et de déterminer avec la Direction des finances comment l'établissement pourra le financer.

L'objectif est de mettre en œuvre ce projet pour 2018.

Le choix tiendra compte de 3 données :

- sécurisation du circuit du médicament,
- adaptation du modèle retenu aux organisations du CHPC,
- coût.

d) Transport des médicaments thermosensibles de la pharmacie vers les services de soins

Actions 2016

Afin d'améliorer la gestion des médicaments thermosensibles au sein des services de soins, le suivi de la traçabilité des températures des réfrigérateurs est rendu possible avec la mise en place de sonde dans les réfrigérateurs des services de soins.

Projet 2017

Une évaluation de la traçabilité des températures du stockage des médicaments thermosensibles dans les services de soins est programmée pour 2017.

e) Dotations de services et gestion des retours de médicaments des services de soins à la pharmacie

Actions 2016

Par défaut de temps préparateur, la révision de dotations en médicaments en 2016 n'a couvert que 40% des dotations en médicaments de l'établissement.

En parallèle, une évaluation de la gestion du retour des médicaments des services de soins vers la PUI a été réalisée. Elle se traduit par la mise en place d'un circuit bien défini en lien avec le protocole d'hygiène établi.

124

Projets 2017

Compte tenu du défaut temps préparateur, la révision des dotations de médicaments portera en priorité sur les services qui bénéficieront de la mise en place de l'informatisation de la prescription (module HEO) et tiendra compte aussi de l'évolution des marchés.

Mise en place du circuit des retours de médicaments à la PUI et rédaction de la procédure.

f) Unité de Reconstitution des Chimiothérapie (URC)

Actions 2016

Les actions menées en 2016 ont été poursuivies en 2016 avec notamment les actions suivantes :

- Révision des protocoles relatifs à diverses activités et processus de l'URC avec en particulier révision des procédures « d'analyse validation de prescription de chimio », « organisation du recueil centralisé des indications des molécules onéreuses en vue d'analyse » et « Validation du Thésaurus » : en partie réalisée
- Réalisation de 4 évaluations : « Nombre de poches détruites et motifs », « Nombre de dysfonctionnements (UF- URC) », « Nombre d'incidents survenus chez le patient », « Répartition des indications selon groupes (AMM, PTT-RBU – Autres) »
- Développement de la Pharmacovigilance et des entretiens pharmaceutiques en cancérologie
- Formation au logiciel Chimio des nouveaux prescripteurs ou soignants
- Formation et encadrement d'internes et de préparateurs en pharmacie (1 nouveau préparateur intégré en 2016)
- Intégration des indications des MO dans le logiciel et renseignées par le prescripteur
- Réalisation de prélèvements micro-biologiques à l'intérieur de l'isolateur lors de passage en mode dégradé
- Réflexion sur la prise en charge de patients en HAD avec constitution d'un groupe de travail

Projets 2017

Les projets de l'URC pour 2017 reprennent l'ensemble des actions de 2016 avec poursuite des actions à mener, parmi lesquelles le développement de la pharmacovigilance et des entretiens pharmaceutiques en pneumo-cancérologie.

Autres projets 2017

- Développer les essais cliniques selon projet du réseau régional.
- HAD : Charte de fonctionnement à prévoir, en particulier avec les différents interlocuteurs impliqués en HAD dont libéraux et rédaction de procédures en particulier d'organisation générale et de mode opératoire pour l'activité vers l'HAD selon avancement du projet.
- Homogénéisation niveau régional des protocoles thérapeutiques ; formation régionale aux traitements ciblés avec réflexion sur l'arrivée sur le marché de médicaments biosimilaires.
- Lien pour le compte rendu du RCP (selon projet DPI) autre que RCP du Centre François Baclesse.
- Evaluation des pratiques à définir avec l'oncologue et le soutien de la Direction de la Qualité et selon demande de l'ARS.

- Analyse de risques à poursuivre avec Direction de la qualité (cartographie des risques).
- Projet régional PREP'S : Lien ville Hôpital pour les traitements Anti cancéreux per os.
- Suivi des dépenses en lien avec la DAFSIM et le DIM.
- Projet régional d'éducation thérapeutique PRETORA (chimiothérapies et thérapies ciblées orales).

g) Démarche qualité, cartographie des risques liés au circuit du médicament, conciliation médicamenteuse et entretiens pharmaceutiques

Actions 2016

Les actions 2016 sont en lien avec la certification V 2014 et le compte qualité qui l'accompagne.

- Participation à la certification V2014 : binôme pharmacien/médecin pour le processus « Management de la prise en charge médicamenteuse du patient »
- Poursuite du travail sur les Never Events (AVK, FM,...) et intégration aux prescriptibles (HEO) : valorisé sous forme de communication orale à HOPIPHARM, Clermont Ferrand mai 2016 et valorisation sous forme de poster à l'APHO, Rennes, octobre 2016
- Mise en conformité des conditions de stockage des médicaments thermosensibles dans les services
- Finalisation du test «port du gilet jaune » dans les unités de soins (mesure barrière pour les interruptions de tâches dans les services de soins)
- Conciliation médicamenteuse de la filière gériatrique (selon projet régional) valorisé sous forme de poster à l'APHIF, Paris, novembre 2016
- Participation au Groupe régional avec CHPC reconnu comme établissement formateur régional pour la conciliation médicamenteuse

Projets 2017

L'alimentation du compte qualité est le fil conducteur des projets 2017.

- Poursuite du travail sur les Never Events : fiches de bon usage (AOD, K+, Insulines, MTX,...) et pictogramme « médicament à risque » dans armoire de stockage
- EPP sur les conditions de stockage des médicaments thermosensibles
- Poursuite des actions sur l'interruption de tâches lors de la préparation de médicaments dans les US (groupe de réflexion régionale : axe de travail de l'Omédit)
- Poursuite du projet conciliation médicamenteuse : cible gériatrique et extension en chirurgie (avec renfort de l'équipe par 2 externes en pharmacie) (groupe régional)

h) Autres actions

☛ *Démarche qualité*

La démarche qualité menée à la pharmacie sur 2016 :

- Audits « MediEval » et audits DMI demandés dans le cadre du CBUMPP III (5 services supplémentaires par an pour les audits « MediEval »).
- Poursuite de la validation de procédures sécurisant le circuit du médicament et des DMS.
- Participation systématique à un CREX du pharmacien référent du service dans lequel un événement indésirable lié au circuit du médicament a été notifié.
- Plan de Secours Mobile : mise à jour du contenu des malles et saisie des informations dans le logiciel national SIGESSE.

☛ *Comité de lutte contre la douleur (CLUD)*

Actions 2016

- Pas de réunion CLUD, ni du groupe de pilotage
- Evaluation de la douleur/échelles d'évaluation : envoi courrier aux soignants, formation des référents sur 2 réunions sur les 2 sites (19 personnes formées), révision du protocole « rôle infirmier dans l'utilisation des

échelles d'auto-évaluation », mise à disposition et référencement de toutes les échelles validées au CHPC à la reprographie.

- Poursuite des travaux de différents sous-groupes du CLUD : livret thérapeutique, révision feuille de calcul PCA morphine et autres antalgiques ainsi que modalité d'application dans le DPI.
- MEOPA : 4 dates de formation continue; 65 personnes formées.
- Mise à jour du compte-qualité dans le cadre de la certification V2014, pour septembre 2017.
- Participation aux journées de formation (Réseau Régional Douleur Bas Normand).

Projets 2017

- Mise en place d'un créneau hebdomadaire dédié aux travaux du CLUD entre pharmacien président et médecin référent douleur
- Deux réunions de CLUD, deux réunions de co-pilotage et une réunion ou visite dans les services avec les référents douleur prévues
- Présentation CME avril 2017 : rapport d'activité, sensibilisation échelles douleur, compte-rendu EPP Versatis® /Bonnes pratiques de prescription et d'utilisation du Versatis®
- Poursuite de la mise à jour du compte qualité
- Rédaction de protocoles : crème lidocaïne/prilocaine (protocole diffusé à tous les services), alternatives à la codéine chez l'enfant, titration de morphine et gestion des événements indésirables, kétamine IV et orale, Méthadone dans la douleur rebelle en soins palliatifs.
- Validation/Diffusion de la feuille de calcul PCA morphine (après test sur pôle C) et réalisation d'un IFORM pour la prescription des PCA (morphine, oxycodone, kétamine, ...)
- Poursuite des autres groupes de travail
- EPP Douleur aigue en traumatologie aux Urgences
- Mise à jour du site INTRANET
- Diffusion d'1 ou 2 Lettres du CLUD

← Fluides Médicaux

Actions 2016

Les actions menées dans le cadre de la gestion des fluides médicaux par les deux pharmaciens référents se retrouvent à travers celles de la commission des fluides médicaux, de différents contrôles et de formations :

- Envisager l'installation d'une station Kinox en Réanimation et préparation d'un appel d'offre si nécessaire
- Inventaire des fluides médicaux conditionnés en bouteille, dans le cadre de mise en place de la version web du système de traçabilité.
- Sécurité incendie : formation dans le cadre de l'oxygénothérapie
- Formation des utilisateurs à la manipulation des bouteilles de fluides en toute sécurité et calcul d'autonomie ; formation de nouvelles équipes à l'utilisation du MEOPA – Plan de formation renouvelée pour les utilisateurs du MEOPA : 4 réunions – 2 sites – 60 agents de formés (sept à décembre 2016)
- Renforcer la vigilance quant aux contrôles des prises murales dans le cadre de la restructuration des unités de soins

Projets 2017

Les actions engagées en 2016 seront poursuivies en 2017 avec adaptation de ces actions au regard des résultats de l'appel d'offre lancé en 2017 pour 3 lots de fluides médicaux.

j) Actions d'information et de communication

Actions 2016

- Semaine sécurité du patient en novembre 2016 : implication de l'équipe pharmaceutique par une communication sur la conciliation médicamenteuse, à l'aide de la plaquette « conciliation des traitements

- médicamenteux » ; implication également de l'équipe pharmaceutique avec participation notamment vis-à-vis des professionnels mais aussi du public sur le port du gilet jaune en milieu hospitalier qui permet aux professionnels de ne pas être dérangés pendant les préparations des médicaments dans les services de soins
- Relation ville Hôpital : poursuite de réunions de travail entre les pharmaciens hospitaliers du CHPC et les pharmaciens de ville (1 réunion en juin 2016 entre les pharmaciens hospitaliers du CHPC et les pharmaciens officinaux) ;
 - Co-investigateur sur le PREPS « étude de faisabilité sur le lien ville-hôpital en cancérologie, évaluation qualitative d'un réseau régional »

Projets 2017

- Personnalisation par service de soins de la liste des produits les plus couramment rétrocedés suite à une hospitalisation
- Charte de communication entre pharmacies de ville et la PUI : réunion fixée en mars
- Poursuivre les réunions ville-hôpital entre pharmaciens : faire le lien avec le groupe de travail OMEDIT porteur de ce thème

B. Gestion des achats de médicaments et DMS

L'optimisation des achats des produits pharmaceutiques passe essentiellement par le travail commun effectué entre les pharmaciens du groupement de Basse Normandie.

↳ Optimisation des achats et marchés

Action 2016

La campagne 2016 a permis d'obtenir un gain annuel de 68 150 € pour les médicaments et de 38 500 € pour les DMS.

Quelques marchés ont été effectués par le CHPC :

- 15 marchés de monopole (médicaments)
- 1 Appel d'offres de DMS
- 2 appels d'offres pour des DMI (stimulateurs et sondes de stimulation cardiaque, DMI d'orthopédie et d'ostéosynthèse)

Projets 2017

Les marchés médicaments sont passés pour 3 ans ; la révision des marchés est envisagé lorsqu'un générique d'une spécialité très coûteuse et en monopole est commercialisée.

Les gains obtenus en 2016 via les marchés du groupement sont moins importants qu'en 2015 en raison de la relance de l'ensemble des lots en 2015 et ce pour 3 ans.

C. Circuit des Dispositifs Médicaux Stériles (DMS) et des Dispositifs Médicaux Implantables (DMI)

a) Dispositifs médicaux stériles

Actions 2016

Suite à la mission ANAP, la mise en place du stockage des DMS selon le mode plein-vidé a été poursuivie en 2016 dans les services suivants :

- RDED, MIMI, Gériatrie
- Maternité consultations
- Cardiologie et USI Cardiologie
- Neurologie et Neurologie SC
- Plateau de consultations externes de Médecine
- Urgences et UHCD
- Pneumologie UTP/HS

En parallèle de ces mises en place de nouveau mode de gestion, un 3^{ème} logisticien de plateau a été recruté.

Réalisation d'un livret des pansements pour plaies chroniques.

Projets 2017

Poursuite de la mise en place du stockage des DMS selon le mode plein-vidé en 2017 :

- CSNP
- Maternité 1e étage et anesthésie maternité
- Néonatalogie
- Plateau de Pneumologie, Oncologie, Hépato-gastrologie, endoscopie
- Néphrologie et hémodialyse
- Consultations chirurgicales et chirurgicales spécialisées
- EHPAD Gros Hêtre
- HAD
- Hôpital de jour de Médecine

avec la mise en place d'un 4^{ème} poste de logisticien de plateau.

La majorité de ces services ne faisant pas partie de la restructuration par pôle, le réaménagement de ces postes de soins devra être priorisé et faire l'objet d'un financement particulier.

Rédaction d'un livret des dispositifs médicaux gérés par la Pharmacie.

Optimisation des référencements.

b) Dispositifs médicaux implantables

Action 2016

Dans le cadre des travaux menés avec l'ANAP, la mise en place du circuit informatisé pour la pose de DMI a été finalisée en 2016. La mise en place du circuit informatique complet a débuté à l'automne 2015 au bloc de cardiologie.

Par défaut de temps IBODE, il n'a pas été possible de le mettre en œuvre au sein du bloc opératoire même si le circuit de traçabilité informatique des DMI est total.

Cette mise en place intègre le ré-étiquetage des boîtes de DMI ; celui-ci implique un numéro unique d'identification Pharma pour chaque boîte.

L'IDE trace sur Pharma la pose du DMI via une dispensation nominative ; cette dispensation nominative engendre automatiquement la création d'une commande qui est validée par le pharmacien.

Le circuit de traçabilité papier disparaît.

Autres actions

Réalisation des 3 audits (Essures, LPP et autres) pour le rapport d'étape annuel du CBUMPPIII et de l'audit circuit des DMI à l'aide de l'outil Diag (outil ANAP).

Projet 2017

Rendre effectif le partage de la traçabilité informatique entre le bloc et la pharmacie.

D. La Commission du médicament et des dispositifs médicaux ou COMEDIMS

Rappel

La COMEDIMS est composée depuis fin 2010 de deux commissions :

- une commission technique
- une commission scientifique

Commission technique

Bilan 2016

En 2016, les membres de la commission technique se sont réunis quatre fois.

Les thèmes abordés en 2015 sont les suivants :

- bilan des consommations en produits pharmaceutiques sur l'ensemble du CHPC sur 2016,
- bilan 2016 des prescriptions des spécialités et des DMI de la liste hors GHS, notamment hors AMM et hors PTT,
- analyse des dépenses pharmaceutiques PHMEV
- modalités de prise en charge des patients sous traitement par molécule onéreuse et sous certaines indications radiées
- DPI : Validation des « IFORMS » pour le module HEO avec validation de protocoles thérapeutiques (ex, AOP) et état d'avancement du déploiement de HEO sur le CHPC,
- suivi du CBUMPP III : validation du rapport d'étape annuel 2016,
- conciliation médicamenteuse : validation de la plaquette d'information,
- projet d'automatisation de la dispensation à délivrance nominative,
- référencement de certaines spécialités,
- référencements de certains DMS.

Les actions 2016 seront poursuivies en 2017 avec un suivi particulier lié au déploiement du DPI en lien avec le paramétrage de protocoles thérapeutiques standardisés sur l'ensemble de l'établissement.

Les bilans des actes de conciliation médicamenteuse seront présentés en COMEDIMS.

Commission scientifique

Au cours de l'année 2016, les travaux de la commission scientifique sont en lien avec la validation des protocoles thérapeutiques pour le paramétrage du module de prescription HEO du DPI en cours de déploiement.

En 2017, certaines commissions comme la commission d'hémostase ou de neuro gériatrie feront l'objet d'une réunion.

2 - STERILISATION

Actions 2016

Travail sur la réorganisation de la Stérilisation en adaptant les ressources à l'activité du Bloc opératoire :

- Validation de l'organisation du service sur la base de postes en 12h00 et mise en place de cette organisation
- Travail sur la standardisation des plateaux opératoires (boîtes classiques + boîtes complémentaires) et retour en Stérilisation des plateaux opératoire non utilisés par le Bloc Opératoire
- Suppression des containers restants pour les plateaux opératoires de l'abord digestif

Mise à jour du manuel d'assurance qualité

Maintien et mise à jour des dotations par services

Projets 2017

Maintenance préventive des containers

Réorganisation de la zone de lavage avec achat d'un laveur désinfecteur

Poursuite du travail engagé sur l'harmonisation des plateaux opératoires

7.3.2 – Chiffres d'activité des différents secteurs

☛ DISPENSATION ET DISTRIBUTION DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES AUX PATIENTS HOSPITALISES

A. Médicaments

Le nombre de lignes en délivrance globale a légèrement diminué (- 5 114 lignes soit - 2.47% sur une moyenne de 203 000 lignes) tandis que le nombre de lignes en dispensation nominative a augmenté (+3 699 lignes pour une évolution de 51 230 lignes à 54 959 lignes).

Cette évolution est liée à l'augmentation des demandes hors dotation effectuées pour de nombreux médicaments soit via le SPU scanné à la pharmacie, soit via la console de dispensation pour les services dont la prescription est informatisée.

Le nombre de lignes de délivrance globale reste plus élevé que celui de la délivrance nominative puisque la majorité des médicaments délivrés aux services de soins le sont par le biais des réapprovisionnements des dotations en plein/vide.

Par ailleurs, l'année 2016 a été marquée par une nette augmentation du nombre de lignes de prescriptions informatisées (+45 830 lignes soit +80%) suite au déploiement du DPI notamment sur le site de Valognes (Médecine polyvalente et SSR).

B. Dispositifs médicaux stériles (DMS) et objets de pansements

La distribution des DMS et objet de pansement est une activité qui a évolué en terme de nombre de lignes en délivrance globale en 2016 (+13 154 lignes soit +16.7% sur une moyenne de 85 000 lignes). Cette évolution est liée à la mise en place progressive du mode de gestion plein/vide dans les services de soins.

Il s'ensuit une augmentation de la fréquence de réapprovisionnement des services de soins à l'origine de cette évolution.

Le nombre de lignes en dispensation nominative liée à la saisie nominative informatique de la dispensation de certains DMS est très stable (+9 soit + 0.6% pour une moyenne de 1 500 lignes), la prescription de ces DMS n'ayant pas été modifiée par un effet recrutement ou par un effet protocole.

C. Dispositifs Médicaux Implantables (DMI)

Le nombre de DMI de la liste hors GHS posés en 2016 est relativement stable par rapport à celui de 2015 (+150 DMI soit +1%), les 2 activités de rythmologie cardiaque et d'orthopédie étant restées stables entre 2015 et 2016.

Les poses de DMI hors liste GHS sont en diminution (-435 soit - 14% pour une moyenne d'environ 3 000 poses par an) avec une baisse constatée en traumatologie en 2016.

☛ MEDICAMENTS DERIVES DU SANG

Le nombre de dossiers patients a augmenté (+2.5%) avec également une augmentation du nombre d'unités tracées (+16%). Cette hausse est liée à un effet recrutement patients en hospitalisation et en rétrocession.

En 2016, les actions effectuées en 2015 ont été poursuivies :

- Suivi des actions quotidiennes avec validation par un pharmacien de la chek liste des items indispensables à la bonne gestion de la traçabilité des MDS
- Suivi des indications mensuelles des molécules onéreuses dans le cadre du CBUMPP.
- Suivi des nouvelles versions de logiciel Pharma, avec suivi des dysfonctionnements du logiciel de traçabilité et travail sur le transfert magasin.
- Actualisation des supports de prescription mis en ligne sur Intranet.
- Rédaction du protocole de « Conduite à tenir et prise en charge des hémorragies sous NACOS par PPSB », validation par le groupe de travail (COMEDIMS).
- Réalisation d'inventaires mensuels avec corrections argumentées.

Parmi les projets 2017, des travaux porteront notamment sur différentes actions :

- Evaluation des traitements par NACOS suite à la rédaction du protocole « Conduite à tenir et prise en charge des hémorragies sous NACOS par PPSB » ; Evolution en 2017, selon actualités des agents de réversion disponibles.
- EPP sur PPSB : 2ème tour de l'EPP.
- Protocoles Immunoglobuline pour paramétrage sur le DPI.
- Suivi des molécules onéreuses.
- Suivi de la gestion en flux tendus des Immunoglobulines et PPSB en lien avec le groupement régional.

☛ UNITE SANITAIRE EN MILIEU PENITENTIAIRE (U.S.M.P)

L'activité de l'U.S.M.P a diminué entre les années 2015 et 2016 au niveau du nombre de dossiers (-66 dossiers soit -27%) elle s'est en revanche maintenue en terme de lignes de dispensation (-30 lignes soit -2%) et avec une stabilité des dépenses.

L'informatisation de la prescription via le logiciel « Pharma » associée à celle du plan d'administration en lien avec la console de dispensation est effective depuis 2015. Cette étape est essentielle à l'intégration de l'U.S.M.P dans le projet de PDA.

En 2017, dans le cadre de la commission de neuro-gériatrie, les classes pharmacologiques prescrites à l'U.S.M.P classes seront étudiées.

☛ RETROCESSIONS

En 2016, l'activité de rétrocession est en augmentation autour de 8% avec un nombre croissant de patients (643 patients en 2016 contre 548 en 2015 soit +95 patients); d'un point de vue financier (+ 247 912 € soit près de 4%) l'augmentation est liée notamment à la prescription de médicaments coûteux sous ATU, particulièrement Entresto® (statut AMM courant 2016 mais toujours rétrocedable).

Globalement, l'activité de rétrocession est une activité en permanente augmentation. Même si elle ne représente pas les mêmes volumes, l'activité de Valognes montre une progression plus rapide liée à la fois, à de nouveaux patients (ambulatoires et sortant d'hospitalisation) mais aussi à la réorientation des patients du bassin de population valognais venant une première fois sur Cherbourg.

En dehors du nombre de patients croissant, le temps octroyé à la rétrocession est en augmentation et lié à la généralisation des entretiens pharmaceutiques que ce soit pour une chimiothérapie orale ou à l'initiation de tout autre nouveau traitement pour un patient.

☛ ESSAIS CLINIQUES

Suite à l'arrivée de 2 ARC en octobre 2015, l'organisation a donc été revue à travers un mode opératoire (Mise en place des pratiques de recherche clinique entre la pharmacie et le département de recherche clinique) afin de partager les tâches entre le pôle recherche clinique et la pharmacie.

Collaboration pharmaciens et attachés de recherche clinique pour un travail d'archivage et de clôture des essais inactifs.

De plus, augmentation nette du nombre de protocoles actifs mais le nombre d'inclusions reste faible.

Données d'activité	Année 2016	Année 2015	Différence en unités	% d'évolution
Nombre de protocoles suivis	8	3	+5	+166%
Nombre de protocoles enregistrés dans l'année	6	1	+5	+500%
Nombre de dispensations nominatives	10	5	+5	100%

☛ HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD)

Nombre de lits 2016 : 26 (50 autorisés)

L'HAD détient une dotation révisée annuellement (2ème semestre 2016). Les produits hors dotation sont dispensés nominativement tous les mercredis.

133

Certains patients accueillis en HAD présentent des profils particuliers dans la gestion de leurs traitements :

- Patient en EHPAD : antibiothérapie, contrôle de l'analgésie, pansements complexes : pas de dispensation du traitement habituel
- Patient « kétamine » : cure de 5 jours
- Surveillance des menaces d'accouchements prématurés et des retards de croissance intra-utérins

	2013	2014	2015	2016	Ecart 2015 -2016	% 2016/2015
Nb patient	197	219	274	261	-13	-4%
Nb prescription	1117	1261	1375	1052	-323	-23%
Nb lignes	4329	4843	5005	4302	-703	-14%
Coût HT	89 845 €	144 754 €	127 173 €	230 721 €	+ 103 548 €	+81%

Paradoxalement, le coût de la dépense pharmaceutique en HAD a augmenté mais l'activité baisse. Cette baisse est en lien avec le recrutement patient.

Les origines de l'augmentation significative des consommations sont les suivantes :

- La dispensation de molécules onéreuses remboursées en sus via le Fichcomp (Novoseven®, Cubicin®, Zytiga® et Privigen®) : 65 300 €
- 1 patiente atteinte d'HTAP : 16 600€ et 1 patiente atteinte d'un cancer du sein : Faslodex® 2500 €
- Le développement du drainage pleural au domicile : PleurX® 11000€

Répartitions des consommations :

- Antibiothérapie : 30 000 € (27 500 € en 2015)
- Contrôle de l'analgésie : 20 000 € (19 000 € en 2015)
- Plaies chroniques : 13 000 € (24 000 €) dont 4 600 € de thérapie par pressions négatives
- Drainage pleural : 11 000 €
- Nutrition parentérale : 7 500 €

L'HAD et la pharmacie s'engagent à améliorer la gestion des médicaments et des DMS au domicile du patient : discussion des besoins en staff et orientation, si besoin, vers spécialiste (TELAP, référente stomies, ...)

☛ CHIMIOThERAPIE ANTICANCEREUX

En 2016, le nombre de reconstitutions effectuées a augmenté (9 028 en 2016 contre 8 753 reconstitutions en 2015) alors que le nombre de dossiers patients est stable (+8 soit +1.22%). Cette augmentation d'activité est liée à la reprise de patients relevant de pathologies hématologiques.

L'augmentation financière est liée, quant à elle, à ces augmentations de recrutements mais aussi aux évolutions de traitements avec mise sur le marché de spécialités anticancéreuses coûteuses.

La majorité des dossiers patients suivis pour une chimiothérapie injectable est concentrée en Oncologie avec un taux de recrutement le plus élevé en hospitalisation de jour et de semaine.

Quelques patients relevant de pathologies rénales sont vus en néphrologie et quelques patients en pédiatrie.

Le nombre de poches détruites (liée à une dégradation de l'état général du patient après OK feu vert donné par prescripteur) est stable (+0.2%).

Il y a par ailleurs une diminution du nombre de dysfonctionnements en raison de 2 facteurs :

- sous évaluation par sous déclaration des bugs informatiques et organisationnels
- évaluation réalisée par rapport au moment de survenue dans la chaîne de production : 95% des dysfonctionnements sont dépistés avant la dispensation.

☛ CONCILIATIONS MEDICAMENTEUSES ET ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES

A. Conciliation médicamenteuse

Après deux phases test débutées en 2013, la conciliation des traitements médicamenteux a été mise en place sur le CHPC avec un renfort de temps pharmacien (1 ETP assistant).

A ce jour, en 2016, la moyenne mensuelle est de 56 entrées et sorties par mois.

Le renforcement de l'équipe avec deux externes en pharmacie permet de développer l'activité en 2017 sur la chirurgie et s'intègre dans le projet gériatrique de GHT Cotentin.

B. Entretien pharmaceutiques

Depuis avril 2013, le pharmacien de l'hôpital, à la demande de l'oncologue, réalise un entretien pharmaceutique à la sortie du patient pour des médicaments anticancéreux délivrés en officine de ville (thérapie ciblée), entretien concernant également les médicaments en rétrocession dont les médicaments anticancéreux.

En 2016, 64 entretiens dont 48 en initiation et 17 en renouvellement ont été réalisés au CHPC.

☛ PREPARATIONS ET NUTRITION PARENTERALE

Préparations

Préparations magistrales		2014	2015	2016	Écart 2015/2016	
					En unité	en %
Solution buvable		92	145	272	127	88%
Solution pour usage externe		150	228	212	-16	-7%
Gélules	Nb de fiche de fabrication	33	9	40	31	344%
	Nb de gélules	241	463	1854	1391	300%
Pâtes/Pommades		118	92	93	1	1%
Paquets	Nb de fiche de fabrication	5	2	15	13	650%
	Nb de paquets	37	3	163	160	5333%
Préparations stériles		12	4	38	34	850%
POD : Préparation officinale divisé	Nb de fiche de fabrication		18	37	19	106%
	Nb d'unité divisé		22	125	103	468%
Préparation en mode dégradée			3	9	6	200%
Total		429	502	707	205	41%

135

Préparations magistrales	2016
Fiche de fabrication	617
Nombre d'unité préparé	2768

Nombre de réception de matière première	2014	2015	2016	écart	%
		160	145	205	60

Actions 2016

- Maintien des documents qualités.
- Amélioration du programme du préparatoire par le préparateur référent du secteur
- Achat de placebo en blister unitaire (actuellement vrac et action de reconditionnement).

- Nouvelles préparations comme les seringues de gel de Budésonide par voie orale dans les œsophagites à eosinophile mais non renouvelé pour le moment.
- Proposition du PRIMALABA en remplacement des pommades de l'EHPAD indiqué dans l'hydratation et de prise en charge de l'érythème fessier de la personne âgée.
- Rupture en Citrulline AP-HP nécessitant la préparation de gélule pour une rétrocession
- Augmentation très importante de la préparation de Potion de Charrier et de mélatonine Sol Buv (favorisée par la facilité de prescription informatisée)
- Enfant hospitalisée en HAD nécessitant de nombreuses préparations comme la solution buv de Nicardipine (nouvelle préparation) et des sachets de Kayexalate.

Projets 2017

- En raison de la non-conformité des locaux, la PUI n'est pas autorisé à effectuer des préparations stériles. Il est donc nécessaire de faire un choix :
 - soit mise aux normes de la salle avec la hotte à flux laminaire,
 - soit abandon de la salle et achat de collyres renforcés à une autre PUI pour pallier à une demande urgente.

Nutrition parentérale

Années	2014	2015	2016	Différence	%
Poche FASONUT	579	1081	369	-712	-66%
Nombre d'enfants sous poche Fasonut	28	56	31	-25	-45%
PEDIAVEN NN2	475	520	610	90	17%
NUMETAH G13%E 300 mL			20		

Action 2016

Mise à jour du canevas de prescription en vue de l'uniformisation de la prescription auprès de Fasonut.

Projet 2017

- Fin de la sous-traitance avec FASONUT
- Mise en place de la prescription standardisée avec NUMETAH G13%E 300 mL
- Installation d'un logiciel de prescription en Néonatalogie et notamment de la nutrition parentérale

ACHATS

La passation des marchés par le CHPC pour les produits pharmaceutiques concerne peu de produits en raison de l'adhésion du CHPC au Groupement d'achat de Basse Normandie. Seuls les marchés de produits en monopoles, les DMI spécifiques et certains DMS sont réalisés par le CHPC.

Les procédures d'achats sur le CHPC sont les suivantes :

MEDICAMENTS

- Monopoles pour 15 spécialités soit 10 contrats

DISPOSITIFS MEDICAUX

- Appel d'offre DMS abord chirurgical, drapage : 31 lots et 12 contrats suivi de 2 marchés de monopole suite a appel d'offre infructueux : 2 lots et 2 contrats
- Appel d'offre DMI (orthopédie et ostéosynthèse) = 50 lots et 13 contrats suivi de 2 marchés de monopole suite à appel d'offre infructueux (5/5)
- Appel d'offre DMI (Stimulateurs cardiaques et sondes de stimulation cardiaque) = 17 lots et 5 contrats

☛ COMMANDES

L'activité, commandes et liquidations est relativement stable.

Le nombre de lignes de commandes et de liquidation des produits pharmaceutiques a très légèrement augmenté (+ 1 119 lignes de commande et + 1 131 lignes de liquidation). Cette augmentation est liée essentiellement aux commandes de DMI.

Cette stabilité est liée à la restructuration de la PUI avec une centralisation des commandes et des liquidations des factures de DMS et de médicaments effectuée sans évolution majeure du mode de fonctionnement entre les 2 années et avec une préconisation des commandes mise en place depuis 2014.

En revanche, l'activité a été quelque peu optimisée avec une baisse du nombre de commandes (7 489) à hauteur de moins 94 commandes soit -1.23%. Pour mémoire, avec la prise en charges des commandes du site de Valognes par le site de Cherbourg, l'objectif de 8 000 commandes /an a été atteint et maintenu.

☛ PHARMACOVIGILANCE ET MATERIOVIGILANCE

A. Pharmacovigilance

Pharmacovigilance descendante

	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre de notes de retrait	12	8	10	7	5
Nombre de notes d'information / recommandations	11	12	10	11	24

24 notes d'informations et / ou de recommandations, à destination des prescripteurs du CHPC, ont été rédigées par les pharmaciens pour faire suite à des informations de pharmacovigilance en provenance de l'ANSM et/ou des laboratoires pharmaceutiques.

Sur l'ensemble des demandes de retrait en provenance de l'ANSM et/ou des laboratoires pharmaceutiques, 5 demandes de retrait ont été relayées aux prescripteurs selon la procédure de retrait de lots du CHPC.

Pharmacovigilance ascendante :

Traçabilité des fiches de signalement émis par les services de soins :

- 24 déclarations effectuées auprès du pharmacien référent de pharmacovigilance dont 5 en oncologie
- 100 % des déclarations ont été transmises au CRPV de Caen.

Développement renforcée de la pharmacovigilance en cancérologie ; sensibilisation et formation à la déclaration des utilisateurs poursuivie

Présence de l'interne en pharmacie au staff d'Oncologie avec poursuite du relevé de pharmacovigilance en Oncologie ; action à poursuivre en 2017.

B. Matériorvigilance

Matériorvigilance ascendante

Sur l'année 2016, 34 déclarations de matériorvigilance (contre 41 en 2015) ont été enregistrées et déclarées aux fournisseurs. Aucune n'a fait l'objet d'une déclaration à l'ANSM

Matériorvigilance descendante

En 2016, l'ANSM a mentionnée 649 alertes sur son site Internet (627 en 2015) :

- 613 ne concernaient pas les DM référencés au CHPC
- 10 se rapportaient aux DMS référencés et ont fait, si besoin, l'objet d'une information aux services de soins utilisateurs

☛ STERILISATION

TABLEAU D'EVOLUTION DE L'ACTIVITE 2012 A 2016

Les évolutions sont en lien avec les travaux ANAP et les activités du bloc opératoire.

Focus Périmés	2012	2013	2014	2015	2016	Différence n-1
Plateaux opératoires	NC	152	247	214	182	-32
Sachets service	NC	926	880	927	694	-233
Satellites BLOC	NC	602	542	701	674	-21

Focus Boîtes opératoires	2014	2015	2016	différence	évolution
7610 GYNECOLOGIE BLOC	663	707	720	13	2%
7610 OPERATOIRE BLOC	13	7	3	-4	-133%
7610 OPHTALMO BLOC	23	6	6	0	0
7610 ORL BLOC	1048	852	752	-100	-13%
7610 ORTHOPEDIQUE BLOC	5004	5054	5823	769	13%
7610 RETOUR PRÊT	81	70	45	-25	-55%
7610 STOMATO BLOC	676	626	298	-328	-110%
7610 VISCERAL BLOC	1842	1687	2081	394	19%
9009 BLOC OBSTETRIQUE	360	326	305	-21	-7%

Nombre de cycles de stérilisation/ mois	
Mois	2016
2016-12	104
2016-11	109
2016-10	105
2016-09	103
2016-08	102
2016-07	83
2016-06	120
2016-05	106
2016-04	111
2016-03	107
2016-02	104
2016-01	109

☛ CENTRE ANTI-AMARILE

Globalement, le centre de vaccination anti-amarile enregistre une augmentation très modérée des consommations (+ 247 unités soit + 10%) avec une stabilité du nombre de références (-5%) et du coût (+ 4 774 € soit +10%)

La stabilité de l'activité en 2016 est due à plusieurs facteurs :

- biais d'interprétation lié à la pénurie croissante des vaccins hépatite A et hépatite B en 2016
- augmentation des quantités et des coûts liés à la fois à l'utilisation de 2 vaccins hépatite A dosage enfant pour une injection adulte (pratique arrêtée car non recommandée), au doublement des quantités de vaccins rabiques.

☛ ACTIVITES PHARMACIE DU SITE DE VALOGNES

Actions 2016

L'intégration des électrolytes hypertoniques avec l'étiquetage adéquat, dans les armoires de dotations a été achevé en 2016.

Les dotations de service ont été révisées en parallèle de l'informatisation avec HEO ; la console de dispensation a été mise en place pour toutes les dispensations hors-dotation.

Une réunion d'information sur le fonctionnement à la pharmacie de la console a été réalisée pour les services de médecine.

L'achat de chariots de soins et de chariots de distribution de médicaments adapté au nouveau fonctionnement informatisé en médecine et SSR a été préparé avec mise en place d'essais avec les différents fournisseurs. Le choix des chariots de distribution des médicaments n'a pas été finalisé en 2016 en raison d'un manque de réactivité d'un fournisseur.

Le système de surveillance des températures des réfrigérateurs de la pharmacie et du centre de vaccinations a été modifié : arrêt de la traçabilité informatique très souvent en panne, mise en place de boîtiers avec disques hebdomadaires et traceurs encre. Les sondes « mémoclim » ont été maintenues dans les réfrigérateurs et permettent une surveillance par alarme reportée au standard.

Projets 2017

- Poste de préparateur : une réorganisation des tâches du poste de préparateur en raison du départ à la retraite de la préparatrice (mutualisation adaptée avec l'équipe du site de Cherbourg)
- Never-Events ou médicaments à risque : étiquetage armoires de dotation/stocks de solutés-électrolytes et stocks pharmacie à prévoir en 2017
- Une réunion d'information sur le fonctionnement à la pharmacie de la console est à prévoir pour l'EHPAD et les SSR.
- Finalisation du choix des chariots de distribution des médicaments à réaliser.
- Etiquetage spécifique des solutés massifs et électrolytes à réaliser dans le stock pharmacie.
- Mode opératoire pour gestion du boîtier de traçabilité des températures du réfrigérateur du centre de vaccination à réaliser.

BILAN FINANCIER

La consommation des produits pharmaceutiques (DMS et médicaments) a augmentée de 1 737 154 e soit 9,6 %.

Cette augmentation est liée essentiellement à celle des médicaments (+1 433 576 soit +10 %) et à une moindre mesure à celle des DMS/DMI (+303 578€ soit +8%)

Consommation des médicaments

L'augmentation des consommations en médicaments est due à différentes catégories de spécialités :

- spécialités de la liste hors T2A en raison de la mise sur le marché de nouveaux anticancéreux coûteux et à un effet recrutement patient
- Médicaments sous ATU (post ATU) à visée anticancéreuse ou à visée curative dans le traitement de la maladie de Crohn ou de la rectocolite hémorragique.

Tableau comparatif des consommations (Année 2016/2015)

	Consommations année 2016	Consommations année 2015	Ecart en €	Ecart en %
Médicaments de la liste hors T2A en hospitalisation	5 685 700	5 267 464	424 394	8
Rétrocessions	6 712 606	6 467 702	247 912	3.8
Médicaments sous ATU en hospitalisation	896 177	90 517	805 972	894
Spécialités pharmaceutiques consommations hospitalières (hors rétrocession et hors médicaments de la liste hors T2A)	2 462 414	2 497 950	-35 536	-1.4
Spécialités pharmaceutiques Consommations globales	15 756 867	14 323 291	1 433 576	10
DMI (stimulateurs et sondes de stimulation cardiaques et prothèses osseuses et autres de la liste hors T2A)	1 282 339	1 153 014	129 325	11.2
Dispositifs médicaux hors DMI de la liste hors T2A (Solutés de dialyse et produits d'hygiène compris)	2 807 776	2 633 523	174 253	3.8
DMS et DMI Consommations globales	4 090 115	3 786 537	303 578	8
Total des consommations des produits pharmaceutiques	19 846 982	18 109 828	1 737 154	9.6

Consommation DMS autres que DMI

L'évolution des consommations en DM est liée à des hausses d'activité au CHPC particulièrement en chirurgie viscérale avec le développement de la chirurgie de l'obésité, mais aussi plus globalement en raison d'une activité plus importante au bloc opératoire.

Malgré l'augmentation d'activité dans certains domaines, l'augmentation des consommations est moins importante que pour l'année antérieure en raison notamment de la mise en place de la gestion des DMS en mode plein/vide dans certains services.

Consommation DMI

En lien avec l'activité en orthopédie et traumatologie ainsi qu'en cardiologie dans le cadre de la rythmologie, les consommations en DMI ont augmenté de + 129 325€ soit +11.2% par effet recrutement.

FONCTIONNEMENT INSTITUTIONNEL

Conseil de surveillance

Président : **M. Benoît ARRIVE, maire de Cherbourg-en-Cotentin** (depuis le 1^{er} avril 2016)

Vice-Président : **M. Jacques COQUELIN, Maire de Valognes** (depuis le 1^{er} avril 2016)

6 réunions en 2016

Questions principales abordées dans les ordres du jour :

- Désignation de représentants dans les diverses commissions, suppléance du directeur, délégation de signature.
- Programme d'actions de prévention des infections associées aux soins pour 2016.
- Délibération sur le rapport d'activité et de présentation des comptes 2015.
- Délibération sur le compte financier exercice 2015 et l'affectation des résultats.
- Présentation du rapport de Madame la Trésorière.
- Information sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses 2016 et le plan global de financement.
- Information sur le 3ème rapport-infra-annuel 2015 et bilan de l'activité 2015 et 1^e RIA de l'EPRD 2016.
- Rapport annuel 2015 de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.
- Présentation du rapport de certification des comptes par le Commissaire aux Comptes.
- Information sur l'EPRD 2017 des EHPAD du Gros Hêtre, du Pays Valognais et de l'IFSI/IFAS.
- Information annuelle sur les travaux réalisés dans les logements de l'établissement.
- Information sur la DM n°1 de l'EPRD 2016, perspectives financières de fin d'exercice et nouveau passage en COPERMO.
- Avis sur la vente de logements.
- Avis sur les demandes d'indemnités de départ volontaire suite à la restructuration des secrétariats médicaux et du pôle femme-enfant.
- Messagerie sécurisée Apicrypt.
- Information sur la décision HAS et résultats de la certification V2014.
- Point sur l'ouverture du Centre de Soins Non Programmés à Valognes depuis le 7 mars 2016.
- Information sur l'organisation pour la venue du Tour de France.
- Création d'un GHT filière gériatrique, avis sur la convention constitutive et la désignation du CHPC comme établissement support.
- Ouverture d'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) à l'EHPAD le Gros Hêtre.
- Présentation du jardin thérapeutique à Valognes.
- Bilan d'action de réduction des émissions de gaz à effets de serre.
- Projet d'aménagement d'un parking consultants sur le site Pasteur : principales orientations.
- Bilan du week-end « Paradis de Cherbourg ».
- Présentation du décret du 1^{er}/06/2016 relatif à la Commission des Usagers.
- Ouverture des consultations externes centralisées de médecine.
- Déménagement du plateau de soins en neurologie.
- Aide exceptionnelle de trésorerie.
- Inauguration de la Stéréotaxie et Octobre rose.
- Avis sur le protocole de coopération avec la Polyclinique pour l'attractivité du territoire cherbourgeois.
- Présentation de l'activité et des missions du service social.
- Présentation de la recherche clinique au CHPC.
- Bilan de l'activité de la cellule de mobilité.

Directoire

Président : **M. Maxime MORIN**

Vice-président : **M. le Dr Henry GERVES**, Président de la CME

10 réunions en 2016

Questions principales abordées dans les ordres du jour :

- Présentation de l'automatisation de la dispensation individuelle nominative des médicaments.
- Point sur l'évolution du dossier d'autorisation « Urgences-Smur » et projet d'expérimentation d'un Centre de Soins Non programmés.
- Situation « gestion des lits » hivernale – fonctionnement UTP-UTH. –projet d'unité hivernale.
- Activité –situation financière – décision modificative n°4.
- Point certification V2014.
- Information sur le GHT filière gériatrique.
- Organisation de la Neurologie.
- Dispositif de lits en période hivernale – fin de mise en œuvre.
- Axes de coopération avec la Polyclinique du Cotentin.
- Point sur l'activité du Centre de Soins Non Programmés.
- Grandes lignes de l'EPRD 2016.
- Saisonnalité et capacitaire.
- Projet de stationnement.
- Point sur la situation de trésorerie.
- Déploiement de DMP au sein du CHPC.
- Dispositif Tour de France.
- Capacitaire en lits du service de médecine polyvalente/neurologie/réanimation.
- Information sur le projet SSR pneumologie.
- Bilan de la manifestation « les paradis de Cherbourg ».
- Rapport d'activité et de présentation des comptes année 2015.
- Information sur la situation du bloc opératoire et des urgences.
- Point sur le déroulement du projet DPI et les échéances à venir.
- Réanimation projet + 2 lits.
- Retour sur audit SAMU – Urgences de France.
- Evolution de l'équipe de direction.
- Information sur le déménagement de la neurologie.
- Organisation du service MIMI.
- Affaires médicales : arrivée des internes, contrats de cliniciens.
- Dossier IFSI/AFPA.
- Point sur l'ouverture des consultations externes centralisées de Médecine.
- Retour sur le COPERMO du 22 novembre 2016.
- Projet unité hivernale.
- Retour sur l'opération « phoning » pour faire inscrire les médecins généralistes sur Apicrypt.
- Avis sur le protocole d'accord Polyclinique du Cotentin/CHPC.
- Dernières évolutions du projet médical partagé du GHT.
- Rapport infra-annuel n°1 de l'EPRD 2016.

Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge des patients

Président : le directeur ou son représentant : **Mme Bénédicte GASTEBOIS**, directrice adjointe

Médiateurs médicaux : **Mme le Dr Marie-Pierre BROC**, **M. le Dr Guy CHAUDEURGE**, **Mme le Dr Louise COLSON**

Médiateur non-médical : **Mme Sophie MONTEIL**

7 réunions en 2016

La CRUQPC a examiné l'ensemble des réclamations adressées à l'établissement, et elle a établi son rapport annuel. Elle a été informée du bilan des fiches d'événement indésirable, du programme d'actions et de prévention des infections associées aux soins 2016, de la certification V2014, de la médiation au CHPC, de la semaine de la sécurité, de la transmission des dossiers médicaux, des droits et devoirs des usagers, de la modification du protocole « gestion et examen des réclamations et des plaintes » et « règlement de fonctionnement de la nouvelle commission des usagers », du projet de parking pour les consultants.

Commission des usagers

La commission a été complètement renouvelée en fin d'année 2016, conformément à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé et à son décret d'application n°2016-726 du 1er juin 2016, avec une nouvelle dénomination de « Commission des Usagers », une refonte de son organisation, de sa composition et de ses missions. La commission s'est réunie deux fois et a élu son président et vice-président, respectivement Mme Bénédicte GASTEBOIS et M. Alain IGOUF.

Commission médicale d'établissement

Président : **M. le Dr Henry GERVES**

Vice-présidente : **Mme le Dr Dominique SCHIEDTS**

10 réunions en 2016

La CME a exercé l'ensemble de ses attributions sur l'organisation des soins, la gestion médico-économique, l'organisation de la qualité et la sécurité des soins. Elle a été informée des recrutements médicaux.

Commissions qualité

Le service qualité a continué d'assurer le déploiement de la démarche qualité et gestion des risques comme support de la gouvernance qualité qui a été assurée en 2016, conformément à sa structuration, selon les modalités suivantes :

- **Une structure de pilotage :**

- Le **comité qualité** qui est chargé de définir la politique qualité et gestion des risques au sein de l'établissement au regard des orientations stratégiques retenues dans le projet d'établissement notamment le projet médical et le projet de soins. Il définit le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS).

Le comité qualité a été réuni quatre fois en 2016. Il convient de préciser que le directoire a été sollicité le 16 mars pour valider les modalités d'organisation de la visite de certification.

- Le comité qualité est appuyé par un **bureau qualité** qui constitue son organe exécutif. Ce dernier est composé du Directeur Qualité, de l'ingénieur qualité, du Président de CME, du coordonnateur gestionnaire des risques et de la directrice des Soins. **Le bureau qualité s'est réuni huit fois en 2016.**

- **Deux comités opérationnels :**

- **Comité gestion des risques et des vigilances** : il développe, met en œuvre et coordonne une gestion a priori et a posteriori des risques.

Il s'est réuni à deux reprises en 2016.

- **Comité EPP** : il développe et accompagne la culture d'évaluation des pratiques professionnelles au sein de l'établissement. Ce comité ne s'est pas réuni en 2016.

- **Trois cellules opérationnelles :**

- **Cellule qualité gestion des risques**

Elle assure le déploiement des actions du Comité qualité et des deux comités opérationnels sur le terrain. Elle accompagne les équipes dans la mise en place d'actions qualité ou de projets qualité.

- **La cellule d'analyse des fiches d'événements indésirables**

Elle recense et analyse l'ensemble des événements indésirables. Elle s'est réunie chaque semaine en 2016 pour définir les désignations des pilotes pour traiter les événements indésirables déclarés ou décider de la mise en place de cellule de retour d'expérience en dehors des événements liés au médicament ou à l'identité du patient pour lesquels l'organisation d'une CREX est systématique. Cette cellule a recensé environ mille fiches d'événements indésirables en 2016.

- **L'équipe d'auditeurs internes**

Elle réalise les audits internes au sein de l'établissement.

En 2016, l'équipe d'auditeurs a été sollicitée pour participer à des audits flash dans plus de quarante services de l'établissement visant à balayer la qualité et la sécurité sur huit thématiques transversales : l'hygiène des locaux, la gestion des déchets, le management de la qualité, les droits des patients, la gestion de la douleur, la prise en charge médicamenteuse, les urgences vitales, l'identitovigilance.

Un premier tour a été réalisé en début d'année 2016 et un second tour en fin d'année.

Comité de lutte contre les infections nosocomiales (C.L.I.N.)

Présidente : **Mme le Docteur JEHAN**

1 réunion en 2016. Activité détaillée disponible dans un rapport annuel spécifique dans ses quatre champs d'intervention.

1 – Actions de prévention

2 – Evaluation – audits de pratiques

3 – Formations – Informations

4 – Surveillance épidémiologique

Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS)

Président : **M. le Dr Guillaume QUEFFEULOU**

Vice-présidente : **Mme Christine DESCAMPEAUX**

3 réunions en 2016. Activité détaillée disponible dans un rapport annuel spécifique dans ses champs d'intervention.

La commission met en œuvre le contrat de bon usage du médicament, signé entre l'établissement et l'agence régionale de santé.

La bonne application du contrat conditionne le remboursement à 100 % des molécules onéreuses et dispositifs médicaux implantables. **Ce taux a été effectif en 2016 avec 100 points sur 100.**

147

Comité technique d'établissement

Président : **M. Maxime MORIN**

8 réunions en 2016

Outre les sujets proposés par le directeur, de très nombreux sujets sont inscrits à chaque séance à la demande des représentants du personnel. Les principaux concernent :

- Bilan du Centre de Soins Non Programmés depuis l'ouverture (horaires, jours d'ouverture, communication).
- Mensualités d'été et remplacements dans divers services.
- Réorganisation et fiches de postes du pool hygiène.
- Fonctionnement estival de la médecine polyvalente.
- Réorganisations dans certains services.
- Recrutements médicaux en cours en particulier en neurologie et chirurgie orthopédique.
- Astreinte au service informatique.
- Projet PASA sur l'EHPAD de Valognes.
- Projets d'IRM et service de soins palliatifs sur le site de Valognes.
- Organisation des urgences suite à la diminution du nombre d'internes.
- Questions sur l'organisation du Tour de France.
- Déprécarisation : demande de concours sur titres et de mises en stages.
- Organisation de la centrale d'appels.
- Avancée du déploiement DPI.
- Organisation du plateau neuro-cardio-néphro.
- Manque de lits de chirurgie.
- GHT du Cotentin : nouvelles adhésions ?
- Organisation hivernale.
- Réorganisation des parkings.
- Retour du COPERMO.

Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

Présidente : **Mme Véronique RIVAT-CACLARD**

3 réunions

Principaux sujets abordés :

- Résultat de l'audit endoscopie
- Résultat de l'accréditation du laboratoire.
- Point sur le projet de soins.
- Bilan d'étape soins palliatifs.
- Présentation des missions de la responsable en recherche clinique.
- Présentation PASA.
- GHT filière gériatrique.
- Certification V2014.
- Programme d'actions du CLIN et documents à valider.
- Gestion hôpital en tension.

148

Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

L'établissement met en œuvre deux CHSCT

👉 POUR LE SITE DE CHERBOURG-OCTEVILLE

Président : **M. Maxime MORIN**

Secrétaire : **Mme Sylvie MERIEL**

4 réunions

👉 POUR LE SITE DE VALOGNES

Président : **M. Maxime MORIN**

Secrétaire : **Mme Sandrine GAMBLIN**

4 réunions + 1 CHSCT extraordinaire

2 CHSCT de coordination extraordinaire (Cherbourg – Valognes)

De très nombreuses questions sont mises à l'ordre du jour de chaque séance de l'un et l'autre CHSCT par les représentants du personnel. Quelques sujets émergent :

- Bilan convention FIPHFP.
- Présentation du bilan des FEI.
- Bilan social 2015.
- Plan d'actions de réduction des émissions de gaz à effet de serre.
- Visite de certification.
- Centre de Soins Non Programmés : logistique, brancardage, transport.
- Smur de Valognes : formation chauffeur
- Organisation dans les services EHPAD, SSR : congés, temps de repos...
- Demandes de matériels et équipements en EHPAD

- Demandes de travaux dans divers services
- GHT filière gériatrique
- Remplacements d'été
- Comité des risques professionnels, démarche de projet de document unique.
- Ouverture des consultations externes de médecine.
- Démolition d'un bâtiment, incidence sur le fonctionnement de la chambre mortuaire.
- Bilan de l'audit des urgences.
- Présentation de l'étude relative à l'absentéisme au sein de l'établissement.
- Protocole d'accord avec la Polyclinique du Cotentin.
- Information IFSI/IFAS.
- Fluidité du parcours patient.
- Plannings dans divers services
- Epidémie de gale, contamination légionnelle.
- Plan Vigipirate sur le site de Cherbourg.
- Saturation des lits.
- Bilan des actions de la cellule de médiation.
- Présentation des travaux du plateau de consultations et des urgences.
- Plan d'action de prévention des risques psychosociaux 2016.
- Bilan des accidents du travail, des maladies professionnelles et des arrêts maladies.
- Bilan des postes supprimés en 2015 et nombre d'heures supplémentaires.
- Point sur les travaux des plateaux de neurologie-cardiologie
- Conditions de travail dans divers services.
- Anap – synchronisation des temps médicaux et paramédicaux.

Commissions administratives paritaires locales

Président : le président du conseil de surveillance ou son représentant : **M. Pierre COURSIER**, membre du conseil de surveillance.

4 séances en 2016 : avancements de grade, d'échelon, titularisations, intégrations, promotions, concours, notation, radiation des cadres et recours en notation.

Direction

La direction de l'établissement est organisée en 5 directions fonctionnelles et une direction de site :

Directeur	M. Maxime MORIN
Directeur des affaires financières et du système d'information	M. Xavier BIAIS
Directrice de la qualité, des relations avec les usagers et des EHPAD	Mme Bénédicte GASTEBOIS
Directrice des ressources humaines et des affaires médicales	Mme Hélène GENDREAU à compter du 1^{er} avril 2016
Directeur logistique et directeur délégué du site de Valognes	M. Philippe CORGET
Directrice des soins	Mme Véronique RIVAT-CACLARD

Pôles

L'établissement est structuré en **5 pôles d'activités**

	<i>Chefs de pôle</i>	<i>Cadres de pôle</i>
Pôle « I » Urgences , Anesthésie, Réanimation Neurologie, Cardiologie, Néphrologie	Docteur Antony LE RENARD	Madame Michèle MABIRE
Pôle « F » Femme enfant	Docteur Thierry MAUGARD	Madame Nathalie JOLIVET
Pôle « M » Spécialités médicales et SSR	Docteur Thierry COLIN	Madame Christine SITARSKI
Pôle « C » Spécialités médico-chirurgicales	Docteur Dominique SCHIEDTS	Madame Marie-Catherine LEPARQUOIS
Pôle « P » Prestataires	Mme Christine DESCAMPEAUX	Monsieur David LOIR

Annexe 2

INTERIM MEDICAL

Le coût de l'intérim : Personnel Médical 2014-2015-2016

	ANNEE 2014		ANNEE 2015		ANNEE 2016	
SERVICE D'AFFECTATION	SOMME DE TRAITEMENT BRUT	TOTAL CHARGE PAR SERVICE	SOMME DE TRAITEMENT BRUT	TOTAL CHARGE PAR SERVICE	SOMME DE TRAITEMENT BRUT	TOTAL CHARGE PAR SERVICE
Anesthésie-réanimation	1 048 886 €	1 853 124 €	848 771 €	1 513 793 €	990 244 €	1 719 913 €
Biologie	22 943 €	35 951 €	24 953 €	41 796 €		
Chirurgie orthopédique	1 314 €	1 972 €	12 124 €	18 186 €	40 261 €	63 083 €
Gynécologie	11 718 €	22 698 €	4 047 €	6 467 €	10 951 €	22 178 €
Imagerie médicale	116 949 €	186 271 €	161 351 €	258 445 €	41 498 €	64 152 €
Médecine polyvalente			6 002 €	9 404 €	27 689 €	41 933 €
MIMI					30 419 €	45 629 €
Néonatalogie	91 632 €	145 847 €	67 462 €	107 554 €	60 408 €	101 598 €
Neurologie					191 074 €	286 612 €
Pédiatrie			33 270 €	54 392 €	7 489 €	12 831 €
Pneumologie			19 458 €	30 485 €	67 683 €	106 505 €
SSR					57 183 €	89 574 €
Urgences	348 428 €	742 541 €	306 584 €	632 965 €	470 091 €	941 547 €
Total général	1 641 872 €	2 988 407 €	1 484 026 €	2 673 493 €	1 994 995 €	3 495 561 €

Glossaire

AMI : Acte Médico Infirmier

CA : Chiffre d’Affaire

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CHPC : Centre Hospitalier Public du Cotentin

Coefficient Prudentiel : coefficient exprimé en %, fixé annuellement par les tutelles, qui minore les recettes de chaque séjour MCO. En fin d’année tout ou partie du montant est reversé.

DAF : Dotation Annuelle de Financement

DMS : Durée Moyenne de Séjour

GHM : Groupe Homogène de Malade

GHS : Groupe Homogène de Séjour

HAD : Hospitalisation A Domicile

HdJ : Hôpital de Jour

HdS : Hôpital de Semaine

IPDMS : Indicateur de Performance de la Durée Moyenne de Séjours

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

MIMI : Médecine Interne Maladie Infectieuse

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d’Information

RDED : Rhumato-Dermato-Endocrino-Diabétologie

RSS : Résumé Standardisé de Séjour

RUM : Résumé d’Unité Médicale

Sévérité : 6^{ème} caractère du code du GHM, il définit la complexité du séjour sur une échelle de 1 (peu sévère) à 4 (très sévère). Elle caractérise également des types de prise en charge comme l’ambulatoire (J), les séances (Z) ou les séjours de très courte durée (T).

SRR : Soins de Suite et de Réadaptation

T2A : Tarification à l’Activité

UDM : Unité de Dialyse Mobile

UHCD : Unité d’Hospitalisation de Courte Durée

UTH : Unité Temporaire d’Hospitalisation

