

# Rapport d'activité

Année 2017







# CENTRE HOSPITALIER PUBLIC DU COTENTIN

## - CHIFFRES CLEFS 2017 -

### CAPACITÉ

#### 927 lits et places

- › Médecine : 350 lits
- › Chirurgie : 57 lits
- › Obstétrique : 51 lits
- › SSR : 96 lits
- › HAD : 26 places
- › EHPAD : 347 lits



### URGENCES

#### 59 306 passages aux urgences

- › dont 44 781 aux urgences adultes
- › dont 9 193 aux urgences pédiatriques
- › Dont 5 332 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

#### 1 496 interventions extérieures

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

### MATERNITÉ

#### 1 840 naissances

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



### AUTOUR DU SOIN

#### Recherche clinique

- › 1 département de recherche clinique depuis 2015
- › 39 essais ouverts en 2017 - 1 094 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 : 3800 litres
- › 179 tonnes de DASRI (déchets d'activité de soins à risques infectieux)

### ACTIVITÉ (+0,8% / 2016)

#### 45 480 hospitalisations & séances (MCO)

- › Médecine : 37 826
- › Chirurgie : 4 993
- › Obstétrique : 2 661

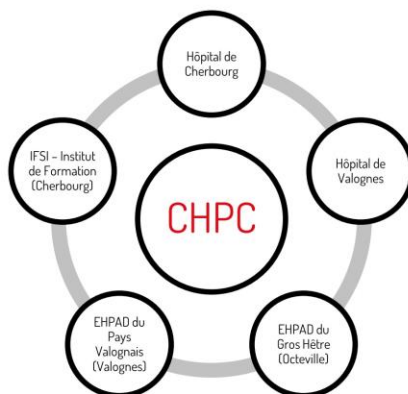
#### 222 607 consultations externes

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

#### 19 758 patients du Cotentin

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

#### 5,9 jours (durée moyenne d'hospitalisation, hors 0 jour)



### QUALITÉ

#### Certification HAS niveau B

- › Certification obtenue en 2016
- › Réception de 134 courriers d'usagers 62% de satisfaction/reconnaissance de la qualité de soins et de l'engagement des équipes soignantes
- › 9 plaintes enregistrées en 2017
- › Questionnaires sorties : 95,3% de satisfaction globale



### LOGISTIQUE

#### 1 235 tonnes de linge traité

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

#### 776 358 repas

- › 322 914 aux patients hospitalisés
- › 257 479 aux résidents des EHPAD
- › 195 695 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 m<sup>2</sup>
- › soit approximativement 15 terrains de football

### UNE JOURNÉE ORDINAIRE

- › 515 patients hospitalisés (dont 420 en MCO et 95 en SSR)
- › 124 nouvelles hospitalisations (dont 82 programmées et 42 via les urgences)
- › 609 consultations externes
- › Entre 20 et 25 interventions chirurgicales au bloc opératoire
- › 5 naissances
- › 4 sorties SMUR
- › 162 passages aux urgences (123 urg. adultes, 25 urg. pédiat., 14 urg. gyneco)
- › 347 résidents au sein des 2 EHPAD

### ÉQUIPEMENTS

#### Imagerie médicale

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

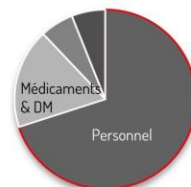
#### Plateaux techniques

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

### BUDGET

#### 167 M€ de dépenses

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



#### 3 M€ d'investissement

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

### RESSOURCES HUMAINES

#### EFFECTIFS [ETP:]

#### 305 [176.78] médecins dont 58 internes

#### Personnel non médical : 2 347 [2 221.98]

- › 1 770 [1 674.69] soignants (infirmiers, aides-soignants, techniciens de labo, rééducateurs physiques, manipulateurs radio, diététiciens, recherche clinique...)
- › 304 [290.87] agents techniques et ouvriers
- › 273 [256.42] agents administratifs et sociaux éducatifs (accueil, secrétariats médicaux, service social, RH, Qualité, Finances, Direction)
- › Femmes : 81% / Hommes : 19%





# Sommaire

1 - Introduction .....	8
<b>1.1 - La fixation d'objectifs ambitieux répondant aux besoins locaux .....</b>	<b>8</b>
<b>1.2 - L'ambition d'ouvrir toujours de nouveaux services, de nouvelles prises en charge .....</b>	<b>11</b>
<b>1.3 - La prise en compte des aspects sociaux, de l'attente des usagers et de la sécurité .....</b>	<b>14</b>
<b>1.4 - Conclusion .....</b>	<b>18</b>
2 - Des coopérations ambitieuses.....	19
<b>2.1 - Groupement hospitalier de territoire .....</b>	<b>19</b>
<b>2.2 - Fondation Bon Sauveur.....</b>	<b>20</b>
<b>2.3 - Polyclinique du Cotentin .....</b>	<b>22</b>
<b>2.4 - Le Centre François Baclesse .....</b>	<b>24</b>
3 - Des évolutions majeures du système d'information au service de l'établissement.....	26
4 - Les engagements et les actions qualité / gestion des risques vis-à-vis de l'utilisateur.....	49
4.1 - La qualité, la gestion des risques et la relation avec les usagers.....	49
4.1.1 - Organisation et fonctionnement .....	49
4.1.2 - La politique qualité et le plan d'amélioration de la qualité .....	50
4.1.3 - La certification .....	51
4.1.4 - La démarche qualité.....	51
4.1.5 - La gestion des risques .....	52
4.1.6 - Les évaluations des pratiques professionnelles.....	53
4.1.7 - La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge .....	53
4.1.8 - L'hygiène et la prévention des infections nosocomiales .....	56
<b>4.2 - Communication et culture à l'hôpital .....</b>	<b>58</b>
4.2.1 - La communication interne .....	58
4.2.2 - La communication externe .....	59
5 - L'activité hospitalière.....	60
<b>5.1 - Situation générale .....</b>	<b>60</b>
<b>5.2 - Evolution détaillée par pôle .....</b>	<b>63</b>
5.2.1 - Pôle « F » Femme-enfant-HAD .....	63
5.2.2 - Pôle « C » Médico-chirurgical .....	65
5.2.3 - Pôle « I » Services de Médecines intensives .....	68
5.2.4 - Pôle « M » Spécialités médicales et SSR gériatrique .....	70
5.2.5 - Pôle « M » Hôpitaux de jour et de semaine.....	75

<b>5.3 – L’activité des EHPAD .....</b>	<b>82</b>
<b>5.4 – L’organisation des soins.....</b>	<b>83</b>
5.4.1 – Développement et restructuration d’activités .....	83
5.4.2 – Organisation des soins .....	85
5.4.3 – Développement des compétences du personnel .....	86
5.4.4 - Participation à la démarche qualité.....	87
5.4.5 – Bilan d’étape du projet de soins institutionnel.....	88
5.4.6 – Perspectives .....	88
<b>5.5 – La recherche clinique.....</b>	<b>89</b>
6 – Ressources humaines et lien avec l’activité.....	104
<b>6.1 – Gestion des relations sociales au CHPC.....</b>	<b>104</b>
6.1.1 – Les instances .....	104
6.1.2 – Les discussions sociales.....	104
6.1.3 – Le comité de prévention et de suivi de la violence.....	105
6.1.4 – Les mouvements sociaux .....	105
<b>6.2 – Gestion du personnel médical.....</b>	<b>106</b>
6.2.1 –Mission de la Direction des affaires médicales .....	106
6.2.2 – Gestion du temps de travail.....	109
<b>6.3 – Gestion du personnel non médical .....</b>	<b>110</b>
6.3.1 – La stratégie Handicap et travail .....	110
6.3.2 – Gestion du temps de travail.....	111
6.3.3 – Gestion des statuts .....	112
6.3.4 – Métiers, compétences et qualité de vie au travail.....	113
6.3.5 – La cellule d’aide à la mobilité.....	117
6.3.6 – L’activité du service social.....	118
6.3.7 – Bilan de l’activité au sein des secrétariats médicaux et administratifs .....	123
<b>6.4 – Dépenses de personnels .....</b>	<b>124</b>
<b>6.5 – Institut de formation en soins infirmiers et Institut de formation d’aides-soignants.....</b>	<b>125</b>
6.5.1 – Institut de formation d’aide-soignant(e)s .....	125
6.5.2 – Institut de formation en soins infirmiers .....	126
6.5.3 – Le centre de documentation et d’information (CDI) .....	129
6.5.4 – Les contrats d’apprentissage .....	129

6.5.5 – Journées « Soins palliatifs » .....	130
6.5.6 - Zoom sur la communication .....	130
7 – Les moyens logistiques consacrés au fonctionnement de l'établissement .....	130
<b>7.1 – Un programme d'investissement à la hausse .....</b>	<b>131</b>
<b>7.2 – Des dépenses d'exploitation maîtrisées .....</b>	<b>134</b>
<b>7.3 – L'activité des services logistiques .....</b>	<b>137</b>
<b>7.4 – Pharmacie et Stérilisation .....</b>	<b>141</b>
7.4.1 - Actions réalisées et projets .....	142
1 – Pharmacie .....	142
2 – Stérilisation .....	152
7.4.2 - Chiffres d'activité des différents secteurs .....	153
7.4.3 – Bilan financier .....	163
Annexe 1.....	165
<b>Fonctionnement institutionnel .....</b>	<b>166</b>
Annexe 2.....	175
<b>Intérim médical.....</b>	<b>176</b>
Glossaire .....	177

# 1 – Introduction

L'exercice 2017 aura été une étape importante pour le CHPC lui-même et dans le cadre de son environnement partenarial. En effet, plusieurs productions de documents au caractère central pour le fonctionnement institutionnel de l'établissement sont venues ponctuer le déroulement de l'année et marquer des jalons, tant auprès des autorités de tutelle, qui ont salué la qualité de ces travaux, qu'en interne auprès des professionnels.

En parallèle, fort de l'investissement consciencieux et de l'énergie solidaire de ses équipes, le CHPC a pu continuer à déployer des projets lui permettant de soutenir la réponse aux besoins multiformes et variés de la population. Si le déficit n'a pas pu être diminué en 2017, année marquée au niveau national par une dégradation forte du résultat d'ensemble des hôpitaux publics (d'après la FHF, l'année 2017 voit un triplement du déficit des établissements publics de santé), la situation a été contenue, en raison notamment d'un relèvement du niveau d'activité sur le dernier trimestre.

## 1.1 – La fixation d'objectifs ambitieux répondant aux besoins locaux

### Le projet médical 2016 – 2021

Le projet médical est une pièce centrale essentielle, et même indispensable, au projet d'établissement. Le précédent se caractérisait par un éclatement des projets de service sans fil conducteur et sans esprit de positionnement global de l'établissement dans son environnement.

La Commission Médicale d'Etablissement du CHPC a cette fois-ci pris le temps avec méthode, via la mobilisation d'un petit groupe de travail, et détermination de produire un véritable outil devant guider l'action médicale et les projets de l'institution pour les cinq prochaines années.

Le choix a été fait par ailleurs de travailler également la forme du document afin de mettre en cohérence nos intentions et nos ambitions avec les attentes de la population, de nos partenaires territoriaux, des pouvoirs publics, dans la suite en particulier des audits et accompagnements de la période précédente, sans renoncer à défendre l'accès à de nouvelles autorisations appuyées sur une analyse approfondie des nécessités de santé publique et d'accès aux soins.

Les lignes de force retenues sont ainsi :

- poursuivre nos efforts de réorganisation destinés à s'approcher des standards de qualité en matière de prise en charge (IPDMS, taux d'occupation du Bloc opératoire et de nos plateaux techniques, développement de l'ambulatorio et de l'hospitalisation à domicile, ...) et ainsi regagner par la maîtrise de nos coûts notre autonomie financière, notamment en termes d'investissement et de trésorerie.



- faire de l'attractivité médicale et du recrutement la « bataille mère » de toutes les autres, sans céder sur nos exigences de qualité des profils recherchés.
- maintenir une dynamique de développement de projets, malgré notre actuelle dépendance financière et l'absence de trésorerie, seule à même de stimuler l'ensemble des équipes médicales pour donner le meilleur d'elles même et se projeter dans l'avenir.
- faire de l'accueil des personnes âgées, au regard de leur nombre en constante augmentation sur notre territoire et des spécificités de leur prise en charge, un axe prioritaire de notre réflexion médico-soignante collective au travers d'une filière intra et extra-hospitalière.

L'ARS, quant à elle, précise dans son courrier d'approbation adressé suite à sa visite sur site du 8 décembre 2017, les sujets qu'il convient de creuser :

- le virage ambulatoire en premier lieu, où en Chirurgie comme en Médecine les taux que nous affichons sont améliorables au bénéfice des patients ;
- l'hospitalisation à domicile qui doit être encore développée, l'année 2017 ayant cependant produit une reprise sensible avec + 33% d'entrées (soit 125 séjours en plus) ;
- la coopération avec les deux autres GHT de la Manche dans des domaines préalablement identifiés (Cardiologie, Neurologie, Urgences et HAD) ;
- la coordination de tous les acteurs de la prise en charge médico-sociale partagée des personnes âgées, tant au domicile qu'en établissement.

Concernant les nouvelles activités, l'ARS ouvre plusieurs perspectives plutôt favorables à nos travaux dans sa réponse argumentée :

- elle nous demande de reprendre le dossier SSR Pneumologie en incluant dans la réflexion les possibilités de partenariat et de coopération avec d'autres opérateurs du territoire, via de nouveaux rapprochements fonctionnels et juridiques ;
- elle indique la mise en place d'un registre à caractère épidémiologique visant à identifier la pertinence au sein du futur Plan Régional de Santé (PRS) d'une implantation d'autorisation de Cardiologie interventionnelle (de type coronarographie) sur la Manche, tout en nous invitant à élargir notre champ d'activité en rythmologie (activité associée à la pose de pacemaker) ;
- elle attend enfin un projet médico-économique finalisé entre le CHPC et le Centre François Baclesse devant conduire au renouvellement de notre accélérateur de Radiothérapie, à la construction d'un deuxième bunker pour éviter le déplacement des patients et la perte d'activité et ouvrant l'hypothèse future d'une deuxième machine.

Ce projet médical approuvé est évidemment une étape essentielle pour notre hôpital, sachant que le Plan Régional de Santé va être revu avant la fin du premier semestre 2018.

### Le projet médico-soignant partagé (PMSP) du GHT gériatrique du Cotentin

Dans le même temps, le projet médico-soignant partagé (PMSP) du GHT gériatrique du Cotentin, jalon là encore essentiel de la structuration de cette entité, a fait lui aussi l'objet d'une approbation par l'ARS Normandie le 27 novembre 2017 qui dans ces grandes lignes, touche par bien des aspects au renforcement de la prise en charge de l'importante population de personnes âgées.

Des financements nous sont déjà octroyés, à titre d'expérimentation en matière de télémédecine.

En effet, un des axes retenus par l'ARS Normandie est le déploiement de solutions innovantes de consultations à distance à destination de personnes âgées fragiles pour des soins ou des avis permettant d'éviter les déplacements, et de recourir à l'expertise spécialisée médicale pour compléter le travail du médecin traitant afin de sécuriser la prise en charge.

La structuration organisationnelle se poursuit par ailleurs : de notre **gouvernance**, avec l'association en comité stratégique de la MAIA Centre Manche dont le territoire couvre Sainte-Mère Eglise et Carquebut ; des **achats**, avec la nomination de la Directrice des achats du GHT, Madame ALBERT ; du **système d'information**, avec l'intégration de la dimension GHT à notre schéma directeur informatique ; **des données d'activité**, avec les études de terrain entreprises pour objectiver les conditions de réalisation et de pertinence des transferts depuis les EHPAD. Nous avons par ailleurs décidé d'appuyer la place des EHPAD dans l'organisation des achats en intégrant le groupement d'achats départemental (GAESS) dédié aux structures médico-sociales et en proposant des compétences pour initier des marchés qui leur ouvriraient de meilleurs tarifs du fait de la présence en leur sein du CHPC ;

Enfin, le CHPC réunit régulièrement un groupe d'acteurs du domicile pour mieux articuler l'amont et l'aval des prises en charge hospitalières. De la même manière, le réseau de nos partenaires en matière de handicap s'enrichit peu à peu de nouvelles collaborations.

### La création du GCS « Partenaires Santé du Cotentin »

En matière de collaboration, il faut relever évidemment la publication de l'arrêté créant le Groupement de Coopération Sanitaire « Partenaires Santé du Cotentin ». Au-delà de l'outil juridique, important par sa souplesse, qui permettra à l'avenir aussi bien de recruter des professionnels que d'accueillir d'autres partenaires, ce sont les actions lancées qui matérialisent les objectifs de cette coopération :

- nouvelle étude sur les fuites de patients hors du territoire, mettant en évidence le travail à mener en termes d'attractivité comme de formation médicale continue et d'équipement,

- recrutement en commun d'un cabinet de recrutement médical (« chasseur de têtes ») pour nous aider sur certains profils difficiles à trouver,
- création d'un site web commun dédié au recrutement médical sous le sceau du G.C.S.
- lancement d'une campagne de communication sur les réseaux sociaux s'appuyant sur les « forces vives » médicales du territoire,
- action envers la Médecine de ville pour expliciter notre fonctionnement et faire connaître nos compétences collectives permettant de soigner les patients in situ,
- mise en place des premières interventions de praticiens du CHPC au sein du Bloc opératoire de la Polyclinique du Cotentin sur des autorisations détenues par elle.

Il est trop tôt pour tirer un bilan (nouveaux médecins recrutés, équipements achetés, autorisations sauvegardées) de ce partenariat. Mais il présente des caractéristiques rares d'excellente collaboration publique/privée qui permettront ou ont déjà permis de :

- voir la collectivité s'attribuer une compétence Santé et se doter de moyens permettant (entre autres) de cofinancer la campagne de promotion ;
- s'identifier auprès des autres partenaires du territoire ;
- être soutenu par l'ARS Normandie, aussi bien financièrement (le budget du GCS est construit sur l'utilisation progressive d'une enveloppe d'un million d'euros attribuée en 2015 au CHPC pour accompagner le rapprochement entre les deux structures) qu'en termes de maintien des autorisations (de PdSES par exemple dans le cadre du PRS)

## 1.2 – L'ambition d'ouvrir toujours de nouveaux services, de nouvelles prises en charge

### L'unité médico-judiciaire

L'unité médico-judiciaire (U.M.J) est un service du CHPC dans lequel est réalisée une activité médicale à la demande des services de Police ou de Gendarmerie ou de la justice. Conformément à la réglementation de 2011 réformant la Médecine légale en France, cette unité de proximité travaille en étroite collaboration avec l'Institut Médico-Légal et l'unité médico-judiciaire de référence du CHU de Caen, lesquels constituent le centre pivot.

De 2006 à 2015, l'unité d'accueil médico-judiciaire (UAMJ) a concentré son activité sur la prise en charge des victimes mineures pour lesquelles le CHPC mettait à la disposition des autorités de Police ou Gendarmerie des locaux adaptés aux auditions. Celles-ci pouvaient être complétées par la réalisation d'un examen médical, réalisé le plus souvent par des gynécologues requis par la justice afin d'éclairer les enquêteurs sur d'éventuelles lésions constatables.

Suites à l'arrivée du Docteur MARIAU en 2014 puis du Docteur DELAHAYE en 2015, médecins légistes en temps partagé avec le CHU de Caen, le CHPC s'est progressivement doté d'une véritable unité médico-judiciaire, ouverte trois journées par semaine.

Les consultations de victimologie sont des consultations spécifiques, réalisées par des médecins spécialement formés. Elles ont pour but de procéder à la prise en charge des victimes de violences et sont organisées sur demande de la justice, suite à une réquisition des forces de l'ordre (services de Gendarmerie et de Police) ou directement par le parquet du tribunal de grande instance de Cherbourg-en-Cotentin. Ces consultations médicales s'inscrivent donc dans le cadre d'une procédure judiciaire suite à un dépôt de plainte ou un signalement du parquet.

Ces consultations ont pour but :

- d'établir un constat de l'état de santé des victimes, et notamment de fixer objectivement une éventuelle incapacité totale de travail (ITT) laquelle sera déterminante dans le cadre de la procédure judiciaire en cours.
- de décrire avec précision les lésions corporelles qui sont consignées dans un certificat médical descriptif communiqué aux autorités dont émane la réquisition.
- de procéder aux soins physiques et psychologiques adaptés à l'état de santé de la victime.
- d'organiser le suivi médical ultérieur adapté à la victime.

Le bilan quantitatif se traduit en 2017 par :

- une activité qui concerne majoritairement des victimes adultes (72% des consultations s'adressent à des victimes adultes et 28% à des victimes mineures). Les victimes adultes sont à majorité féminine (58% de femme et 42% d'hommes).
- une très forte progression d'activité : Les consultations d'adultes ont augmenté de 61% en 2017 (171 consultations en 2017 versus 106 en 2016) et les consultations de mineures de 100% (48 consultations en 2017 versus 24 en 2016)
- une répartition équilibrée en 2017 entre les services demandeurs de Police et de Gendarmerie en raison d'une augmentation des réquisitions émanant de la Gendarmerie.

Le bilan qualitatif se traduit par :

- une amélioration de la qualité de la prise en charge psychologique des victimes suite à l'arrivée en octobre 2017 au sein de ce service d'une psychologue clinicienne spécialement formée en victimologie. Cette psychologue est mise à disposition par la Fondation Bon Sauveur de la Manche et s'inscrit dans le partenariat que les deux établissements de santé développent sur de nombreux champs d'activité (Urgences – Pédiatrie – Unité de soins en milieu pénitencier, Permanence d'accès aux soins, CAARUD).
- un investissement de l'équipe de l'UMJ à l'amélioration de la réponse locale à la prévention et à la prise en charge des victimes de violence.
- une homogénéisation dans la méthodologie de réponse aux réquisitions : retours favorables des autorités et du parquet se traduisant par une croissance continue de l'activité.

## Le projet de rénovation/réorganisation du « Gros Hêtre »

L'EHPAD du « Gros Hêtre » (219 résidents) situé à Cherbourg-Octeville est un établissement constitué d'unités disparates, résultantes d'une construction étagée dans le temps, accolée sur un ensemble architectural qui n'a pas été pensé et organisé d'un seul tenant.

Au fur et à mesure des ajouts de bâtiments, mais aussi de l'évolution du profil pluri-pathologique et de l'état de dépendance des résidents désormais accueillis en EHPAD, cet établissement a progressivement présenté des défauts importants pour la prise en charge des résidents : locaux inadaptés, longueur des couloirs, chambres ne répondant plus aux attentes des résidents, pénibilité du travail des professionnels, répartition inégale des ressources humaines sur des entités de tailles variées, ...

L'année 2017 a été l'occasion de conduire en parallèle un audit architectural, en grande partie financé par l'ARS et le Conseil Départemental, et un audit organisationnel. Le premier a fait l'objet d'une présentation au Conseil départemental et à l'ARS pour un choix d'option d'une rénovation destinée à atténuer les effets de vétusté d'un bâti ancien. Le second vise à réorganiser le travail des soignants après identification des dysfonctionnements et défauts actuels. Mieux répondre aux besoins des résidents en plaçant à même niveau d'engagement le soin, l'hôtellerie et le projet de vie est ainsi l'objectif recherché à travers cette double réflexion.

Enfin, l'ARS a accepté en 2017 de financer la création d'une U.H.R, distincte de l'unité protégée existante. Dispositif issu du Plan Alzheimer, l'U.H.R se situe dans la droite ligne des unités spécialisées de type Unité cognitivo-comportementale (UCC) et a vocation à accueillir des résidents atteints de pathologies Alzheimer et apparentées, présentant des troubles du comportement.

Le financement accordé va permettre dans un premier temps de transformer l'Unité des Cordonniers ; les zones d'activité, de vie, l'office et l'entrée devant être adaptés aux populations accueillies. Les agents seront par ailleurs appelés à se former et à préparer le projet de ce service.

Le forfait annuel versé en complément des modes habituels de financement permettra à l'ouverture définitive de renforcer l'effectif présent auprès des résidents. Dans la phase transitoire, l'U.H.R. a déjà mis en place des modalités d'admission spécifiques.

## Le développement de l'ambulatoire et des activités externes

Le CHPC présente des taux d'ambulatoire qui sont encore inférieurs au taux régional, comme au taux des établissements de sa catégorie.

Cet écart peut s'expliquer par le trop faible nombre de médecins présents dans certains services de spécialités ainsi que l'absence, en Chirurgie, de disciplines pourvoyeuses en actes courts.

Pour autant, la réorganisation des 2 hôpitaux de jour médicaux, l'un à visée thérapeutique, l'autre à visée évaluative, a permis de regrouper d'une part, et de stimuler d'autre part, les activités de jour.

L'hôpital de jour thérapeutique a vu ses activités progresser en 2017 à hauteur de 23% (soit 438 séjours de plus). Le recrutement d'un médecin généraliste à temps partiel devrait permettre encore d'accroître la rotation par la délégation d'actes des spécialistes médicaux.

L'unité d'évaluation neurogériatrique, dont l'activité est encore en construction, et qui accueille sur son plateau aussi bien l'activité de consultations de Gériatrie que les bilans « mémoire », a initié une activité ambulatoire en 2017 de 226 séjours. Cette dernière, par une meilleure organisation, a encore vocation à s'étendre.

Le changement des deux scanners d'imagerie médicale, en début d'exercice, puis en fin d'année de deux salles classique, l'une destinée sur Cherbourg à faciliter l'activité interventionnelle (pose de Picc-Line, injections sous scopie en Rhumatologie, actes de Cardiologie et radio-interventionnelle), l'autre à Valognes en Radiologie traditionnelle, ont vocation à stimuler notre activité externe, diminuer les délais de réponse en externe et renforcer l'attractivité de nos services auprès des jeunes professionnels demandeurs d'actes techniques.

Ce soutien à l'activité externe est conforme à notre stratégie globale et s'est traduit en 2017 par les excellents résultats enregistrés à Valognes. L'attrait des nouvelles dispositions en termes de primes d'exercice territorial créées au 1<sup>er</sup> juillet dernier, la transformation du Centre Périnatal de Proximité (CPP) avec notamment l'apport d'une diversification des consultations de gynécologues et de sages-femmes et l'adjonction de consultations de nourrissons et de Pédiatrie, la relance permanente auprès des jeunes médecins pour investir le site de Valognes, portent leurs fruits :

- Centre périnatal de Proximité + 35% (soit 700 venues de plus sur un an)
- Centre de Soins Non programmés + 32% (soit 1350 venues de plus)
- Centre de vaccination +22% (soit 225 venues de plus)
- Consultations des maladies professionnelles +43% (soit 220 venues de plus)
- Chirurgie +11% (soit 450 venues de plus)
- Douleur 182 consultations en un an

### **1.3 – La prise en compte des aspects sociaux, de l'attente des usagers et de la sécurité**

Malgré ses grandes difficultés financières, le CHPC essaye, année après année, de réaffirmer ses engagements en termes de politique sociale, d'écoute de ses usagers et d'amélioration de la sécurité de ses installations et activités.

#### **La prise en compte de la sûreté dans notre fonctionnement**

La Direction logistique a été chargée, au regard des enjeux renforcés en matière de sécurité des professionnels et de sûreté des installations, de relancer de nombreux travaux de réflexion, de formalisation, d'analyse et d'actions.

- [La convention Hôpital / Police / Gendarmerie / Justice](#)

Travaillée avec nos partenaires tout au long de l'année 2017, elle a fait l'objet d'une signature le 14 décembre dernier. Rappelant le rôle de chacun, elle met en forme les engagements de chacun pour répondre aux obligations de l'autre : elle a vocation notamment à faciliter l'intervention des forces de l'ordre à la demande du CHPC, faciliter le dépôt de plaintes des professionnels de santé, et encadrer les procédures judiciaires réclamant moyens et réponses hospitaliers.

15

- [Le plan de sécurisation de l'établissement](#)

Financé par le Ministère de la Santé, il s'agit d'aider les établissements de santé à faire face au risque « attentat ». Après des audits réalisés par les forces de sécurité, destinés à établir les forces et faiblesses des 4 sites du CHPC, le plan met en œuvre une série d'actions sur trois ans dont le but est d'assurer une plus grande maîtrise du risque sécuritaire.

Renforcement des zones placées sous vidéosurveillance, contrôle des accès par une distribution de badges individuels à chaque professionnel, campagne d'information sur la sécurité du système d'information, sont les premiers éléments mis en route dans le cadre de cette stratégie qui s'appuie aussi sur la formation des professionnels et l'appel à la création d'un réseau de volontaires.

- [La mise à jour du plan blanc conformément aux nouvelles obligations de l'établissement et notamment son identification « Damage control »](#)

2017 a été marquée par la mise à jour du plan blanc de l'établissement réalisée par un comité de pilotage pluri-professionnel.

Ce nouveau plan blanc intègre les nouvelles obligations de l'établissement en termes de situations sanitaires exceptionnelles conformément à la réglementation relative à l'organisation de la réponse sanitaire.

Dans la suite du déploiement des plans d'actions post-attentats de 2015/2016, les protocoles d'intervention sur les lieux d'accidents graves ou d'attentats ont évolué et font l'objet d'essais grandeur nature lors d'exercices organisés en lien avec différents partenaires.

Au sein des services d'Urgences comme de Réanimation ou des Blocs opératoires, le modèle de prise en charge en urgence évolue, et nous avons commencé en 2017 à former nos équipes à ces nouvelles techniques de « Damage control ».

## [La place de l'utilisateur dans notre démarche qualité](#)

Fort de ses bons résultats en terme de certification et accréditation, dans le cadre de sa politique d'amélioration continue de la qualité, le CHPC poursuit son chemin dans l'implication progressive des usagers (et des professionnels) dans la politique Qualité de l'établissement.

En 2017, le CHPC a ainsi engagé la **formation de ces médiateurs** médicaux et paramédicaux (au nombre de 4) en y associant les représentants des usagers. Cette culture acquise en commun est d'un grand profit pour le dispositif de médiation mis en place puisque beaucoup de familles et proches acceptent d'associer à la médiation institutionnelle un représentant des usagers pour les accompagner.

S'intégrant dans le cadre plus large du traitement des plaintes et réclamations, de l'annonce d'un dommage lié aux soins et de la reprise avec une famille ou un usager d'une prise en charge mal comprise ou ayant présenté des complications, la médiation est un outil d'apaisement de relations parfois tendues entre professionnels et usagers. Il permet aussi aux services concernés d'agir ensuite pour ajuster leurs pratiques aux remarques qui leur sont faites.

Il en va de même avec le déploiement des **audits patients traceurs**, technique initiée par la H.A.S dans le cadre de ses visites de certification. Le CHPC a fait le choix de former 30 professionnels (médecins, cadres, IDE et AS) pour déployer cette technique de manière généralisée dans l'ensemble de l'établissement. 2017 a été l'année de la formation, 2018 sera celle du déploiement.

Les usagers sont « embarqués » dans cette nouvelle technique d'analyse de la qualité de la prise en charge puisqu'à chaque service, il faut pouvoir disposer d'un patient à interroger, dont le dossier et la prise en charge sont « décortiqués » par les soignants (auditeurs et agents du service). Cette technique est très appréciée des professionnels comme des usagers.

Dans la droite ligne de ces actions, le CHPC a lancé en 2017 deux autres chantiers importants, en accord avec la Commission des usagers : l'élaboration d'un projet des usagers, et l'inclusion au Comité de pilotage du projet signalétique des représentants des usagers.

## La poursuite de la politique sociale

Stagiairisations, mise à jour du Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels et réflexions relatives aux modalités de gestion et de prévention de l'absentéisme, organisations de journées thématiques d'information et de formation, accompagnement des agents exerçant des fonctions d'encadrement, préparation du troisième conventionnement avec le Fonds d'Insertion pour les Personnes en Situation de Handicap dans la Fonction Publique .... en 2017, nous nous sommes pleinement mobilisés pour ceux qui prennent soin de notre population.

En premier lieu, l'établissement a poursuivi la relance de la politique de stagiairisation engagée en 2016 à l'égard des agents non médicaux 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 déroulé de carrière (via une reprise d'ancienneté et une revalorisation progressive de rémunération) et d'une protection sociale plus étendue que celle proposée par le régime des contractuels de droit public : 90 agents ont été stagiairisés en 2017 (en complément des 80 agents stagiairisés en 2016). Cette décision, fruit d'un dialogue social constructif, représente un coût de 520 000 € pour l'établissement en 2018.



Ensuite, la mise à jour du Document Unique du CHPC, réalisée en collaboration avec les membres du CHSCT représentants du personnel, a permis d'auditer plus de 70 unités de travail (parmi les centaine recensée au sein de l'établissement en 2016). Ces rencontres avec les professionnels de terrain puis l'analyse de leurs ressentis visent 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 traiter si des symptômes se sont manifestés. Ce travail continue en 2018.

Par ailleurs, la Direction de la Coordination Générale des Soins (DGCS) et la Direction des Ressources Humaines (DRH) ont souhaité engager une réflexion autour de la gestion et de la prévention de l'absentéisme en collaboration avec l'encadrement et les représentants du personnel membres du CHSCT. Parmi les pistes proposées, les membres du CHSCT se sont unanimement prononcés le 11 mai 2017 en faveur d'un audit relatif à l'évolution de l'absentéisme au sein de l'établissement, mené par un cabinet extérieur. Le cabinet CEGAPE a été retenu pour réaliser cette mission. Par ailleurs, le groupe de travail analysant les arrêts sur deux périodes (mars 2017, pour avoir une photographie sur une période « classique » et du 15 juillet au 15 août, pour avoir une photographie d'une période de vacances) a mis en lumière les éléments suivants :

- ✓ 50 % des agents qui déposent un arrêt se sont déjà arrêtés au cours des 6 derniers mois.
- ✓ Les aides-soignants constituent la population qui dépose le plus d'arrêts et l'augmentation de l'absentéisme chez cette population est la plus importante ;
- ✓ Certains accidents du travail génèrent plusieurs dizaines de jours d'arrêt : souhait d'analyser davantage les conditions dans lesquelles ces arrêts sont survenus.

2017 a également été l'occasion de proposer des temps d'échange dédiés aux agents exerçant des fonctions d'encadrement, après une formation relative à l'identification et à la prévention des risques-psycho-sociaux en 2016. Les psychologues auprès du personnel ont notamment animé des réunions de travail sur des thématiques choisies par les professionnels. Rappelons aussi les présentations institutionnelles (visite de la blanchisserie, élaboration du budget) ou bien la journée dédiée à « l'Art du Collectif » organisée le 13 octobre 2017 par des encadrants volontaires : ces temps d'information et de formation suscitent échanges positifs et une prise de recul nécessaire avec un quotidien parfois complexe.

Quelques journées ont également rythmé l'année : les ateliers de sophrologie et de massage express ont rencontré un grand succès au cours de la journée de promotion de la qualité de vie au travail organisée en mai 2017. Par ailleurs, la journée de prévention des violences et incivilités verbales organisée dans sa deuxième édition, a permis d'informer et de former plus de 100 professionnels aux modalités d'action et de réaction à court, moyen et long terme en tant qu'agent de la fonction publique confrontée à une violence.

Les chefs de service et chefs de pôle ont également bénéficié d'une formation de conduite du changement, initiée et pilotée par le Bureau de la Commission Médicale d'Etablissement.

Enfin, le renouvellement de la convention avec le Fonds d'Insertion pour les Professionnels en situation de Handicap dans la Fonction Public a été préparé au dernier trimestre 2017 en associant les représentants du personnel membres au CHSCT.

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.

#### **1.4 - Conclusion**

18

Dans un établissement de santé comme le nôtre, chaque année est riche du travail de la précédente et des projets qui portent l'ambition de la suivante. 2017 aura été de ce point de vue en tout point conforme aux précédentes.

Un engagement sans faille des professionnels de l'établissement, à tous les étages, dans tous les services, issus de toutes les catégories professionnelles, titulaires et contractuels comme apprentis et stagiaires, tous se sont consacrés à mettre en œuvre chaque jour et à toute heure qualité et sécurité des soins en réponse aux besoins de la population.

Dans un contexte toujours plus difficile, cet engagement est une richesse pour l'établissement et pour le territoire, richesse qu'il convient de saluer et d'encourager.

**Maxime MORIN**

Directeur



## 2 – Des coopérations ambitieuses

### 2.1 – Groupement hospitalier de territoire

2017 aura été la première année complète de fonctionnement du GHT gériatrique du Cotentin.

Elle se sera traduite par la finalisation du projet médico soignant partagé ( PMSP), transmis à l'ARS le 30 juin 2017 et validé par celle-ci en novembre de la même année, porteur principalement de la volonté d'améliorer le parcours de la personne âgée sur le territoire à travers 9 grands axes :

- Améliorer la prise en charge intra hospitalière des patients âgés fragiles au sein du CHPC
- Améliorer la coordination entre le CHPC et les EHPAD de Sainte Mère Eglise, Carquebut et les autres EHPAD du territoire
- Développer les coordinations ville – hôpital en amont et en aval des passages hospitaliers
- Mettre en place un dispositif de coordination gériatrique du territoire
- Renforcer les coopérations avec les acteurs privés et associatifs du territoire
- Instaurer des coopérations inter-GHT avec les 3 GHT du département de la Manche
- Signer une convention d'association avec le CHU de Caen
- Signer une convention d'association avec le Fondation Bon Sauveur dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale
- Participer à l'amélioration de l'accompagnement des personnes en situation de handicap.

Le GHT gériatrique du Cotentin a en parallèle poursuivi ses actions de déploiement à travers des réponses à des appels à pro régionaux ou nationaux qui aujourd'hui se concrétisent puisque le GHT a bénéficié à la fin de l'année 2017 d'un financement FIR de 40 000 € visant à développer des téléconsultations entre les EHPAD porteurs du projet et l'EMASP (Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs). Ainsi, à compter du printemps 2018, les EHPAD de Sainte Mère Eglise, Carquebut, Picauville, Martinvast, Le Gros Hêtre et le Pays Valognais devraient pouvoir bénéficier, à l'aide de tablettes, d'avis à distance du médecin de l'EMASP pour des situations urgentes ou en cas d'évolution rapide de l'état d'un résident. Des projets de télé-staffs et de télé-expertises sont également en cours pour l'année 2018.

Les instances constitutives du GHT ont quant à elles initié différents travaux et études, notamment entre le service des urgences du CHPC et les EHPAD du territoire afin de mesurer quantitativement et qualitativement les transferts de résidents vers les urgences, et le retour de ces derniers.

Dans le même temps, les rencontres des acteurs du territoire et la présentation du PMSP se sont multipliés tout au long de l'année et ont aboutis à des souhaits d'associations au GHT de certaines structures qui se concrétiseront très certainement au cours de l'année 2018, mais également à l'adhésion depuis le mois de décembre 2017 de l'EHPAD de Saint Sauveur Le Vicomte.

Enfin, le GHT gériatrique du Cotentin a poursuivi la formalisation de sa constitution à travers la finalisation de son règlement intérieur qui est en cours de validation, ainsi que par la nomination d'un directeur des achats, d'un directeur des systèmes d'information, et d'un responsable sécurité des systèmes d'information et correspondant informatique et liberté en novembre et décembre 2017.

## 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. Le CHPC a donc été investi tout naturellement de la mission de prise en charge des détenus de la Maison d'Arrêt de Cherbourg-en-Cotentin.

Une équipe paramédicale composée de deux infirmières diplômées d'état intervient quotidiennement au sein de la structure pénitentiaire et constitue l'Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire (USMP). Cette équipe est complétée avec la présence d'un médecin généraliste qui intervient deux jours semaines ainsi qu'un dentiste. Un temps cadre et de secrétariat est également dédié à cette unité. Au besoin les demandes de Kinésithérapie sont satisfaites par recours à des vacations libérales ponctuelles.

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

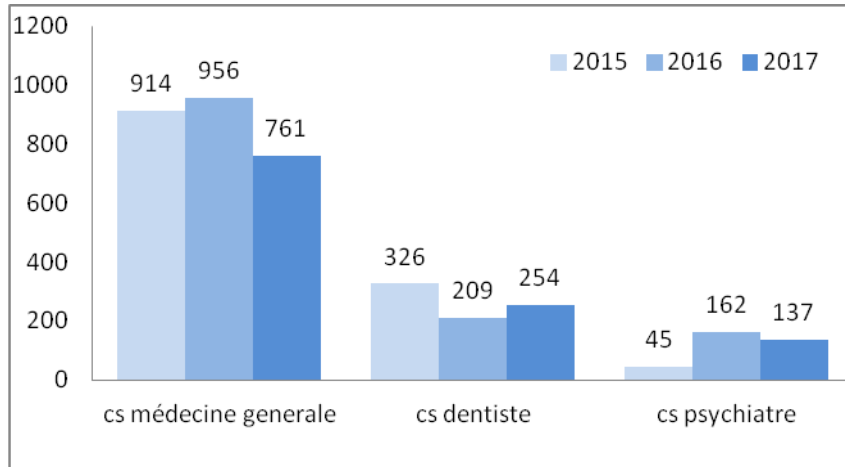
A l'heure actuelle, un médecin psychiatre intervient au minimum deux fois par mois, une infirmière psychiatrique, une infirmière addictologue et une psychologue consultent de façon hebdomadaire. Le service Sophie DeRieux assure l'accueil des patients nécessitant une mesure de Soins à la Demande d'un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

L'année 2017 a été marquée par l'entrée de 209 détenus au sein de la Maison d'Arrêt de Cherbourg, avec un effectif moyen de 90 hommes soit une légère diminution. En effet l'année avait connu 241 entrées.

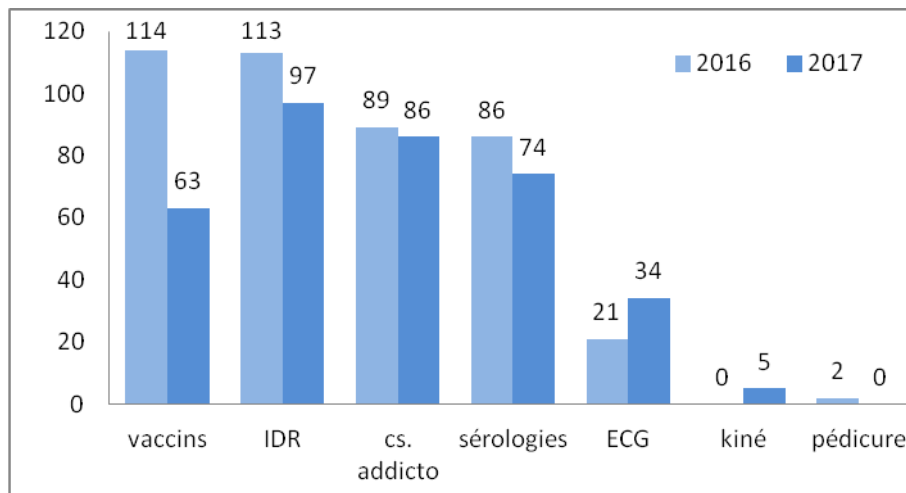
Il s'agit d'une population jeune, dont près de 75% à moins de 40 ans, avec une importante demande de soins dans des contextes de vie précaire, avec forte prévalence d'addictions (tabac, alcool, cannabis, héroïne...), des risques infectieux notables (MST, tuberculose, gale...) et des pathologies psychiatriques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

Durant cette même année 2017, l'activité médicale fait état de 761 consultations médicales généralistes réalisées, ainsi que 254 consultations de dentiste pour les soins somatiques. Cette

activité médicale a été complétée avec 137 consultations de psychiatrie. Une baisse peut être constatée par rapport à l'année 2016 et particulièrement marquée sur la période estivale en lien avec la diminution de la population carcérale suite à une invasion.



Pour l'activité paramédicale une baisse du même ordre est à constater pour les mêmes raisons entre 2016 et 2017.



Les consultations ide de psychiatrie psychiatrique, d'addictologie et de psychologue ont fait l'objet respectivement de 107, 119 et 128 consultations en 2017.

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.

Ces objectifs stratégiques ont pu se traduire en terme d'opérationnalité notamment par :

- Education thérapeutique : formation 2 IDE et médecin généraliste par l'IREPS (Instance régionale éducation et promotion santé)
- Partage de pratique : Développement pluridisciplinarité (neuro-psychologue) et prévention addiction (immersion CSAPA 2 pour 2 IDE et MG)
- Révision du dossier « arrivant » : fiche accueil IDE faite
- Groupe de paroles autour des violences intra familiales : échange discussion avec l'association « La Belle Echappée » et une psychologue (intervenants externes à la maison d'arrêt), supports : scénettes du film de l'association comme support à l'échange. Au total intérêt des personnes détenues et possibilité de suivi à la sortie si elles le souhaitent
- Groupe sevrage tabagique: mise en place de 2 groupes de paroles (avril et octobre pour Moi(s) sans tabac) avec Dr Cavard et Emmanuelle IDE tabaco. Et 4 après midis de consultations individuelles avec Dr Cavard et Emmanuelle IDE tabaco (mesure du CO). Au total : pour le Moi(s) sans tabac réalisation d'affiches pour valoriser le sevrage, et prescription de substituts nicotiques avec suivi par le Dr Cavard. TSN en hausse.
- Mise en place effective du dossier arrivant informatisé au 01/08/2017 (Observatoire régional de la santé et du social)

### 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. En 2017, les deux établissements de santé sont allés plus loin et ont recherché des modes coopératifs complémentaires, 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.

La PCC et le CHPC s'étaient fixé deux objectifs majeurs :

- Assurer et renforcer l'attractivité médicale du territoire, car même si une partie des fuites apparaît liée aux autorisations non présentes sur le territoire (cardiologie interventionnelle, neurochirurgie, activités de recours, etc...), le reste résulte en grande partie des effectifs médicaux insuffisants dans les disciplines déjà exercées par les deux établissements.
- Rechercher la pérennité économique à plus ou moins long terme des deux établissements.

Afin de répondre à ces deux objectifs et aux besoins de santé de la population, la PCC et le CHPC ont innové.

En janvier 2017, un protocole général d'accord qui fixe le cadre et le contenu de la coopération entre la PCC et CHPC a été signé.

En juin 2017, le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) « Partenaires Santé du Cotentin » a été créé. Ce GCS, soumis à autorisation de l'ARS Normandie, constitue le moyen d'actions et de concrétisation de ce partenariat.

Il s'agit d'un GCS de moyen qui a pour vocation de mettre en commun des ressources pour mieux répondre aux besoins respectifs. Il ne se substitue pas aux établissements qui conservent leur autonomie de gestion et d'action.

C'est un outil juridique complémentaire à notre disposition qui permet deux grandes avancées :

- l'optimisation des plateaux techniques des 2 établissements et des autorisations qui y sont attachés : en effet, ce GCS de moyen autorise un praticien engagé (contrat libéral d'exercice ou salariat) auprès de l'un des établissements de réaliser des activités chez l'autre, cela en toute sécurité juridique et assurantielle ; ainsi, par exemple, les équipes chirurgicales publiques et libérales pourront participer ensemble au maintien des seuils d'activités en carcinologie ;
- il permet d'associer nos besoins pour une réponse (missions, achats, recrutements, etc...) commune.

Sur ce second volet, le GCS mène une politique commune de recrutement médical. Des postes partagés entre les deux établissements peuvent être envisagés. Cette volonté s'est traduite dans la préparation longue du lancement sur les réseaux sociaux d'une campagne de communication intitulée « **Med'in Cherbourg** » début 2018. Cette campagne a engagé les deux établissements de santé et les collectivités du territoire dans cette démarche d'attractivité médicale. Elle est portée par le corps médical, a pour vocation d'attirer de jeunes médecins dans le Cotentin, grâce à des

arguments liés aux conditions de travail, à l'esprit d'équipe, à la qualité de vie dans le Cotentin, à la reconnaissance des patients...

Cette coopération affirmée permet aux deux établissements d'associer leurs forces via ce groupement et, par ce biais, peut réaliser ce qu'on appelle des « prestations médicales croisées », 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.

Le GCS « Partenaire Santé du Cotentin » a son propre site internet :

<http://www.emplois-medecins-normandie.fr/>

et notamment un espace recrutement commun et un fil d'actualité mis à jour chaque mois.

En complément de la création de ce GCS en juin 2017, la mise en œuvre du GIE IRM à Valognes démontre également la capacité du CHPC et de la PCC à œuvrer ensemble, dans l'intérêt du patient.

## 2.4 – Le Centre François Baclesse

Depuis 2007 l'autorisation de traitement du cancer par radiothérapie ne peut être accordée à un établissement exploitant ne comportant qu'un seul accélérateur de particules, sauf à titre dérogatoire lorsque l'accès à un plateau technique impose des temps de trajet ou des délais d'attente excessifs à une partie significative de la population du territoire de santé.

C'est la situation de l'Unité Associée de Radiothérapie (UAR) installée dans le Centre hospitalier public du Cotentin (CHPC) en association avec le Centre François BACLESSE (CFB), depuis 1987.

Grace au rapprochement des deux établissements, formalisé par la signature d'une **convention de partenariat le 24 octobre 2012**, le CHPC maintient au bénéfice de la population du Cotentin une offre de soins de qualité en cancérologie.

Les patients de l'UAR relèvent des deux établissements qui gèrent chacun un dossier médical et administratif.

Les soignants de ces établissements constituent une équipe médicale élargie habilitée à partager, dans le respect du secret professionnel, les données nominatives médicales et administratives des patients.

Pour des raisons de cohérence administrative et financière et pour la sécurité des traitements médicaux et de la gestion radiophysique, les logiciels utilisés dans l'UAR sont ceux du CFB.

Le CFB est responsable de l'organisation de la radiophysique médicale de l'UAR.

La radioprotection reste sous la responsabilité du CHPC, notamment pour des raisons de proximité. Les médecins radiothérapeutes sont détachés par le CFB qui les rémunère et s'en fait



rembourser. Les autres personnels, affectés par le CHPC à l'UAR, conservent leur statut hospitalier public.

Toutefois à l'avenir les radiophysiciens seront recrutés par le CFB et détachés sur le site de Cherbourg.

Le CHPC est chargé du renouvellement des matériels et de son financement, dans le respect du code des marchés publics, car il en reste propriétaire. Toutefois s'agissant de l'appareil de radiothérapie et des équipements médicaux et radiophysiques connexes, le cahier des charges est élaboré par le CFB, en association avec l'équipe du CHPC.

### **Construction d'un projet médical commun**

Après presque six ans de travail en commun, de réunions régulières du Comité de pilotage, de mise en place des outils du fonctionnement quotidien de cette collaboration (mise en place du logiciel « dossier patient partagé, liaison informatique principale et de secours, circuit de facturation/recouvrement, réponse progressive aux exigences de l'Autorité de Sûreté Nucléaire, etc...), le CHPC et le CFB envisage de passer à l'étape supérieure de leur coopération.

A la croisée des questions médico-économiques, d'évaluation d'activité, d'accès au meilleur traitement pour les patients, de mise à jour constante des standards de qualité, d'attractivité pour les professionnels, se trouve le projet médical partagé.

Le Centre François BACLESSE a proposé au CHPC la démarche suivante :

#### **→ Définir le niveau d'exigence**

Objectif : une harmonisation complète de la prise en charge des patients du site de Cherbourg avec les pratiques du CFB :

- assurer la continuité des soins entre sites
- améliorer la démarche qualité
- favoriser l'attractivité du site pour les patients et les professionnels
- évoluer vers une gouvernance plus « intégrée » (soit par convention, soit de type GCS)

#### **→ Augmenter le niveau de qualité des traitements**

Au minimum 20% des traitements (110 traitement) réalisés en 2017 à Cherbourg relèveraient de l'IMRT.

#### **→ Améliorer la politique de « ressources humaines »**

Stabiliser les effectifs médicaux et les ajuster

Cette évolution des effectifs médicaux répond ainsi aux recommandations INCA de bonnes pratiques :

- mise en place d'un contrôle hebdomadaire par traitement avec validation médicale.
- imagerie de positionnement quotidien pour les techniques innovantes

- favoriser les liens avec le Centre : Staff tomothérapie et cyber hebdomadaire pour les patients du CHPC et demain idem pour assurer la mise en place coordonnée de la protonthérapie. Rapprochement médical en instaurant un ou des staffs communs, en vidéo. Inclusion des patients CHPC dans les essais cliniques portés par le CFB.
- quantification des mêmes besoins pour les physiciens.

#### → Revue des équipements

- Mise en place de « Mosaiq » en 2014 et d'un nouveau scanner en 2016
- Renouvellement de l'unique accélérateur à l'horizon 2019

**En conclusion**, l'UAR du CHPC a des perspectives solides :

- médicales, pour remplacer les médecins actuellement en fin de carrière ;
- d'activité, le nombre de séances ne pouvant augmenter dans le cadre de fonctionnement actuel ;
- économiques, les nouvelles techniques sont mieux rémunérées mais plus chronophages donc elles entraînent automatiquement une révision concertée du schéma organisationnel ;
- de qualité, les délais proposés en fonction des spécialités/localisations traitées comme l'accès aux techniques de pointe devenant une question éthique vis-à-vis des patients.
- Et ces démarches seront à retranscrire dans un projet médical partagé.

## 3 – Des évolutions majeures du système d'information au service de l'établissement

### Introduction

Sur un plan fonctionnel, l'année 2017 a été, comme l'année 2016, 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 3 nouveaux services,
- La stabilisation et le déploiement du module « observations »,
- L'extension de la gestion des RDV à une dizaine de nouveaux services et la mise en place du dispositif d'envoi de SMS aux patients,
- L'intégration de nouveaux documents au DPI (synthèse Resurgences, scannage de documents extérieurs en cours d'expérimentation au service d'Oncologie, ...).

D'autres projets fonctionnels participant au volet médical et soins du Système d'Information (SI) ont également été mis en œuvre comme :

- L'informatisation de la prescription en Néonatalogie (LOGIPREN),
- L'informatisation du Lactarium (MO-Lactarium),

- La mise en place d'un système d'intégration des examens extérieurs au PACS (CD-In),
- Le déploiement de ViewPoint à la Maternité (génération des comptes rendus avec transmission au DPI et archivage des échographies dans le PACS).

Toutefois, en termes de charge de travail, 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, ...), aura mobilisé de façon importante les ressources informatiques et métier pour installer, paramétrer et qualifier ces nouvelles versions.

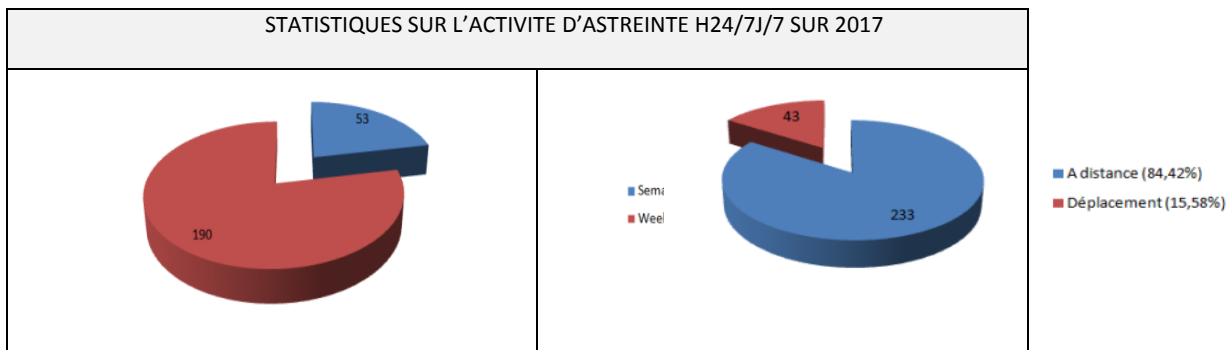
Enfin, pour accompagner les différents projets réalisés ou engagés sur 2017, des opérations techniques significatives ont été conduites :

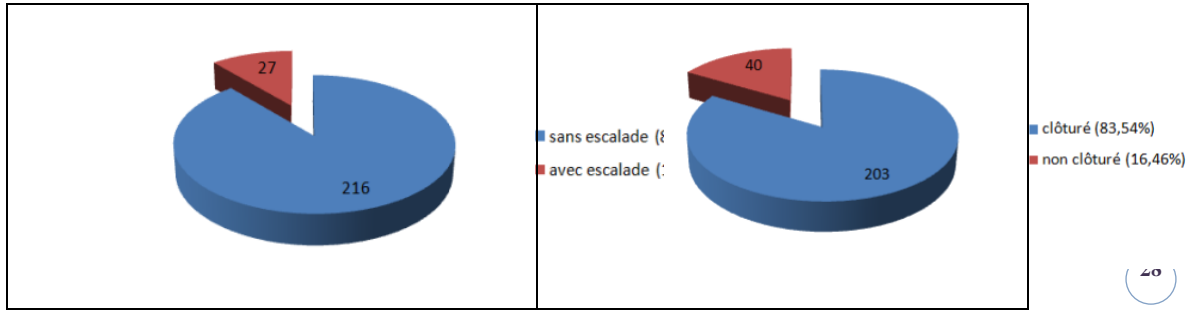
- Finalisation du déploiement WIFI à l'échelle de l'établissement et préparation de l'ouverture aux patients,
- Qualification technique de la solution de virtualisation des postes de travail (Applidis) et début de déploiement,
- Mise en production de deux nouvelles baies de stockage à accès rapide et migration de données,
- Installation de 10 nouveaux serveurs, dans un contexte VMWare, pour supporter le système de virtualisation des postes.

#### Continuité de service et assistance aux utilisateurs

Dans un contexte de forte 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, était devenue indispensable H24/7j/7. Au-delà des dispositifs techniques déjà en place pour garantir cette continuité de service, il avait été décidé en 2016, d'étendre l'astreinte informatique H24/7j/7. Après présentation au CTE fin 2016, ce nouveau dispositif est entré en service le 1<sup>er</sup> janvier 2017.

Les relevés de cette nouvelle activité sur l'année 2017 attestent du bien fondé de cette décision puisque l'on dénombre **243 interventions réalisées en astreinte** :

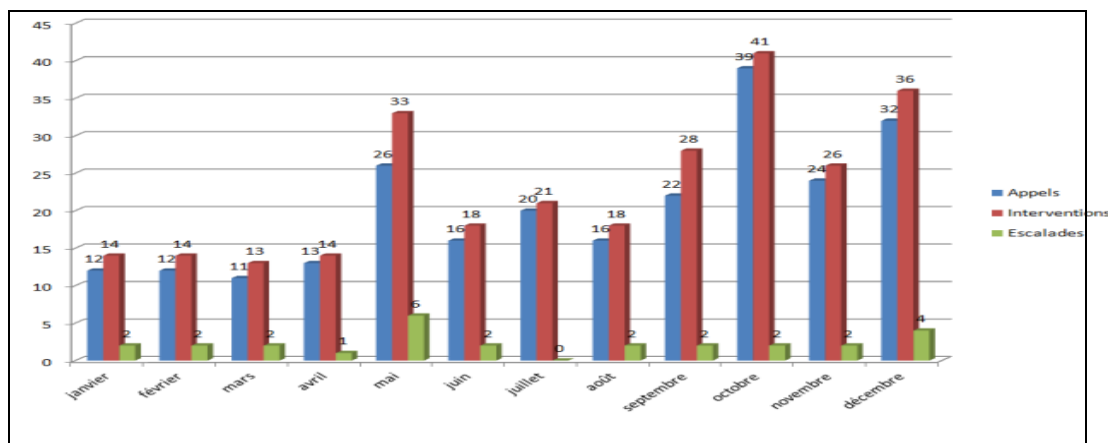




L'analyse statistique montre :

- Que les ¾ des appels se situent sur l'astreinte de semaine (plage qui n'était pas couverte auparavant),
- Que 85% des demandes ont pu être traitées à distance, sans nécessiter le déplacement de l'agent d'astreinte et donc de ce fait, avec une meilleure réactivité,
- Que 84 % des problèmes ont pu être totalement solutionnés dans le cadre de l'astreinte,
- Que seulement 11% des appels ont nécessité le recours à une escalade interne (problème sortant du champ de compétence de l'agent d'astreinte et nécessitant l'assistance d'un autre technicien).

On constate également que le nombre de recours à l'astreinte H27/7J/7 suit une courbe de progression constante en 2017. Cela s'explique en grande partie par la montée en charge et le déploiement des services utilisateurs du DPI :



## Migration des logiciels Maincare en version V8

Cette évolution majeure concernait l'ensemble des logiciels édités par la société MainCare. Elle concernait à la fois les applications administratives (Noyau REFERENCE, M-GAM, M-GEF, M-RH) et les logiciels médicaux/soignants (M-CROSSWAY, M-EVA, M-ENTREPOT et M-HEO). Les « systèmes techniques supports », transparents pour les utilisateurs finaux (TPRX, SOCLE REFERENTIEL, TUXEDO, CLOVERLEAF, ...), étaient également impactés.

Une contrainte très forte nous était imposée, à savoir que tous les systèmes et logiciels devaient évoluer en même temps. Ce qui signifiait également que les phases de qualification, pour l'ensemble des logiciels et infrastructures, devaient se dérouler en parallèle, avec une même cible calendaire en termes de recettes.

Il en a résulté une charge de travail considérable à la fois pour les référents fonctionnels métier des différents logiciels et pour le service informatique.

Ce travail avait débuté dès 2016, avec comme cible initiale une migration en septembre 2016. Compte tenu de nombreux dysfonctionnements constatés en phase de qualification, dont certains impactaient directement la prise en charge médicale des patients (M-HEO principalement concerné), la décision de reporter la migration V8 en mars 2017 avait été prise lors du Directoire du 7 septembre 2016.

De plus, les échos d'autres établissements ayant déjà réalisés cette migration (dont le CHU de Caen) mettaient en évidence un risque majeur de dégradation des temps de réponse. Il a donc été décidé, de profiter de « l'opportunité » du report pour engager des opérations de maîtrise ce risque :

- Acquisition et installation de 2 nouvelles baies de stockage (une par salle) équipées de disques rapides SSD, pour une capacité totale de 2 X 22 To, pour y migrer notamment l'entrepôt de données du DPI (M-Entrepôt),
- Passage de 10 à 20 serveurs pour les infrastructures dédiées aux applications MainCare,
- Migration des bases Oracle dans la dernière version qualifiée par MainCare, d'octobre 2016 à février 2017, un travail important avait été mené avec l'éditeur MainCare pour résoudre les problèmes ayant conduit au report de la mise à jour. Afin de sécuriser l'opération technique de migration, de valider les processus de mises à jour et de mesurer le temps total nécessaire à l'opération, une migration « à blanc » a été réalisée entre le 13 et le 17 mars 2017. A l'issue de cette opération très complexe techniquement, un second report d'un mois a du être décidé car de nouveaux problèmes HEO étaient apparus.

La migration réelle a finalement pu s'opérer les 24, 25 et 26 avril 2017. Comme l'opération globale était estimée à plus de 20h00 de traitements, la migration a été réalisée en deux temps :

- Les systèmes support, le Noyau REFERENCE, M-GAM et les logiciels du DPI dans la nuit du 24 au 25 avril 2017,
- Les logiciels administratifs M-GEF et M-RH, le 26 avril 2017.

#### Projet DPI et volet médical / soins du SIH : Les réalisations 2017

Compte tenu de la charge de travail nécessaire pour qualifier l'ensemble des versions V8 des logiciels MainCare, le déploiement du DPI a marqué une pause au premier trimestre 2017. Il a pu reprendre après la mise en production des nouvelles versions, soit après le 25 avril 2017.

Toutefois, des projets connexes au DPI ont pu trouver place pendant ce laps de temps comme :

- L'envoi de SMS associé à la gestion des RDV,
- La préparation de la prescription en Néonatalogie avec le logiciel LOGIPREN,
- L'intégration au DPI des résumés de passages aux Urgences (issus de Resurgences), etc ...

## *DPI : Poursuite du déploiement de la prescription informatisée HEO et du Dossier de Soins Infirmiers*

Pour mémoire, 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).

Pour rappel, les services opérationnels à fin 2016 étaient les suivants :

- Site de Valognes : EHPAD du pays Valognais, Médecine polyvalente, SSR et UCC, soit la totalité du site,
- Site de Cherbourg : Néphrologie, Gériatrie, RDED et MIMI.

En 2017, trois nouveaux services ont été déployés :

- Neurologie (15 mai 2017),
- Cardiologie (2 octobre 2017),
- Oncologie (20 novembre 2017).

### Remarque concernant le service de Cardiologie :

Les cardiologues ont été les premiers utilisateurs à souhaiter prescrire directement dans HEO pour les patients présents aux Urgences et devant être hospitalisés en Cardiologie (la prescription dans RESURGENCES ne pouvant pas être interfacée avec le DPI). Des paramétrages spécifiques ont été mis en place afin de fiabiliser ce circuit « particulier ». Les patients ainsi pris en charge arrivent désormais dans le service de Cardiologie avec une prescription posée dans HEO et un plan de soins CrossWay alimenté pour les soignants. L'extension de ce modèle à d'autres services sera étudiée en 2018.

### ***Cas particulier de la prescription en Néonatalogie***

Les logiciels de prescription « généralistes » comme HEO ne sont pas adaptés pour les prescriptions très spécifiques aux nouveaux nés. A la demande du Dr Pages, l'établissement a fait l'acquisition du logiciel LOGIPREN.

LOGIPREN est un logiciel d'aide à la prescription (LAP) qui a été spécifiquement conçu pour les unités de néonatalogie (réanimation néonatale, soins intensifs néonataux, néonatalogie) afin de répondre aux besoins particuliers de la prescription pour cette population de patients (nouveaux nés jusqu'à un an). Ce logiciel s'appuie sur un thésaurus médicamenteux spécifique aux enfants de moins d'un an, développé sous l'égide de la Société Française de Néonatalogie (SFN). Ce thésaurus est constitué de protocoles de prescription pour 340 médicaments utilisés en néonatalogie (environ 1000 protocoles possibles).

Après formations, paramétrages et interfaçage avec M-GAM pour la gestion des identités, LOGIPREN est entré en production le 26 juin 2017. Les utilisateurs du système sont les médecins de néonatalogie et les pédiatres qui réalisent des gardes en néonatalogie. Ce logiciel étant relativement « jeune », des évolutions majeures sont d'ores et déjà prévues au plan produit :

- Mi-2018 : Interfaçage avec la base médicamenteuse VIDAL,
- Fin 2018 : interfaçage avec le logiciel de gestion de Lactarium (MO-Lactarium), pour la transmission des prescriptions,
- Début 2019 : Arrivée du plan de soins pour les administrations.

#### *DPI : Déploiement du module « Observations médicales »*

Ce module permet la saisie des observations médicales sous la forme de textes libres ou « semi-structurés en chapitres ». Chaque observation est signée, horodatée et présentée de la plus récente à la plus ancienne.

L'expérimentation mise en place fin 2016 en médecine polyvalente à Valognes s'était heurtée à des difficultés :

- Des problèmes de stabilité de la solution : Signalements « isolés » de perte de saisie. Après investigations, il s'agissait en fait de problème d'utilisation qui ont été réglés par de nouvelles consignes d'usage.
- Des problèmes d'ergonomie qui constituaient un frein à l'adhésion médicale : Impossible d'ouvrir l'écran d'observation tout en consultant le dossier du patient (M-entrepôt, PACS, serveur de résultats de laboratoire, pancarte, ...). Des développements internes pour l'affichage de M-EVA, du PACS et du serveur de résultats de laboratoire dans des fenêtres indépendantes ont été réalisés. La mise en place de « double écrans » sur les postes médicaux a facilité également l'utilisation de ce module (possibilité d'ouvrir les « Observations » sur un écran et visualisation sur l'autre écran de M-EVA/PACS/Serveur de résultats de laboratoire).

A fin 2017, le module « Observations » est adopté par une majorité des services ayant déployé le DPI.

#### *DPI : Poursuite du déploiement de la gestion des rendez-vous*

**A fin 2016**, l'ensemble des plateaux de consultations était équipés du module de prise de RDV du DPI :

- Plateau de consultations de chirurgie-anesthésie et de spécialités chirurgicales,
- Plateau de consultations du pôle F (pédiatrie, néonatal, obstétrique, etc...),
- Plateau de consultations de médecines.

La centrale d'appels avait également été équipée.

**En 2017**, de nouveaux services de consultations ont démarré :

- Janvier 2017 ; Cs de MPR, Cs de Médicales du CHV, Cs Gériatriques au CHV, Cs de Périnatalité du CHV,
- Février 2017 ; Cs de Neurologie et explorations, Cs Gériatriques – UENG, Cs Pneumologie et explorations,
- Mai 2017 ; Cs de Néphrologie, Cs de Cardiologie et explorations,

- Juillet 2017 ; Cs Endoscopie digestive,
- Septembre 2017 ; Cs IDE Néonatalogie.

En 2018, il restera à statuer sur la prise de rendez-vous en 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 objectifs 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.

#### *DPI : Démarrage du module de rappel de RDV par envoi de SMS aux patients*

En complément du déploiement généralisé de la prise de rendez-vous informatisée, le CHPC s'est doté d'un dispositif automatisé de rappel des rendez-vous par SMS :

- 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.

Ce système est entré en production le 8 février 2017. C'est environ 12.000 SMS qui sont ainsi envoyés chaque mois.

#### *DPI : Nouvelle interface documentaire : Résumé du dossier de passage aux Urgences transmis au DPI*

Pour mémoire, à fin 2016, l'entrepôt de données du DPI (M-Entrepôt) et le DPI CrossWay étaient déjà alimentés avec :

- Les comptes rendus d'hospitalisation et de consultation,
- Les comptes rendus d'Imagerie Médicale et les comptes rendus de Laboratoire,
- Les comptes rendus d'Anapat. (via « scannérisation » par le secrétariat du service),
- Les comptes rendus d'EEG,
- Les rapports d'implantation de DMI (en provenance de PHARMA).

Depuis le 7 février 2017, une nouvelle interface documentaire a été mise en place entre Resurgences et le DPI. A la clôture du dossier dans Resurgences, le résumé du dossier de passage aux Urgences est envoyé au DPI. Il est donc désormais consultable dans CrossWay et dans M-Entrepôt.

#### *DPI : Intégration de documents extérieurs au DPI (CrossWay / M-Entrepôt)*

Il était déjà possible techniquement de scanner des documents et de les rattacher à un dossier de patient (externe ou hospitalisé) dans le DPI. Ce dispositif est celui utilisé pour intégrer au DPI les comptes rendus d'anapat.

Le service d'Oncologie avait formulé une demande plus complexe, à savoir pouvoir intégrer au DPI des documents extérieurs (ex : CR de scintigraphie, courrier de médecins libéraux, RCP, etc...)



pour des patients n'ayant pas forcément un événement « ouvert » de type hospitalisation ou consultation en lien avec ces documents.

Pour répondre à cette demande, un développement local a été réalisé par l'informatique. Il permet de scanner des documents et de créer dans le DPI une « consultation virtuelle » pour leur rattachement.

Ce dispositif est en place, à titre expérimental, au service d'Oncologie depuis juillet 2017. Son extension à d'autres services sera étudiée en 2018.

#### *DPI : Informatisation du Bloc Opérateur*

Démarré dès 2016, le projet M-BLOC avait dû être mis en suspend car les versions disponibles à l'époque ne couvraient pas l'intégralité des besoins. En effet, de nombreuses fonctionnalités attendues n'étaient annoncées par l'éditeur qu'à partir des versions V8 du produit (reprogrammation avec changement de salle possible, Check-list d'ouverture de salle, gestion des équipes en salle d'intervention, statistiques conformes aux indicateurs ANAP, ...).

Au second semestre 2017, avant de reprendre la conception et le paramétrage de M-BLOC, l'ensemble des membres du groupe projet a souhaité s'assurer de la fiabilité de ce logiciel « très jeune » en se rendant dans un établissement réellement en production. Une délégation du CHPC s'est donc rendue au CH de Moulins-Yzeure les 4 et 5 décembre, établissement pilote pour ce logiciel.

Cette visite a permis de confirmer que le système M-BLOC était opérationnel pour les fonctionnalités majeures, même si certains modules complémentaires sont encore attendus. La reprise du projet est prévue pour le second semestre 2018.

#### *Accès au Dossier Pharmaceutique (DP)*

Avec l'augmentation des conciliations médicamenteuses, un accès au dossier pharmaceutique (DP), via le logiciel FAST, a été déployé sur les ordinateurs des pharmaciens et en médecine gériatrique. Le premier poste a été connecté fin janvier 2017.

L'authentification au logiciel se fait via la carte de professionnel d'établissement (CPE) du pharmacien. Dans une prochaine version, cette connexion au DP pourra se faire directement depuis PHARMA.

#### *NEONATOLOGIE : Informatisation du Lactarium*

Afin de répondre aux recommandations de l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité de Médicament) et aux règles de bonnes pratiques prévues à l'alinéa 3 de l'article L.2323-1 du code de la santé publique, le CHPC se devait d'informatiser son Lactarium avant fin 2017.

En effet, dans le cadre de ses inspections, l'ANSM avait alerté la DGOS sur la nécessité d'informatiser les Lactarium afin d'assurer la sécurisation des processus et de garantir la traçabilité de la gestion du lait maternel. Par la Circulaire DGOS/R1 no 2014-102 du 31 mars 2014, la DGOS a donc imposé aux établissements cette informatisation, tout en l'accompagnant financièrement à hauteur de 72 K€.

Suite à une consultation publiée en juin 2017, le CHPC a retenu la solution MO-Lactarium de la société MEDIWARE. Après installation, formations et paramétrages, le logiciel MO-Lactarium est entré en production le 5 décembre 2017.

Déjà interfacé avec le SI du CHPC pour la récupération automatisée des identités, de nouvelles interfaces seront déployées en 2018 :

- Mise en place d'une interface avec MOLIS (Laboratoire) pour la récupération automatique des sérologies des donneuses et des bactériologies pour le lait maternel,
- Mise en place d'une interface pour récupérer les prescriptions réalisées dans le logiciel LOGIPREN.

Autres projets fonctionnels conduits en 2017

Des réalisations significatives ont été réalisées dans différents domaines fonctionnels :

#### **DOMAINE MEDICO-TECHNIQUE :**

##### *IMAGERIE : Finalisation de la refonte du système PACS*

Pour mémoire, la mise en place de la version majeure 12.1 du système CarestreamPACS avait été l'occasion, sur 2015 et 2016, de :

- Remplacer totalement les infrastructures (serveurs, augmentation des espaces de stockage, changement des stations d'interprétation),
- Doubler le serveur de diffusion des images dans les services pour répondre aux contraintes de continuité de service,
- Remplacer les systèmes de gravure de CD/DVD et d'impression des examens,
- Abandonner le système d'archivage long terme sur cartouches pour remettre en ligne (sur disques) les 12 années d'antériorité.

Ce dernier point représentait un temps d'exploitation considérable. La récupération des examens sur bandes magnétiques vers le stockage sur disques, démarrée dès février 2016, s'est achevée en tout début d'année 2018. Plus de 770 000 examens ont ainsi été restaurés.

##### *IMAGERIE : Mise en place du système CD-IN*

Suite à mise en place de la version 12.1 du système Carestream PACS, une régression fonctionnelle était apparue avec le nouveau serveur de diffusion des images (CarestreamView Motion). Il n'était plus possible pour les médecins des services de soins de comparer les examens produits en interne avec ceux réalisés à l'extérieur et apportés par les patients sur des CD/DVD.

Après étude, le logiciel CD-In de la société ETIAM a été retenu pour réaliser l'intégration des examens extérieurs dans notre PACS et ainsi retrouver la possibilité de les comparer avec les examens réalisés en interne. **Une extrême attention a été portée à la problématique d'identité-vigilance** pour le rapprochement des données (CD-In est interfacé au Système d'Information pour le rapprochement des identités et des dossiers d'imagerie existants).

Après installation, tests et qualification, le système CD-In est entré en production mi décembre 2017 au service d'Oncologie (service pilote). Il a ensuite été étendu au plateau de consultations de médecine. Son déploiement se poursuivra en 2018 aux autres services demandeurs.

### *IMAGERIE : Intégration de nouvelles modalités*

Dans le cadre de la mise en place de nouvelles modalités, le Centre Informatique a piloté l'intégration de ces nouveaux équipements au Système d'Information du service d'Imagerie Médicale (RIS/PACS). Ces opérations avaient pour objectifs une plus grande ergonomie apportée aux radiologues dans leur travail d'interprétation :

- Le remplacement du scanner du site de Cherbourg, réalisé en janvier 2017, a été accompagné de la mise en place d'un serveur post-traitement AW Server (éditeur General Electric). Une intégration a été réalisée entre les outils Carestream PACS et AW Server,
- La mise en place d'un pôle Sénologie sur le site de Cherbourg, en janvier 2017, a été accompagnée par l'installation d'une station d'interprétation spécifique General Electric IRIS. Une intégration a été réalisée entre le RIS Xplore et la station IRIS.

### *DPI et IMAGERIE : Mise en place du logiciel ViewPoint en Gynécologie*

Assurée précédemment par le service biomédical, le centre informatique a repris la gestion du logiciel ViewPoint (éditeur General Electric) implanté sur quelques postes du service de gynécologie. Acheté, ou plutôt fourni « gracieusement » par la société Général Electrique (GE) au fil des acquisitions d'échographes, ce système était utilisé par quelques gynécologues pour rédiger les comptes rendus des échographies réalisées en consultations externes.

Suite à la demande forte de l'équipe médicale de Gynécologie d'étendre le système, le service informatique a d'abord dressé un premier bilan :

- Les versions en place étaient anciennes et le logiciel non maintenu,
- Le déploiement au sein des consultations de gynécologie était très partiel (boxes de consultations et usages par l'équipe médicale),
- Les comptes rendus produits n'intégraient pas le DPI,
- Les échographies restaient stockées sur les échographes, puis archivées sur des disques durs externes par le service biomédical (sans intégration au PACS de l'établissement, avec un risque de perte des données),
- L'identité des patientes était saisie manuellement, donc avec un risque important en termes d'identité-vigilance.

Suite à ce constat un audit complémentaire a été commandé à la société GE (réalisé le 19 septembre 2017) afin de définir les cibles en termes de versionning du produit, d'extension du nombre de licences, d'architecture et d'intégration au Système d'Information de l'établissement. Après acceptation de l'offre financière résultant de l'audit, les opérations suivantes ont été réalisées :

- Remplacement des versions locales de ViewPoint par une version centralisée sur un serveur virtuel à l'informatique (avec un fonctionnement basé sur 5 connexions simultanées possibles),
- Mise en place de la dernière version du logiciel ViewPoint,
- Récupération des examens antérieurs (sur les anciens postes),

- Remplacement des PC des boxes de consultation,
- Interfaçage du système ViewPoint avec M-GAM pour la récupération automatique des identités,
- Connexion de ViewPoint avec le PACS pour archiver toutes les échographies et les rendre disponible pour la communauté médicale,
- Interfaçage de ViewPoint avec le DPI pour récupérer les comptes rendus d'échographie (documents pouvant intégrer des tracés et des images),
- Connexion des échographes à ViewPoint pour récupérer les Worklist DICOM (identités des patientes et examen à réaliser),
- Formation de l'équipe médicale.

Ces opérations ont été réalisées de septembre à décembre 2017.

Le nouveau système est entré en production début janvier 2018.

#### **LABORATOIRE : Evolutions du système HEMOBANK**

En 2017, une mise à jour majeure a été installée sur le logiciel Hemobank (éditeur Medinfo) utilisé par le laboratoire pour la gestion/traçabilité des produits sanguins.

Cette mise à jour (passage version V2.4 vers V4.4) a été l'occasion de faire évoluer l'interface « identités/mouvements » vers le standard HL7 IHE.

Les travaux ont débuté mi-avril (installation, paramétrages, configuration, recette) pour un démarrage réel le 12 juin 2017.

A noter : Le logiciel Hemobank dispose désormais d'une partie de ses fonctionnalités accessibles en mode Web et donc, intégrables par un lien contextuel avec le DPI (M-EVA). Cette intégration sera étudiée avec le Laboratoire et l'équipe DPI en 2018, pour notamment l'accès au dossier transfusionnel depuis le DPI.

#### **LABORATOIRE : Interface Identités SIH / SGL Molis**

L'interface identité avec le Système de Gestion de Laboratoire (SGL Molis) a été migrée d'HprimSanté 2.1 vers le standard plus récent HL7 IHE-ADT. Cette interface a rejoint l'EAI Cloverleaf.

Installée en test début août 2017, cette nouvelle interface a nécessité environ 2 mois de qualification/tests pour être mise en production le 9 octobre 2017.

#### **LABORATOIRE : Mise en place du module MDI de MOLIS (Molis Document Integration)**

En 2017, la solution de scannage de documents extérieurs ScanOrdo (société 3si) a été abandonnée au profit du module MDI du SGL Molis. Ce module permet de scanner les documents extérieurs, de les « typer » et de les archiver dans Molis.

En fonction de leur « typage », les documents ainsi scannés peuvent être diffusés au DPI (ex : résultats d'examens réalisés à l'extérieur).

Après 4 semaines de tests, ce nouveau module a été mis en exploitation fin août 2017.

### **LABORATOIRE : Remplacement d'automates et d'analyseurs**

Compte tenu du très fort niveau d'intégration du système d'Information du Laboratoire (SGL Molis – Automates), le Centre Informatique est systématiquement mis à contribution pour participer à la mise en place de nouveaux automates et en réaliser l'interfaçage avec le SGL Molis.

37

En 2017, trois chantiers de ce type ont été suivis par le service informatique :

#### **Gaz-du-sang :**

Le laboratoire a remplacé son parc d'analyseurs de gaz du sang en retenant l'offre de la société Radiometer. En termes d'intégration, le service informatique a dû mettre en place un concentrateur AQUIRE (sur machine virtuelle) pour le pilotage/interfaçage des automates de gaz du sang avec le SGL Molis.

Compte tenu de son ampleur, ce chantier s'est déroulé des semaines 33 à 44 incluses. C'est au total :

- Quatre nouveaux analyseurs Radiometer ABL 90 Felix PLUS, connectés sur les sites déportés (1x Valognes, 1x Pneumologie, 1x Maternité/Néonatal, 1x Réanimation),
- Deux nouveaux analyseurs Radiometer ABL 90 Felix PLUS, connectés au Laboratoire,
- Un analyseur AQT90, reconnecté au concentrateur AQUIRE sur le site de Valognes.

#### **Bactériologie :**

Le laboratoire a remplacé son automate de Bactériologie SIRscan par un système plus récent de la même société (I2A). Ces opérations se sont déroulées en semaines 37 et 38 :

- Remplacement de l'automate SIRscan par un SIRscan nouvelle génération (SIRscan 2000 AUTOMATIC),
- Mise à jour du système Sirweb : Migration de la base de données ADS10 en ADS12,
- Mise à jour système expert SIR Eucast 2016 en Eucast 2017.

#### **Hématologie :**

Le laboratoire a remplacé ses automates d'hématologie Sysmex XE-2100 et XS-1000i par une nouvelle chaîne automate Sysmex XN300. En termes d'intégration, le service informatique a dû mettre en place un nouveau concentrateur fourni par la société Sysmex (sur machine virtuelle).

Ces opérations se sont déroulées de la semaine 39 à la semaine 52 incluses.

### **LABORATOIRE : Mise à jour du système Scan'Bac**

En semaine 46, une évolution de version significative a été réalisée sur le système Scan'Bac (société 3si) du Laboratoire. Ce logiciel permet le scannage des feuilles de paillasse de Bactériologie et l'intégration automatique des résultats au logiciel Molis (par reconnaissance de caractères).

## **DOMAINE TELEMEDECINE :**

### *Travaux préparatoires au déploiement du DCC*

Le déploiement d'un DCC (Dossier Communicant en Cancérologie) dans chaque région de France est inscrit au plan cancer 3. Il ne s'agit pas de construire un DCC dans sa globalité, mais de s'inspirer de solutions existantes dans d'autres régions ayant mis en place un DCC fonctionnel et répondant aux exigences de l'INCa.

Ce projet est financé par l'ARS de Basse-Normandie qui a mandaté le GCS Télésanté Basse-Normandie (TSBN) comme maître d'ouvrage (en étroite collaboration avec le réseau OncoBasseNormandie).

Les objectifs du DCC sont les suivants :

- Instruire des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP), et générer une fiche informatisée et structurée,
- Partager les données médicales, autour du parcours en cancérologie, entre personnes habilitées et autorisées par le patient,
- Optimiser la coordination "ville/hôpital".

Sur un plan technique, la solution INOVELAN a été retenue par le GCS Télésanté.

Conformément au schéma d'intégration imposé par le GCS Télésanté, le Centre Informatique a débuté en 2017 la mise en place (sur une plate forme de test) des interfaces demandées :

- Connecteur identités patients Crossway vers Idéoidentity (plateforme DCC), pour l'envoi de l'identité des patients inscrits en RCP,
- Connecteur rendez-vous Crossway vers WebDCR (plateforme DCC), pour inclure un patient dans une RCP,
- Connecteur compte rendu WebDCR vers Crossway, pour récupérer dans le DPI les comptes rendus de RCP.

Les connecteurs de test ont été installés en octobre et novembre 2017. Les premiers tests ont débutés en décembre 2017 et continueront en 2018.

### *Bascule sur Therap-e des demandes d'avis de neurochirurgie*

Dans le cadre de la généralisation, par GCS Télésanté Basse-Normandie, de la nouvelle plateforme régionale de télémédecine Therap-e (Covalia) à l'ensemble des usages, les demandes d'avis de neurochirurgie ont été basculées sur le nouveau système en mars 2017.

La charge de travail pour le service informatique a été d'environ une semaine/homme (pré-bilan avec le GCS télésanté, installation et configuration de postes clés et démonstrations/formations des médecins).

### *Mise en place du système Cristal Image*

En application de l'instruction n°DGOS/PF5/R3/2016/149 du 12 mai 2016 relative au déploiement de la transmission d'images pour la transplantation d'organes, le centre informatique a mis en œuvre le dispositif support pour intégrer le réseau Cristal Image. Ce système est déployé au niveau national par l'Agence de Biomédecine pour les établissements de santé autorisés à la greffe d'organe et les établissements autorisés aux prélèvements multi-organes (cas du CHPC).

Une nouvelle connexion a du être installée sur notre plate-forme de médiation « Nexus » développée par la société ETIEM. Ces opérations se sont déroulées de janvier à fin mars 2017.

### **DOMAINE LOGISTIQUE :**

#### *Evolution du logiciel MONEWIN*

Le système d'encaissement des selfs (Monewin de la société JES), a connu en 2017 une évolution majeure de version. Cette opération a été préparée sur le mois d'août, avec un démarrage en production le 28 août 2017. Sur un plan technique, l'ensemble des postes d'encaissement (y compris périphériques) ont été remplacés et la base de données a migré vers un environnement Oracle RAC.

En termes de service apporté aux usagers des selfs, un système d'encaissement par carte bancaire a été mis en place.

#### *Développement d'un logiciel de gestion des transports ambulanciers*

Le CHPC disposait depuis janvier 2009 d'une application développée localement, permettant aux agents du standard de saisir et tracer les demandes de transports ambulanciers, sur appel des services de soins.

A la demande du service Logistique, la réécriture complète du logiciel a été engagée en avril 2017 afin de répondre à de nouveaux besoins fonctionnels, organisationnels et être en conformité avec les recommandations de la CPAM (associée au projet et à l'expression de besoins).

Le développement du nouveau logiciel, baptisé « T.H.O.R. » (Transports Hospitaliers et Outil de Régulation), s'est échelonné de mai à décembre 2017. Sa mise en production est prévue pour le début du second trimestre 2018. Elle sera hébergée sur le portail Intr@net, utilisable sur n'importe quel ordinateur de l'établissement et développée dans une technologie « responsive » (affichage adaptable automatiquement aux tablettes, smartphones, ...). Elle sera également joignable directement via le portail d'applications DPI M-EVA, avec passage des contextes utilisateur et patient.

Les grandes fonctionnalités de THOR sont les suivantes :

- La saisie dans le service de soins d'une demande de transports, avec récupération automatique des informations patients à partir de son numéro de séjour (identito-vigilance),

- Le choix adapté du mode de transport (transport assis professionnalisé ou allongé) selon une liste de critères fermés (plus de choix direct de la part du soignant, afin d'éviter des dépenses inutiles liées à un mauvais choix du mode de transport),
- La réception et le contrôle des demandes par un ou plusieurs agents en charge de la régulation, avec rafraîchissement automatique des écrans pour prise en compte immédiate des demandes,
- La possibilité d'associer un transporteur à chaque demande et de contacter le transporteur par téléphone ou transférer directement la demande via la messagerie électronique,
- Un accès sécurisé pour les transporteurs à la réception d'une demande via messagerie électronique pour valider ou refuser le transport,
- L'édition automatique des bons de transport à la validation d'une commande, avec envoi par mail au transporteur,
- La saisie de l'heure du retour du patient par les services de soins ou la régulation, pour les transports pour lesquels un retour était prévu ou supposé,
- La possibilité de pré-remplissage de demandes à partir de commandes annulées,
- Une alerte sur les transports bariatriques, précisant qu'il est nécessaire de contacter directement la régulation des transports par téléphone,
- La vision pour chaque demandeur de ses propres demandes et celles liées aux patients de son service.

En complément de ces fonctionnalités, divers contrôles automatiques ont été intégrés :

- Rappels toutes les heures (entre 9h et 19h, du lundi au vendredi) envoyés aux transporteurs qui n'auraient pas apporté de réponse à une commande par mail,
- Sécurisation des demandes avec impossibilité de modifier une demande une fois commandée auprès d'un transporteur,
- Clôture automatique des demandes sans retour prévu à J+1 du RDV ou alerte si la date et heure du retour doit être saisi par le service ou la régulation.

Deux modules additionnels viendront compléter le logiciel THOR en 2018 :

La génération d'un CERFA PMT (Prescription médicale de transport) à la commande, directement imprimable par le service (plus de recopie manuelle),

- Des fonctionnalités statistiques adaptées aux besoins des services économiques dans le cadre des différents contrôles effectués à posteriori (factures, reporting).

## **DOMAINE ADMINISTRATIF**

### *Evolutions M-RH et audit des usages*

En accompagnement des équipes de la DRH, le service informatique a participé activement à la mise en place du PPCR et des reclassements réglementaires. De nombreuses décisions sous Scribnet ont été développées.



Un audit a été également réalisé par la société MainCare pour évaluer les usages du logiciel M-RH par les utilisateurs de la DRH. Les objectifs de cette mission qui s'est déroulée du 18 au 20 décembre 2017 étaient les suivants :

- S'assurer des bonnes pratiques du logiciel M-RH,
- Evaluer la pertinence de mettre en œuvre certains nouveaux modules fonctionnels qui ne seraient pas encore utilisés,
- Estimer, par grand postes fonctionnels, les éventuels besoins en formations et proposer un programme de remise à niveau des compétences.

### *Dématérialisation : Mise en place du système M-GEDoc*

Pour mémoire, le service informatique avait déjà installé, fin 2016, un système permettant de récupérer automatiquement les factures sur la plate-forme « Chorus-Pro » et de les déposer dans des répertoires réseaux par grands centre de gestion (service économique, pharmacie, DRH, DPT, finances et informatique). Ce premier pas dans le processus de dématérialisation répondait au **décret n° 2016-1478 du 2 novembre 2016** et à **l'ordonnance n° 2014-697 du 26 juin 2014**, relatifs au développement de la facturation électronique.

Sur un plan réglementaire, les établissements ayant un budget supérieur à 20M€, doivent mettre en place la dématérialisation des pièces justificatives (flux PES V2 PJ) avant le 1<sup>er</sup> janvier 2019. Cette nouvelle cible a été instruite en 2017 et un marché a été passé avec la société MainCare pour :

- Acquérir le module M-GEDoc, associé au logiciel M-GEF, pour réaliser la dématérialisation de l'ensemble des pièces justificatives (factures, pièces marchés, etc ...) et en assurer l'intégration aux flux échangés avec la DGFIP,
- Compléter, dans un second temps, le module M-GEDoc avec la solution « Facture Pro » qui permettra, pour les factures reçues de façon dématérialisée via Chorus Pro, un rapprochement avec les réceptions dans M-GEF et si possible, la génération automatique des liquidations.

Ce projet répond donc aux objectifs suivants :

- Respect du réglementaire,
  - Dématérialisation de la chaîne des dépenses et des recettes (PESV2 PJ),
  - Intégration du dispositif Chorus-Pro,
- Certification des comptes : Cloisonnement des circuits de validation et de signatures (séparation des tâches),
- Gain de productivité : Rapprochement automatique des factures provenant de Chorus-Pro avec les commandes/réceptions de M-GEF,
- Remplacement de M-Scanning pour les pièces attachées aux dossiers administratifs des patients.

La mise en place d'un tel projet ne sera pas neutre sur nos organisations et nos pratiques. Un audit a donc été confié à la société MainCare pour nous accompagner dans la démarche préalable de mise en œuvre :

- Les 7, 8 et 9 novembre pour le volet « Economique et Financier », avec restitution le 1er décembre,
- Les 14 et 15 décembre pour le volet « Facturation et Gestion Administrative des Patients », avec restitution le 2 février 2018.

Les principales recommandations ont été les suivantes :

- Enregistrer les factures à l'arrivée (mise en œuvre du module « factures » de M-GEF),
- Traiter les avoirs, litiges et suspensions dans M-GEF,
- Systématiser les engagements de dépenses dans M-GEF,
- Réviser les Centres de Gestion pour alignement sur les codes « services » de Chorus-Pro,
- Revoir le processus « recettes diverses » dans M-GEF,
- Réviser le circuit de validation des commandes/liquidations,
- Systématiser les réceptions,
- Suivre les mises à jour des conditions d'achat (à la mise à jour des marchés),
- Revoir le système d'intégration PHARMA/GEF (liquidations dans M-GEF, ...),
- Evaluer la faisabilité de l'EDI pour les commandes autres que celles de la Pharmacie,
- Travailler sur les Interfaces des logiciels métiers (DataMeal, Sapa-Net, ...).

Un groupe de projet a été constitué en 2017 pour préparer, sur 2018, les changements organisationnels et piloter la mise en place de la PESV2 PJ.

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

Pour mémoire, le logiciel E-Connection de société Horizontal Software avait été retenu, fin 2015, pour l'informatisation de la gestion du temps de travail pour le Personnel Médical (PM) et le Personnel non Médical (PnM). Début 2016, deux groupes de projet avaient 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. Au cours du premier semestre 2016, des ateliers thématiques (PM et PnM) avaient permis de finaliser les Dossiers de Spécifications Fonctionnelles Détaillées (DSF) pour le PM et le Pnm.

Compte tenu du contexte des équipes de la DRH (départ de nombreux cadres), le projet a été mis en suspend au second semestre 2016 et jusqu'au printemps 2017, dans l'attente de recrutements et de la remise en place d'une équipe d'encadrement indispensable au pilotage d'un tel projet.

En 2017, de nouvelles difficultés sont venues perturber ce projet, cette fois côté éditeur. En effet, face à une grande instabilité des équipes de projet de la société Horizontal Software, le dossier n'a pu redémarrer de façon opérationnelle qu'au second semestre 2017 avec les opérations suivantes :

- Définition d'un nouveau planning de mise en œuvre sur 2018 pour les services pilotes (priorité étant donnée à l'information du PM),
- Validation définitive du DSF pour le PM,
- Travail sur le DSF « interfaces » avec M-RH (structures, agents, nomenclatures, qualification des absences, éléments variables de paie).

Portails intranet, extranet et internet

Différents projets et développements internes ont été réalisés en 2017 :

- Après développement par la société Berger Levrault d'un écran spécifique à Resurgences permettant d'afficher la population prise en charge aux Urgences et d'en estimer le temps moyen d'attente, cet écran a été intégré au site Internet du CHPC (avec rafraîchissement automatisé),
- Création de l'application JANUS à destination du service informatique afin de permettre la réinitialisation automatique des mots de passe (avril 2017).
- Evolution de l'application « Dossiers du service social » et « Dossiers du service social – volet Personnels » (août/septembre 2017). Ces développements ont été réalisés en partie par un stagiaire accueilli au service informatique,
- Evolutions fonctionnelles de l'application Intranet S.T.A.R. pour répondre aux nouveaux besoins dans la gestion des accès : mise en œuvre de scripts pour la création automatisée de comptes utilisateurs, synchronisation des annuaires de référence, activation/désactivation automatique des comptes en fonction des dates de fins de contrats ou des départs des agents (avec interfaçage avec M-RH),
- Mise en œuvre des scripts de contrôle de cohérence du SIH pour la gestion des lits provisoire (septembre 2017).
- Mise en place de l'informatisation des demandes d'interventions en EMASP, avec démarrage en production en octobre 2017,
- Mise en place de l'informatisation des demandes d'interventions en stomathérapie. Mise en production en novembre 2017,
- Mise en place d'une extraction automatisée des agents actifs de l'établissement pour la création des badges SALTO, à destination du service Sécurité (novembre 2017, mise en production décembre 2017).
- Encadrement d'un stagiaire pour la création de l'application Mercure, permettant la déclaration d'incidents liés à la sécurité informatique (novembre 2017 à janvier 2018),
- Mise en œuvre des scripts de contrôle de cohérence du SIH dans le cadre de mouvements manquants entre M-GAM et M-Crossway(novembre 2017),
- Mise en place d'une historisation des plannings et fiches individuelles des années précédentes dans l'outil local de gestion du temps de travail (GTT), pour répondre aux recommandations des CAC (janvier 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) et déployé le WIFI en 2016

sur les sites de Cherbourg et de Valognes, ce projet s'est poursuivi en 2017 avec deux opérations :

- Le déploiement du WIFI sur l'EHPAD du Gros Hêtre,
- La mise en place d'un portail captif, pré-requis à l'ouverture du WIFI pour les patients.

Concernant le réseau WIFI, il représente à fin 2017 un total, **335 bornes WIFI** (78 pour le site de Valognes, 203 pour le site de Cherbourg et désormais 54 pour le site EHPAD du Gros Hêtre).

Concernant l'ouverture du WIFI aux patients, il impose, sur un plan réglementaire, la traçabilité individuelle des usages par nos patients, avec obligation de conservation des logs sur une année. Pour se faire, le service informatique a retenu le portail UCOPIA qui a été installé et qualifié en décembre 2017. En début de second trimestre 2018, ce portail sera connecté à une liaison internet dédiée et pourra ensuite être proposé :

- Aux patients,
- Aux internes,
- Aux étudiants de l'IFSI,
- Aux intervenants extérieurs.

#### *Sécurisation des liaisons inter-sites*

Dans le cadre de la médicalisation de son Système d'Information, supposant une continuité de service sans faille, le service informatique a doublé les liaisons inter-sites en 2017 (historiquement une seule liaison desservait le site de Valognes et de site d'Octeville). Sur un plan technique, la bascule sur les liaisons de secours est automatisée :

- Liaison Cherbourg-Valognes : Liaison principale à 100 Mbits avec un secours à 40 Mbits,
- Liaison Cherbourg-EHPAD du Gros Hêtre : Liaison principale à 20 Mbits avec un secours à 10 Mbits.

#### *Evolution majeure de version des bases de données Oracle*

Avec le support de la société DIGORA, le centre informatique a procédé, en 2017, à une mise à jour de version majeure de notre principal système de gestion de nos bases de données (Oracle).

La couche « cluster » des environnements Oracle RAC est passée d'une version 11.2.0.3 à une version 11.2.0.4 et l'ensemble des bases de données Oracle de l'éditeur Maincare ont été migrées dans cette nouvelle version.

Après une phase de préparation d'environ un mois en début d'année 2017, la mise en place opérationnelle a eu lieu les 27 et le 28 février 2017.

#### *Mise à jour de l'EAI CloverLeaf et mise en œuvre de nouveaux flux d'interfaces*

En pré-requis à la migration V8 de l'ensemble des logiciels développés par la société MainCare, l'EAI CloverLeaf devait évoluer vers la version 6.1.

Un EAI (Enterprise Application Integration) est un système permettant d'assurer les échanges inter-applicatifs, en s'appuyant sur des standards de communication (HL7, HPRIM, IHE). L'EAI est donc un moteur d'échanges qui permet :

- De contrôler la structure des messages échangés et éventuellement de placer en « quarantaine » les messages non conformes afin qu'ils puissent être retraités et donc de ne pas perdre d'information,
- D'historiser les messages échangés et de pouvoir, en cas de problème, les « rejouer ».

Installé en 2013, l'EAI CloverLeaf accompagnait à l'origine la mise en place du DPI et toutes ses connexions avec les logiciels satellites. Depuis, il a été étendu à l'ensemble des échanges inter-applicatifs du SI du CHPC (a participé à l'atteinte des pré-requis Hôpital Numérique) :

- Flux identités/mouvements,
- Flux actes,
- Flux résultats,
- Flux documents,
- Flux prescriptions.

Après une phase de qualification et de tests de plusieurs mois, l'EAI Cloverleaf a donc évolué de la version 5.7 à la version 6.1. La bascule opérationnelle a eu lieu en février 2017.

En 2017, de nouveaux flux ont été également été déployés :

Nature du flux	Application émettrice	Application(s) destinataire(s)	Date de mise en œuvre
Identités/mouvements patients	Noyau REFERENCE (GAM)	MOLIS	Octobre 2017
	Noyau REFERENCE (GAM)	CD-IN	Décembre 2017
	Noyau REFERENCE (GAM)	LOGIPREN	Juin 2017
	Noyau REFERENCE (GAM)	MO-LACTARIUM	Novembre 2017
Documents	RESURGENCES (synthèse)	M-Crossway / M-Entrepôt	Février 2017

### *Mise en place de deux nouvelles baies de stockage*

Ces deux nouvelles baies de stockage à accès rapide, d'une capacité unitaire de 22, étaient destinées à :

- Accueillir l'entrepôt de données M-Entrepôt du DPI, en parallèle à la mise en place des versions V8,
- Installer les infrastructures de virtualisation des postes de travail et à l'implantation des espaces individuels « Mes Documents »,
- Héberger des « espaces fichiers » nécessitant des accès rapides (ZIMBRA, les répertoires « U », « V » et « T »).

La mise en production de ces nouvelles baies de stockage s'est déroulée tout au long de l'année 2017. Au-delà de la charge inhérente à l'installation de ces nouvelles infrastructures, un travail important a été mené pour accompagner la migration des données et minimiser au maximum les coupures pour les utilisateurs.

L'intégration de ces nouveaux espaces de stockage aux dispositifs de sauvegardes a également été réalisée sur la période.

### *Virtualisation des postes de travail*

Suite au choix fin 2016 de la solution Applidis de la société SYSTANCIA pour la virtualisation des postes, un énorme travail d'installation et de qualification, dans le contexte applicatif du CHPC, a été réalisé sur l'année 2017.

Ce chantier a tout d'abord nécessité la mise en place d'infrastructures importante en pré requis à l'installation de la solution :

- Installation de 10 serveurs physiques, en mode virtualisés avec VMWARE (5 par salle en cluster),
- Mise en place de 2 nouvelles baies de stockage (une par salle) équipées de disques rapides SSD, pour une capacité totale de 2 X 22 To,
- Configuration d'un nouveau cluster WMWARE avec les 10 nouveaux serveurs.

Ce travail a été réalisé sur janvier et février 2017. Il a nécessité environ 45 jours de travail (15j par le prestataire extérieur et 30j en interne).

Une fois ces pré-requis remplis, l'installation d'Applidis a pu être réalisée avec l'assistance de la société SYSTANCIA. La configuration mise en place est totalement « redondante » et fonctionne en haute disponibilité sur les deux salles informatiques de l'établissement. Ce travail a été réalisé en mars et avril 2017 avec une prestation extérieure de 15j (dont 5j de formation) et environ un mois de travail pour l'équipe informatique du CHPC.

Il s'en est suivi une phase de qualification de tous les logiciels susceptibles de fonctionner dans un mode virtualisé. Ce travail s'est déroulé du mois d'avril au mois de juin inclus, soit une charge interne estimée à 30 jours. Les applications ainsi qualifiées ont été les suivantes :

- Reference / M-EVA: GAM, CW, USV2, GRH, GEF
- CORA et Dic't
- Molis, Molis vt Channel, SapaNet, Hemobank
- PACS Vue Motion, SMN Routeur
- Resurgences, Dialog7, Logipren, ANAPIC
- DATAMEAL,
- CHIMIO, PHARMA
- Application intranet et internet (Intranet CHPC, Appel des lits, Vidal, CoswinWeb)
- RNVPP, ARGOSS
- Suite office et autre outil plus générique.

Un dernier travail technique s'est déroulé de juin à septembre inclus pour qualifier l'intégration de la solution Applidis sur les postes de travail. L'objectif de cette étape était de simplifier au maximum le modèle de connexion pour les utilisateurs.

Le système Applidis a été qualifié pour pouvoir fonctionner de deux manières différentes :

- Virtualisation uniquement des applications sur un poste de travail classique (ex : M-RH sur plus de 40 postes de la DRH réalisé fin 2017, Hemobank sur les postes de biologistes en juin 2017)
- Virtualisation globale du poste de travail. Il s'agit de la solution retenue pour les postes DPI en mobilité. Une phase pilote a été mise en place en octobre 2017 sur 14 postes de l'EHPAD du Pays Valognais (pour 70 utilisateurs).

La généralisation d'Applidis à tous les postes DPI en mobilité (médecins, IDE et AS) est prévue pour le premier semestre 2018.

## Autres actions

### GESTION DU PARC DES POSTES DE TRAVAIL

En 2017, **231 postes de travail ont été installés** ; 122 au titre de nouvelles dotations et 109 en remplacement de matériels existants (181 avec des matériels neufs et 50 avec des matériels reconditionnés).

**363 périphériques** (écrans, imprimantes, scanners, ...) ont également été mis en place.

**Environ 1.100 interventions** ont été recensées en 2017.

Un travail important de migration du parc de postes de travail de Windows XP vers Windows 7/10 se poursuit depuis 2 ans. A fin 2017, la moitié du parc (1.600 PC) a déjà migré.

### DIVERSES MISES A JOUR DES LOGICIELS EN PRODUCTION

Logiciel	Versions majeures	Versions intermédiaires
HRB2		3
Infocentre INFNOY	1	
M-CROSSWAY	1	
Infocentre M-CROSSWAY	1	
M-ENTREPOT	1	
M-EVA	1	
M-GAM	1	7
Infocentre M-GAM	1	1
M-GEF	1	2
Infocentre M-GEF	1	
M-HEO	1	
M-INFRA	1	

M-INFRA Socle Référentiels	1	4
M-INFRA TPRX	1	1
M-REFERENCE	1	3
M-RH	1	5
Infocentre M-RH	1	
M-TITRES	1	
MONWIN	1	
SCANBAC	1	
XPLORE		1
GESFORM		2
SIRWEB	1	1
HEMOBANK	1	
CLOVERLEAF	1	

### **Budgets – Investissements 2017**

Les crédits en investissement réellement consommés en 2017 s'élèvent à **449.217,94€**, les postes les plus significatifs étant :

- Projet DPI (modules réceptionnés en 2017) : .....147.843,53 €
- Postes mobiles pour la prescription/administration (chariots informatiques) : ..... 83.874,60 €
- Refonte du réseau interne du CHPC et déploiement du WIFI : ..... 59.103,09 €
- Evolution infrastructures serveurs et extension des capacités de stockage : ..... 52.044,07 €
- Informatisation du Lactarium : ..... 48.137,96 €
- Projets en Imagerie (extension licences, intégration mammographie et Cristal Image) : 25.481,73 €
- Projet dématérialisation des pièces administratives (PES V2 PJ et Chorus Pro) : ..... 16.029,51 €
- Maintenance, maintien à niveau du parc (postes de travail > 800,00€) : ..... 8.858,06 €
- Evolution de l'interface Identités avec le logiciel Molisdu Laboratoire : ..... 5.683,94 €
- Projet Gestion du Temps de Travail (GTT – PM et PNM) : ..... 2.158,45 €



## 4 – Les engagements et les actions qualité / gestion des risques vis-à-vis de l'utilisateur

### 4.1 – La qualité, la gestion des risques et la relation avec les usagers

#### 4.1.1 – Organisation et fonctionnement

La direction de la qualité a fonctionné en 2017 avec :

- un directeur qualité
- un ingénieur qualité à temps plein
- une technicienne qualité à temps partiel à 80 %
- 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.
- un médecin coordinateur des risques, qui appuie le travail de l'équipe et suit aussi la préparation aux risques NRBC.

Deux stagiaires en licence qualité ont participé à la vie du service pendant la période universitaire 2016-2017, et se sont investies sur un dossier en particulier.

Une stagiaire a été missionnée sur la mise à jour du compte qualité et l'autre stagiaire sur la mise à jour du document unique.

Une organisation à plusieurs niveaux assure le déploiement de la démarche qualité gestion des risques.

La gouvernance qualité est structurée ainsi :

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 s'est réuni 5 fois en 2017.

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 a fait l'objet de 4 comptes-rendus en 2017.

#### • 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 2017.
- **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 2017. Il a été décidé en fin d'année 2017 sa dissolution et l'intégration de ses missions au comité qualité.

- **Trois cellules opérationnelles :**

**La 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 de façon hebdomadaire en 2017 pour désigner les pilotes des fiches reçues.

**L'équipe d'auditeurs internes**

Cette équipe réalise les audits internes au sein de l'établissement.

Plusieurs auditeurs internes se sont mobilisés pour le projet de mise à jour du document unique et d'autres se sont mobilisés pour le projet Patient traceur bien que la qualité d'auditeur interne ne constituait pas un pré-requis dans les appels à candidature puisque les volontaires recevaient pour chaque projet une formation spécifique.

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

La politique qualité 2016 à 2019 a poursuivi sa mise en œuvre en 2017.

Elle 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 de quatre axes stratégiques.

Les 4 axes stratégiques ont été proposés par le bureau qualité et validé par le comité qualité.

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 dans lequel figure les risques priorisés pour 24 thématiques (obligatoires et non obligatoires) et les actions d'amélioration programmées à n+2.

Le premier compte qualité transmis à la HAS l'a été en septembre 2015.

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'évolution attendue au cours du déploiement de cette politique qualité consiste à accompagner les pilotes dans leur rôle et à les rendre acteurs de la montée en puissance de la maturité de leur processus.

### 4.1.3 – La certification

#### Mise à jour du compte qualité au 30 septembre 2017

En 2017, l'année a été marquée par la mise à jour du compte qualité lequel comporte le **Plan d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins** pour 12 thématiques obligatoires. Cette mise à jour a été adressée à la Haute Autorité de Santé le 30 septembre 2017.

La méthodologie retenue pour cette mise à jour a été la suivante :

- programmer deux réunions de travail entre le service qualité et les pilotes de processus. La première réunion visait à reprendre chaque action d'amélioration et à vérifier sa réalisation dans les échéances fixées et à éventuellement en intégrer de nouvelles. La deuxième réunion avait pour objectif de définir des indicateurs d'évaluation pertinents pour le processus.
- faire valider la mise à jour de chaque processus par le comité qualité

### 4.1.4 – La démarche qualité

Dans le cadre de la démarche qualité, le service qualité a accompagné différents projets au sein de l'établissement : enquêtes, audits, actions visant à améliorer le fonctionnement et l'organisation dans les services.

#### ✚ Les indicateurs

La généralisation des Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de Sécurité des Soins (IPAQSS) se poursuit. Les résultats sont publiés à l'attention des usagers de l'établissement : 2017 a été l'année du recueil des indicateurs cliniques (IDM, AVC, dialyse, HPP et chirurgie de l'obésité).

L'année 2017 a été marquée par un tour de tous les services, effectué par un trinôme service qualité/vice Président CME/direction des soins, pour partager avec le binôme chef de service /cadre de service les résultats des IPAQSS transversaux de 2016 (Indicateurs portant sur la tenue du dossier patient, sur la prévention des escarres et sur la prévention des troubles nutritionnels). Cette rencontre a permis de vérifier la véracité des résultats, d'analyser l'évolution 2014/2016 et de définir des actions propres à chaque service pour améliorer ses scores.

Cette démarche décidée par le bureau qualité avait une vocation pédagogique visant à convaincre les encadrants des services de soins du bien fondé de ces indicateurs.

#### ✚ La démarche qualité au sein des EHPAD

En 2017, le service qualité a accompagné les EHPAD sur un groupe de travail visant à sécuriser le circuit du médicament. Les EHPAD poursuivent la mise à jour du plan d'actions élaboré depuis les évaluations internes et externes.

#### ✚ L'accréditation du laboratoire:

Le service qualité a accompagné le laboratoire dans le cadre de sa démarche d'accréditation à raison d'une journée par semaine et davantage à certaines périodes rapprochées de la visite du COFRAC.

La visite de surveillance des auditeurs COFRAC a eu lieu en novembre 2017.

Suite à cette visite le COFRAC a relevé :

PARTIE TECHNIQUE	
Points forts	9
Points à surveiller	15
Ecart non critiques	9
Ecart critiques	0
PARTIE QUALITE	
Points forts	7
Points à surveiller	12
Ecart non critiques	3
Ecart critiques	0

Suite à la visite, 58 actions d'amélioration ont été intégrées au plan d'action.

Le COFRAC a prononcé en début d'année 2018 le renouvellement de l'accréditation du laboratoire pour 73% de ses examens de biologie.

#### 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 2017.

La gestion des risques a été marquée en 2017 par les éléments suivants :

- La création d'un nouveau document unique d'évaluation des risques professionnels avec une nouvelle méthodologie d'élaboration participative.
- La mise à jour de la procédure générale « Plan blanc » du CHPC et sa mise en conformité avec les nouvelles exigences réglementaires.
- La mobilisation pour la prise en charge de blessés d'attentat par la méthode Damage Control : une conférence a été organisée au CHPC, animée par un médecin militaire effectuant des gardes aux urgences 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 exercices de gestion de crise :
  - Exercice de PEC d'un blessé radio-contaminé
  - Exercice de déclenchement du PSM du CHPC et du SMUR pour participer au montage d'un Poste médical avancé au sein de la Cité de la Mer.

- La mobilisation pour la semaine de la sécurité des patients :

Plusieurs dispositifs ludiques visant à sensibiliser les professionnels aux bonnes pratiques et à prévenir les risques d'erreur ont été déployés au cours de cette semaine :

- ❑ Une chambre des erreurs pour le MCO et le SSR et un poste de soin avec des erreurs, sur la base d'un scénario construit en interne avec des professionnels volontaires.
- ❑ Un bloc opératoires des erreurs et une salle de réveil comportant également des erreurs, sur la base d'un scénario co-construit entre des professionnels du CHPC et du CHU de Caen.
- ❑ Un dossier de soin mal archivé a été présenté aux secrétariats de chaque service pour sensibiliser les secrétaires aux bonnes pratiques de classement et d'archivage.
- ❑ Des blogs quotidiens diffusés sur intranet sur des thématiques en lien avec le risque infectieux.

#### 4.1.6 – Les évaluations des pratiques professionnelles

Certaines évaluations en cours se sont poursuivies en 2017 avec l'organisation de deuxième tour.

D'autres évaluations nouvelles ont été initiées en 2017 et notamment celles ayant recours à l'outil « Patient Traceur ».

Pour ce faire, un appel à candidature a été lancé en début d'année 2017 et 30 professionnels y ont répondu favorablement et ont accepté de suivre une formation à l'outil. Trois groupes ont démarré leur formation « Patient Traceur » en 2017. Le premier groupe a réalisé 3 patients traceurs en fin d'année 2017.

#### 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.

A compter de 2017, eu égard à l'évolution de la procédure relative au traitement des réclamations, la commission des usagers a été réunie mensuellement afin de permettre à ses membres d'être véritablement acteurs dans le traitement. Elle a fait l'objet de 11 comptes-rendus de séance.

Le CHPC a formé en 2017 l'ensemble des médiateurs institutionnels mais également les représentants des usagers amenés à participer aux médiations. L'année 2017 a été marquée par l'obtention d'un label « droits des usagers de la santé » édition 2016-2017 décerné au CHPC pour ce dispositif de formation de ses usagers à la médiation. Ce label a été octroyé par la commission spécialisée des droits des usagers de la CRSA (Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie). L'octroi de ce label a permis l'attribution d'une subvention par l'ARS de 1000 €.

➤ **Les courriers d'insatisfaction :**

En 2017, 51 courriers d'insatisfaction ont été comptabilisés à la direction.

- ❑ 39 courriers ont donné lieu à une réponse écrite basée sur un rapport circonstancié des professionnels concernés par la prise en charge.
- ❑ 12 courriers ont donné lieu à une rencontre de l'utilisateur sous forme de médiation.

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

En 2017, l'établissement a comptabilisé 14 mises en cause de sa responsabilité civile pour dommage corporels.

- ❑ 5 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 sur un droit à indemnisation par l'établissement ou la solidarité nationale.
- ❑ 4 dossiers ont fait l'objet d'une saisine du Tribunal Administratif par les usagers pour requête indemnitaire.
- ❑ 2 dossiers ont fait l'objet d'une saisine du Tribunal de Grande Instance par les usagers pour requête indemnitaire car la prise en charge impliquait d'autres professionnels libéraux ou établissements privés.

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

Elles ont concerné 12 dossiers répartis comme suit :

Nature du dommage	Nombre de dossiers
Perte de dentier ou endommagé	4
Perte ou bris de lunettes	3
Perte appareil auditif	2
Perte de bijoux	2
Autres	1

Elles ont donné droit à indemnisation dans les cas suivants :

Indemnisation pour responsabilité du service	8
Indemnisation sans reconnaissance de responsabilité du service	1
Refus d'indemnisation	3

### ➤ Les questionnaires de sorties

En 2017, 2057 questionnaires de sortie complétés par les patients ont été enregistrés par le service qualité. Cela correspond à une augmentation de 356 questionnaires par rapport à l'année précédente.

La diffusion et la promotion de ces questionnaires au sein des services d'hospitalisation demeurent insuffisantes. Les services ayant les meilleurs taux de retour sont les services de la maternité, RDED et SSR.

En 2017, le CHPC est entré dans le dispositif national de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés en MCO pour un séjour supérieur à 48 h, dénommé « e-satis » lequel interroge des patients tirés au sort en leur adressant un questionnaire de satisfaction par voie dématérialisée. 1344 mails ont ainsi été adressés à des patients tirés au sort et 14.58 % ont répondu au questionnaire. Le score global de satisfaction mesurée s'élève à 68.63, réparti comme suit :

- satisfaction de l'accueil : 68.38
- satisfaction sur la prise en charge : 77.41
- satisfaction sur l'hôtellerie : 64.55
- satisfaction quant à l'organisation de la sortie : 54.64

### ➤ Les témoignages de satisfaction

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

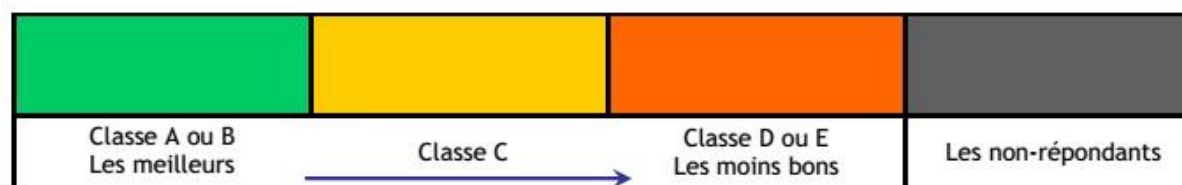
Ces témoignages écrits spontanés se sont élevés à 83 courriers reçus en 2017 émanant des patients et ou de leur famille.

## 4.1.8 – L'hygiène et la prévention des infections nosocomiales

☞ Cf. tableau de bord 2017 : lutte contre les infections liées aux soins – page suivante

## TABLEAU DE BORD 2017 : LUTTE CONTRE LES INFECTIONS LIEES AUX SOINS

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 2016 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
<b>ICALIN.2</b> Données 2016	Cet indicateur évalue l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement, les moyens mobilisés et les actions mises en œuvre	B		78 / 100	→
<b>ICSHA.2v2</b> Données 2016	Cet indicateur est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains	C		54,6 / 100	-
<b>ICATB.2</b> Données 2015	Cet indicateur reflète le niveau d'engagement de l'établissement de santé dans une démarche visant à optimiser l'efficacité des traitements antibiotiques	C		66 / 100	→
<b>ICA-BMR</b> Données 2015	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	B		88 / 100	→
<b>ICA-LISO</b> Données 2016	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	A		87 / 100	→

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](http://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 à l'hôpital

### 4.2.1 – La communication interne

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

57

- Le site Intranet est une source importante d'informations pratiques accessibles à l'ensemble du personnel et toujours actualisées mais encore pas assez connue des professionnels.
- Le journal interne Hop'Cotentin, bimestriel, composé de deux feuilles en A4 comprenant des rubriques fixes est un vecteur important de communication envers les professionnels de l'établissement. Il continue à faire connaître et à valoriser les actualités de l'établissement auprès de l'ensemble des professionnels.
- L'affichage du service Communication, au sein du CHPC, est également un moyen de communiquer envers les usagers notamment pour répondre aux obligations d'informations à leur égard. Cependant ces espaces font régulièrement l'objet d'informations sauvages.

Aux parutions du Hop'Cotentin, s'ajoutent quelques « Hop'Jectif... » centrés sur une thématique particulière en fonction des besoins de l'actualité, telle que les travaux de restructuration en plateaux de soins (« Avenir CHPC ») ou la visite de certification de l'établissement (Hop'Jectif Qualité). Ces parutions sont communiquées en format papier avec les fiches de paye et en format électronique sur le site intranet.

Pour compléter les informations contenues dans le livret d'accueil général, le programme de brochures d'accueil personnalisées spécifiques à chaque service de soin, se poursuit. On y trouve des informations logistiques communes (accès à la télévision/commande des repas visiteurs), mais également des informations relatives à l'organisation du service (modalités pour avoir un rendez-vous avec le médecin ; modalités d'organisation de la sortie).

De plus en plus, les différents responsables ou référents de comités ou groupes de travail institutionnels, sollicitent le service communication pour l'élaboration des brochures d'information et d'affiches, permettant ainsi une meilleure diffusion de leurs travaux auprès des professionnels de l'établissement ou du public.

Le service communication met en place désormais, des journées à thème réservées à ses professionnels comme celle dédiée à la Qualité de vie au travail avec la présence de représentants des différents services offerts à ses employés (amicale, formation continue, espace écoute médiation, cellule d'aide à la mobilité, coordination handicap...). Mais aussi des

journées plus « ludiques » comme la journée du sourire ou celle du compliment, ainsi que le concours de photos par équipes pluridisciplinaires ouverte à tous ses services.

C'est bien là l'enjeu du service de communication de contribuer à diffuser une information réactive, identitaire et le plus souvent marquante, pour qu'elle imprègne le plus grand nombre de ses destinataires qu'ils soient professionnels ou usagers.

#### 4.2.2 – La communication externe

- Le site web du CHPC est aujourd'hui un véritable outil pour relayer les informations et actualités du CHPC et constitue une vitrine attractive pour le recrutement médical. L'année 2017 a été marquée par l'élaboration d'un compteur indiquant l'affluence au service des urgences adultes accessible par les usagers depuis le site web.
  
- Le CHPC est également présent sur les réseaux sociaux : Facebook et Twitter.
  
- Le centre hospitalier continue ses partenariats avec la ville et autres professionnels de santé ou usagers, en s'associant aux multiples manifestations ainsi qu'à toutes les journées thématiques de santé publique, de prévention, de dépistage et de promotion de la santé. Chaque année de nouveaux rendez-vous viennent compléter ceux déjà établis. 2017 a été marquée par la refonte de la convention hôpital police justice qui permet au CHPC de répondre au mieux aux besoins des patients dans le respect de la réglementation et en coordination avec les acteurs que sont la justice et les services de police et gendarmerie.
  
- Le périodique « MédiCo'tentin » s'adresse aux professionnels libéraux ainsi qu'aux institutions sanitaires et médico-sociales.
  
- D'autre part, le CHPC reste très présent dans les médias locaux presse (radio et télévision). L'établissement est également cité sur les ondes de la radio locale, grâce aux interventions de ses praticiens sur des sujets de santé publique (Émission « Les Experts » sur Radio Bleue Cotentin), ou sur des points d'actualité.
  
- Le service communication tout au long de l'année, a continué à promouvoir et à faire connaître deux structures récentes au sein de l'établissement au service des usagers : le centre de soins non programmés de Valognes (CSNP) et le plateau centralisé de consultations ainsi que la mise en place du parking pour faciliter son accès.
  
- Enfin de nombreux concerts ou prestations de chorales ont été accueillis au CHPC sur ses différents sites, ainsi que plusieurs expositions, tout au long de l'année. Les résultats des

examens réalisés sur la momie du Musée Emmanuel LIAIS par le service d'imagerie du CHPC, ont donné lieu à une exposition réalisée en collaboration avec l'ANDRA qui a été présentée sur les sites de Cherbourg et de Valognes. Elle a connu un vif succès. Enfin en partenariat avec la Fondation du Patrimoine et l'ARCA, une souscription a été lancée pour des travaux de rénovation de l'église de l'ancienne abbaye située sur le site de l'hôpital de Valognes.

## 5 – L'activité hospitalière

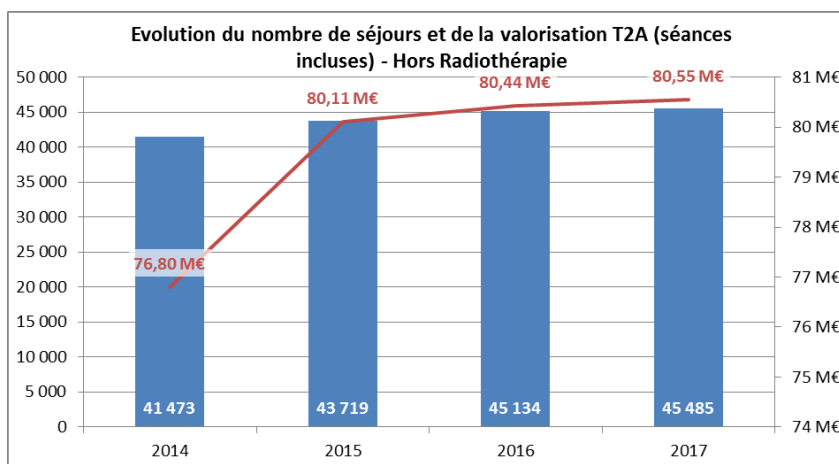
### 5.1 – Situation générale

L'activité réalisée au titre de l'année 2017 affiche une relative stabilité tant en MCO qu'en SSR, seule l'HAD fait apparaître une croissance significative de son activité.

#### 1– MEDECINE – CHIRURGIE – OBSTRETRIQUE

##### a) - Hospitalisation

Au titre de l'année 2017 et par rapport à 2016, nous constatons une augmentation du nombre de séjours à 45 485 RSS (+0,8% / +350 séjours), le nombre de RUM (c'est-à-dire le nombre de passage dans une ou plusieurs unités médicales au sein d'un séjour) quant à lui est en léger recul de -0,5% à 50 573 (-234). Cette augmentation du nombre de séjours se décompose entre les séjours hors séances, qui ont tendance à diminuer depuis 2015, et les séances qui, quant à elle, progressent sans cesse.



La valorisation moyenne par séjour est en baisse à 1 783€ (-0,7% / - 12€) traduisant des prises en charge plus courte (séances notamment).

Les durées de séjours baissent en moyenne de 0,8% à 3,39j tout en conservant un IPDMS à 1,00 (idem à 2016). Le Taux d'occupation reste cependant similaire à 2016 (95%).

Concernant les séjours d'hospitalisation complète et ambulatoire, ils baissent respectivement de -0,4% et -8,5% en volume et de -0,6% et -8,9% en valorisation T2A. La chute des recettes des séjours ambulatoire (-500k€ soit -8,9%) est compensée par l'augmentation des séances, en volume comme en montant (+921 séances et +253k€), et par un PMCT en hospitalisation complète plus élevé que l'an passé (3 179€ par séjour soit +1%).

Détail de l'activité selon les types de séjours :

Année complète	Nb RSS			Nb jours			CA 100% T2A			CA moyen		
	2017	Evol. / 2016		2017	Evol. / 2016		2017	Evol. / 2016		2017	Evol. / 2016	
Hospitalisation complète	22 262	-97	-0,4%	130 841	-552	-0,4%	70 742 766 €	374 425 €	-0,6%	3 179 €	31 €	1,0%
Ambulatoire	5 102	-473	-8,5%	5 102	-473	-8,5%	3 679 100 €	-508 760 €	-8,9%	766 €	-30 €	-3,7%
Sous total Hors séances	27 364	-570	-1,8%	135 943	-1 025	-0,7%	74 421 866 €	-134 335 €	-1,1%	2 750 €	50 €	1,9%
Séances	18 121	921	5,4%	18 121	921	5,4%	6 132 233 €	253 359 €	6,6%	338 €	-3 €	-1,0%
TOTAL court séjour	45 485	351	0,8%	154 064	-104	-0,1%	80 554 099 €	119 024 €	0,1%	1 783 €	-12 €	-0,7%
Valorisation Assurance Maladie (AM) =							74 663 756 €	13 995 €	0%			

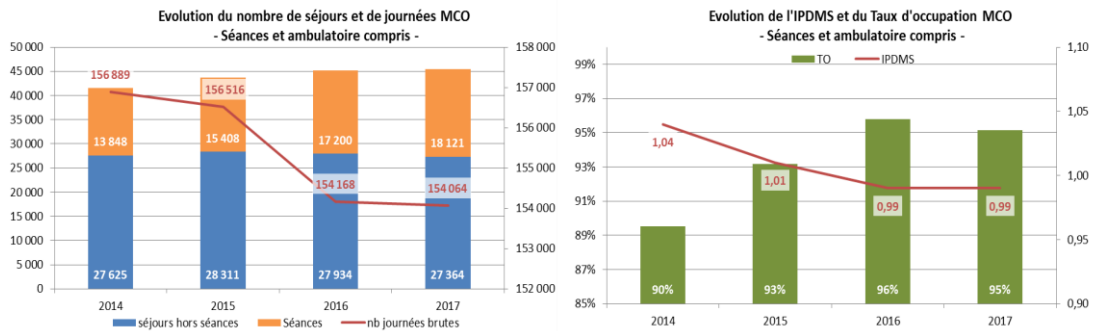
Il faut noter que pour 2017 les sévérités 3 et 4 connaissent une progression significative, respectivement +13% et +10%, au contraire de la sévérité 1 (-10%). Cette modification dans la lourdeur des prises en charge se retrouve dans l'augmentation des PMCT de nombreux services et vient également compenser les effets baisse de tarif et de volume.

L'occupation moyenne des lits, en MCO, est similaire à 2016 et se situe autour de 95%. On observe des variations significatives selon les secteurs (101% en médecine – y compris HdJ - ; 81% en chirurgie – y compris ambulatoire ; 81% au pôle femme-enfant).

Les lits et places disponibles n'ont pratiquement pas varié entre les 2 exercices, seuls 4 lits d'évaluation neuro-gériatrique ont été ouverts en 2017. A noter tout de même qu'entre les 2 années quelques différences apparaissent sur les dates de fermetures estivales de certains services faisant varier, à la marge, le capacitaire disponible.

L'indicateur de performance de la durée moyenne de séjours (IPDMS) est pour la 2<sup>ème</sup> année consécutive 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 de prendre en charge plus de séjours pour un volume de journées d'hospitalisation complète quasi équivalent depuis 2014.

En enlevant les séjours avec des durées très supérieures (extrêmes hauts) ou très inférieures (extrêmes bas) aux durées nationales, l'IPDMS est de 0,93. Le différentiel de journée est de 17 349 soit environ 47 lits (sur les 467 lits MCO de l'établissement) occupés par des séjours « extrêmes ».



**b) - Consultations externes**

Le nombre de venues en consultation externe continue d'augmenter en 2017 (+9 463 passages soit +4%). Cette augmentation est essentiellement portée par la gynécologie (+1 617 venues +9%), le laboratoire de biologie (+ 1 568 venues +11%), le Centre de Soins Non Programmé (CSNP) (+ 1 363 venues + 32% / attention exploitation en année pleine au contraire de 2016 (ouverture mars 2016)).

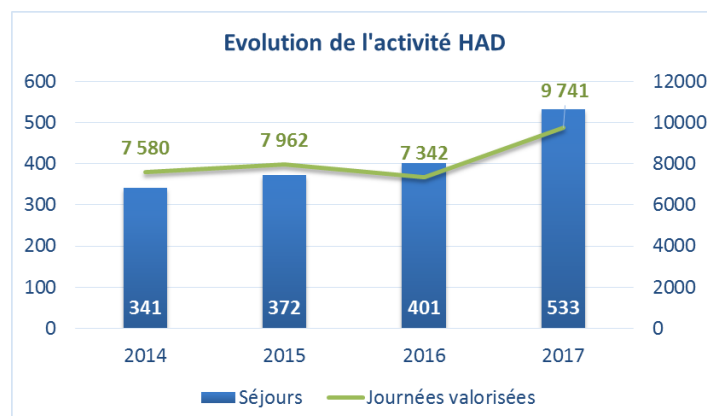
A contrario, la cardiologie perd 1 492 venues en consultation externe (-33%) lié à un départ de praticien.

→ [Annexe 2](#)

La valorisation des actes de consultation externe progresse également (+486k€ soit +5,65%). Outre les volumes d'activité, l'année 2017 bénéficie également de forfaits techniques à taux pleins liés au nouveau scanner, et de la mise en place en mai 2017 des nouvelles lettres clés (G) de consultation remplaçant les C et CS avec un tarif majoré à 25€.

**2 - HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD)**

L'année 2017 constate une forte progression de son activité et de ses recettes afférentes. En effet, avec 533 séjours (+33% +101 séjours) et 9741 journées valorisées (+ 33% +2400j) le bilan de cette année est le meilleur depuis 2012. Les recettes assurance maladie avoisinent les 2M€ soit une progression de +336k€ (+21%). Les principales activités développées au HAD en 2017 sont, la nutrition entérale, 16 séjours (+300%) pour 188k€ (+150k€/2016) et les soins palliatifs, 178 séjours (+20%) pour 1 150k€ (+192k€/2016).



### 3 - SOINS DE SUITE ET READAPTATION (SSR)

L'activité du SSR croît, pour une deuxième année consécutive, de 5% à 973 séjours. L'Unité Cognitivo-Comportementale est celle qui connaît la croissance la plus forte (+24 séjours +22%). Le nombre de journées diminue de -3% à 33 523 journées (soit -1000j) réduisant ainsi l'occupation des lits à 93% sur l'ensemble des secteurs du SSR (94% en 2016).

L'année 2017 marque le démarrage du financement à l'activité pour le SSR avec l'introduction d'une part (10%) de DMA (Dotation Modulée à l'Activité) en complément de l'enveloppe DAF qui diminue d'autant.

## 5.2- Evolution détaillée par pôle

### 5.2.1 - Pôle Femme-enfant - HAD

Sur l'ensemble du pôle le nombre de RUM est en baisse (-645 RSS / -7%) ainsi que la valorisation T2A (-522k€ / -3,0%). En revanche le Poids Moyen du Cas Traité (PMCT) augmente de 4% à 1871€ par RUM.

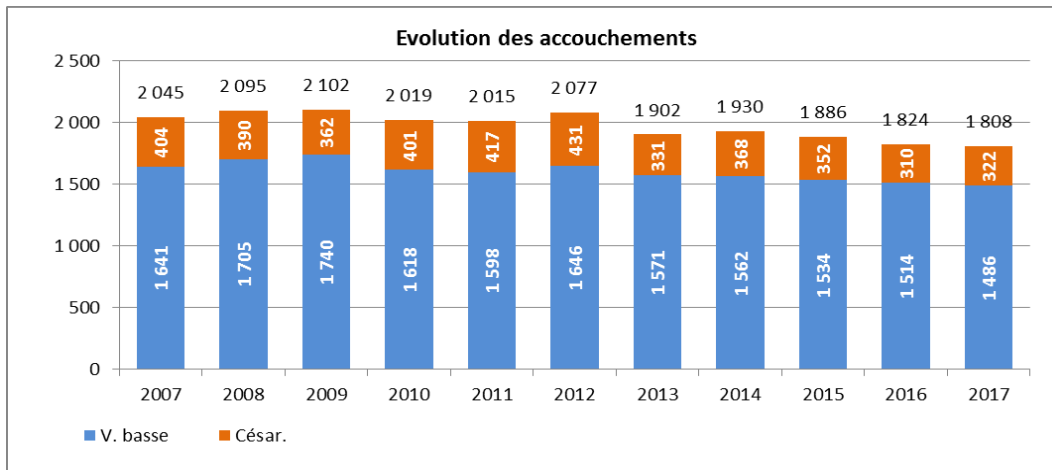
Année 2017 - extraction du 14/02/2018

Séjours - Séances incluses	RUM 2017	Evol en Nb	Evol %	Jours 2017	Evol en Nb	Evol %	IPDMS 2017	Evol %	TZA 2017	Evol TZA	Evol TZA %	PMCT 2017	Evol PMCT	Evol en %
<b>Pôle femme - enfant</b>	<b>8 032</b>	<b>-645</b>	<b>-7%</b>	<b>27 038</b>	<b>-825</b>	<b>-3%</b>	<b>1,04</b>	<b>2,3%</b>	<b>15 024 241 €</b>	<b>-522 529 €</b>	<b>-3%</b>	<b>1 871 €</b>	<b>79</b>	<b>4%</b>
<b>Maternité</b>	<b>5 011</b>	<b>-158</b>	<b>-3%</b>	<b>16 863</b>	<b>-265</b>	<b>-2%</b>	<b>1,04</b>	<b>2,9%</b>	<b>7 932 747 €</b>	<b>-482 €</b>	<b>0%</b>	<b>1 583 €</b>	<b>48</b>	<b>3%</b>
Obstétrique	3 868	-77	-2%	13 417	-75	-1%	1,04	3,8%	6 056 566 €	-4 676 €	0%	1 566 €	29	2%
Orthogénie	165	-24	-13%	139	-90	-39%			85 978 €	-34 592 €	-29%	521 €	-117	-18%
SIG-Gynécologie	978	-57	-6%	3 307	-100	-3%	1,30	3,5%	1 790 203 €	38 786 €	2%	1 830 €	138	8%
<b>Néonatalogie</b>	<b>814</b>	<b>-213</b>	<b>-21%</b>	<b>4 524</b>	<b>-451</b>	<b>-9%</b>	<b>1,10</b>	<b>5,8%</b>	<b>3 314 927 €</b>	<b>-305 538 €</b>	<b>-8%</b>	<b>4 072 €</b>	<b>547</b>	<b>16%</b>
Néo Natologie Réa HC	176	-15	-8%	1 526	89	6%	1,13	7,1%	1 619 150 €	143 532 €	10%	9 200 €	1 474	19%
Néo Natologie SC HC	361	-93	-20%	1 644	-282	-15%	1,18	6,8%	803 734 €	-187 876 €	-19%	2 226 €	42	2%
Néo Natologie SI HC	277	-105	-27%	1 354	-258	-16%	1,15	6,5%	892 043 €	-261 194 €	-23%	3 220 €	201	7%
<b>Pédiatrie</b>	<b>2 207</b>	<b>-274</b>	<b>-11%</b>	<b>5 651</b>	<b>-109</b>	<b>-2%</b>	<b>1,03</b>	<b>-0,5%</b>	<b>3 776 567 €</b>	<b>-216 509 €</b>	<b>-5%</b>	<b>1 711 €</b>	<b>102</b>	<b>6%</b>
Pédiatrie HC	1 379	-91	-6%	4 348	1	0%	1,06	-2,3%	2 421 102 €	-53 484 €	-2%	1 756 €	72	4%
Pédiatrie HDJ	300	-72	-19%	0	0				129 595 €	-33 224 €	-20%	432 €	-6	-1%
Pédiatrie SC	528	-111	-17%	1 303	-110	-8%	1,16	11,6%	1 225 870 €	-129 801 €	-10%	2 322 €	200	9%

#### a) Maternité

Sur la pente descendante depuis plusieurs années, l'activité de gynécologie-obstétrique continue de diminuer -158 RUM (-3%) mais parvient tout de même à conserver le même niveau de recette que 2016 (7,9M€). Les sévérités 2 et 3 sont plus conséquentes en 2017, ainsi certains GHM d'accouchement et de césarienne voient leurs tarifs majorés substantiellement, permettant ainsi de compenser la baisse en volume.

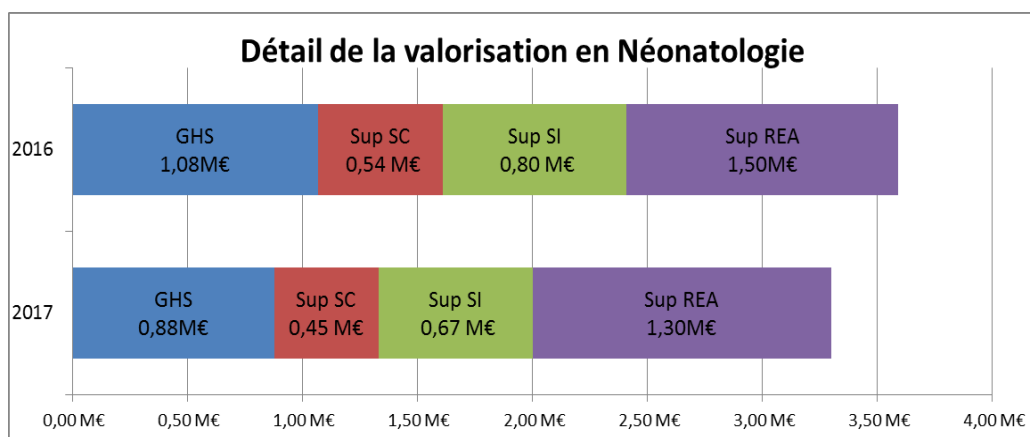
Le nombre d'accouchement ne cesse de décroître depuis plus de 10 ans et reste sous la barre des 2000 accouchements pour la 5<sup>ème</sup> année consécutive. En revanche les parts de marché sur la zone d'attractivité du CHPC restent encore inchangée (>95%), preuve que l'activité obstétricale est très corrélée à la démographie du bassin de population du Cotentin.



Depuis plusieurs années, la recherche de l'efficacité dans les prises en charge a permis de réduire les durées de séjours pour atteindre des DMS proche des standards nationaux. Néanmoins, en 2017, on remarque une inversion de la tendance puisque l'IPDMS globale du service est de 1,04. Nous constatons une forte progression des séjours extrêmes hauts (+44 séjours soit +50%) et ce sont ces séjours atypiques qui pénalisent fortement nos durées de séjours. (IPDMS hors séjour ExH et ExB = 0,97)

#### b) Néonatalogie

L'activité de néonatalogie baisse également de 213 RUM (-21%), l'évolution des accouchements des dernières années impactant nécessairement la fréquentation du service. La valorisation diminue un peu moins fortement (-305k€ soit -8%). Un volume de journées avec supplément REA plus important permet d'atténuer la baisse des autres secteurs.



On observe également très 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) avec 37 séjours en 2017 contre 9 en 2016. l'IPDMS du service s'en trouve ainsi impactée (1,10 en 2017)

## c) Pédiatrie

Très soumise à l'activité des urgences (+80% des entrées via les urgences), la pédiatrie a vu, après une année de stabilisation, son nombre de séjours diminuer entre 2017 et 2016 à 2 207 RUM (-274 RUM soit -11%). La valorisation suit la même tendance (-216k€ soit -5%) et toutes les unités sont impactées (SC : -130k€, HdJ : -33k€, HC : -53k€). En revanche le PMCT s'améliore notamment grâce à un volume plus important de séjours avec des sévérités 4.

Il est à noter également une progression significative des séjours pour « Névroses, psychoses et autres troubles mentaux » (176 séjours en 2017 soit +19%).

## 5.2.2 -Pôle médico-chirurgical

Avec un capacitaire identique entre 2016 et 2017, l'activité globale du pôle diminue légèrement (-2%). La valorisation T2A se maintient malgré tout à la faveur de PMCT plus élevés en 2017.

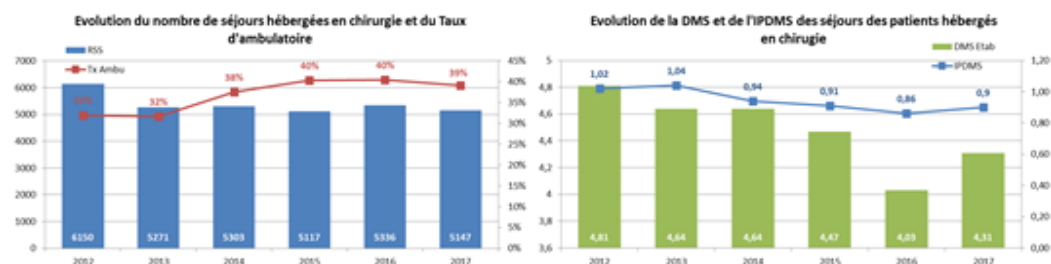
Année 2017 - extraction du 14/02/2018

Séjours - Séances incluses	RUM 2017	Evol en Nb	Evol %	Jours 2017	Evol en Nb	Evol %	IPDMS 2017	Evol %	T2A 2017	Evol T2A	Evol T2A %	PMCT 2017	Evol PMCT	Evol en %
<b>Pôle médico-chirurgical</b>	<b>14 664</b>	<b>-285</b>	<b>-2%</b>	<b>34 787</b>	<b>475</b>	<b>1%</b>	<b>0,99</b>	<b>-1,2%</b>	<b>24 313 956 €</b>	<b>-69 222 €</b>	<b>0%</b>	<b>1 658 €</b>	<b>27</b>	<b>2%</b>
<b>Chirurgie hospi</b>	<b>5 437</b>	<b>-239</b>	<b>-4%</b>	<b>13 786</b>	<b>503</b>	<b>4%</b>	<b>0,90</b>	<b>5,3%</b>	<b>12 222 603 €</b>	<b>-291 940 €</b>	<b>-2%</b>	<b>2 248 €</b>	<b>43</b>	<b>2%</b>
Chirurgie ambulatoire	1 925	-16	-1%	3	2	200%	0,68	-4,7%	1 718 350 €	-135 377 €	-7%	893 €	-62	-7%
Chirurgie HS	739	-117	-14%	1 232	160	15%	0,80	9,7%	1 362 227 €	-117 284 €	-8%	1 843 €	115	7%
Chirurgie HC1	1 440	-38	-3%	6 131	146	2%	0,90	1,8%	4 687 059 €	122 501 €	3%	3 255 €	167	5%
Chirurgie HC2	1 333	-13	-1%	6 420	444	7%	0,96	10,0%	4 454 967 €	13 466 €	0%	3 342 €	42	1%
Ne plus utiliser Chirurgies HC	0	-55	-100%	0	-249	-100%			0 €	-175 246 €	-100%		-3 186	-100%
<b>Hépatogastro</b>	<b>1 901</b>	<b>47</b>	<b>3%</b>	<b>7 618</b>	<b>97</b>	<b>1%</b>	<b>1,02</b>	<b>-0,2%</b>	<b>3 828 618 €</b>	<b>14 555 €</b>	<b>0%</b>	<b>2 014 €</b>	<b>-43</b>	<b>-2%</b>
Hépatogastro HC	1 901	47	3%	7 618	97	1%	1,02	-0,2%	3 828 618 €	14 555 €	0%	2 014 €	-43	-2%
<b>Oncologie</b>	<b>5 860</b>	<b>161</b>	<b>3%</b>	<b>4 078</b>	<b>35</b>	<b>1%</b>	<b>0,98</b>	<b>0,0%</b>	<b>4 124 118 €</b>	<b>65 448 €</b>	<b>2%</b>	<b>704 €</b>	<b>-8</b>	<b>-1%</b>
Oncologie HC	553	41	8%	3 560	47	1%	0,95	0,8%	1 895 384 €	105 515 €	6%	3 427 €	-68	-2%
Oncologie HDJ	4 992	156	3%	0	0		1,22	-12,4%	1 920 187 €	10 939 €	1%	385 €	-10	-3%
Oncologie HS	315	-36	-10%	518	-12	-2%	0,94	-4,9%	308 547 €	-51 006 €	-14%	980 €	-45	-4%
<b>Pneumologie</b>	<b>1 466</b>	<b>-254</b>	<b>-15%</b>	<b>9 305</b>	<b>-160</b>	<b>-2%</b>	<b>1,05</b>	<b>-5,2%</b>	<b>4 138 617 €</b>	<b>142 715 €</b>	<b>4%</b>	<b>2 823 €</b>	<b>500</b>	<b>22%</b>
Pneumologie	1 022	118	13%	8 277	557	7%	1,07	-7,4%	3 599 053 €	499 514 €	16%	3 522 €	93	3%
Pneumologie de semaine	444	-372	-46%	1 028	-717	-41%	1,01	-4,8%	539 564 €	-356 799 €	-40%	1 215 €	117	11%

## a) Chirurgie

Après les restructurations de ces dernières années (réduction capacitaire), la chirurgie a fonctionné avec un capacitaire (56 lits) identique entre 2016 et 2017. Si le Taux d'occupation des lits s'est amélioré (de 82% en 2016 à 85% en 2017 y compris Ambulatoire), le nombre de séjours a, quant à lui, reculé de -3,5% soit 190 séjours de moins. Les durées de séjours se sont allongées (de 4j à 4,3j en moyenne) tout en maintenant un IPDMS performant à 0,90.

La valorisation T2A des séjours de chirurgie baisse de 291k€ (-2%) essentiellement liée à la baisse de fréquentation en chirurgie de semaine (HS) et à la baisse du PMCT de chirurgie Ambulatoire.





En hospitalisation complète, les activités d'orthopédie-traumatologie sont la raison principale du décrochage des recettes du service, avec une activité réduite de 13% (-173 RUM) et une perte financière de 386k€ (-8%)

Libellé	Effectif 2017	Effectif 2016	Ecart	Ecart %	CA T2A (€) 2017	CA T2A (€) 2016	Ecart CA	Ecart CA %	CA moyen (€) 2017	CA moyen (€) 2016	Ecart CA moy	Ecart CA moy %
Digestif	1 346	1 296	50	4%	4 220 243 €	3 902 030 €	318 213 €	8%	3 135,40 €	3 010,83 €	125 €	4%
Orthopédie traumatologie	1 166	1 339	-173	-13%	4 322 495 €	4 708 469 €	-385 974 €	-8%	3 707,11 €	3 516,41 €	191 €	5%
ORL, Stomatologie	346	299	47	16%	538 514 €	438 665 €	99 849 €	23%	1 556,40 €	1 467,11 €	89 €	6%
Tissu cutané et tissu sous-cutané	138	106	32	30%	206 748 €	194 198 €	12 550 €	6%	1 498,18 €	1 832,05 €	-334 €	-18%
Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	107	104	3	3%	234 553 €	270 209 €	-35 656 €	-13%	2 192,08 €	2 598,16 €	-406 €	-16%
Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	54	53	1	2%	54 631 €	51 703 €	2 928 €	6%	1 011,68 €	975,53 €	36 €	4%
Endocrinologie	50	69	-19	-28%	134 775 €	195 750 €	-60 975 €	-31%	2 695,50 €	2 836,96 €	-141 €	-5%

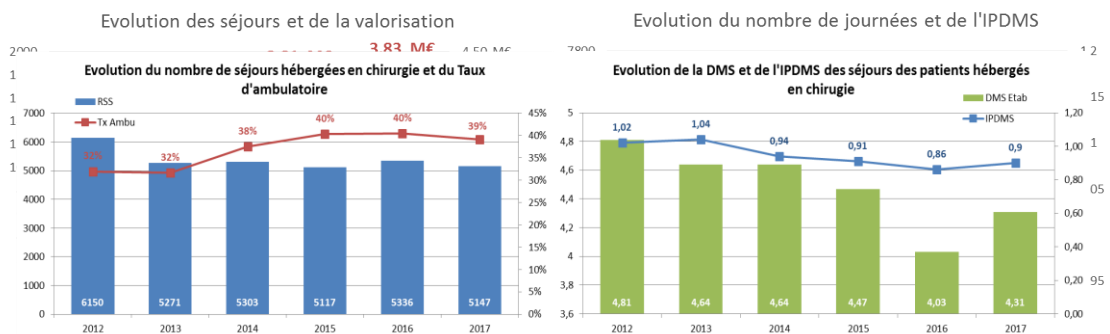
Pour la chirurgie ambulatoire, ce sont quasiment toutes les activités principales qui voit leurs recettes diminuer. Néanmoins, l'ORL – stomatologie constate la plus forte chute avec la moitié moins de séjours en 2017 (143 séjours contre 316 en 2016) et les 2/3 de sa valorisation -176k€.

**b) Hépato-gastro-entérologie**

Libellé	Effectif 2017	Effectif 2016	Ecart	Ecart %	CA T2A (€) 2017	CA T2A (€) 2016	Ecart CA	Ecart CA %	CA moyen (€) 2017	CA moyen (€) 2016	Ecart CA moy	Ecart CA moy %
Digestif	660	623	37	6%	616 282 €	653 141 €	-36 859 €	-6%	933,76 €	1 048,38 €	-114,62 €	-6%
Orthopédie traumatologie	584	609	-25	-4%	720 153 €	762 520 €	-42 367 €	-6%	1 233,14 €	1 252,08 €	-18,94 €	-6%
ORL, Stomatologie	143	316	-173	-55%	83 017 €	259 899 €	-176 882 €	-68%	580,54 €	822,46 €	-241,92 €	-68%
Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	141	153	-12	-8%	126 651 €	139 832 €	-13 181 €	-9%	898,23 €	913,93 €	-15,70 €	-9%
Uro-néphrologie et génital	126	160	-34	-21%	130 822 €	162 002 €	-31 180 €	-19%	1 038,27 €	1 012,51 €	25,76 €	-19%
Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	103	104	-1	-1%	97 967 €	110 816 €	-12 849 €	-12%	951,13 €	1 065,54 €	-114,41 €	-12%
Obstétrique	93	87	6	7%	20 697 €	13 543 €	7 154 €	53%	222,54 €	155,67 €	66,87 €	53%
Gynécologie - sein	78	61	17	28%	95 576 €	75 707 €	19 869 €	26%	1 225,33 €	1 241,10 €	-15,77 €	26%

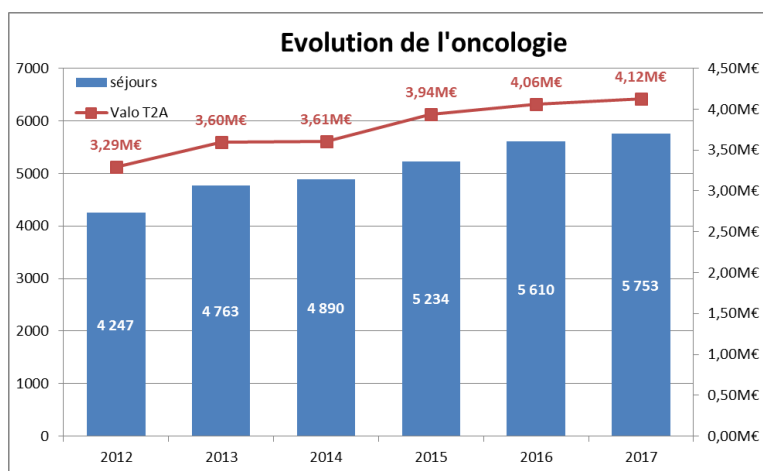
L'hépatogastro dispose de 24 lits dont 4 sont dédiés à l'hospitalisation programmée. Son activité ne cesse de croître depuis 2014, en 2017 elle a accueilli 1 888 séjours soit 3% de plus qu'en 2016 (+30%/2014 soit 440 séjours sup). Cette évolution du nombre de séjour va de pair avec la maîtrise des durées de séjours. En effet, avec une IPDMS proche des standards nationaux (1,02), l'hépatogastro a pu prendre en charge chaque année, avec le même capacitaire, de plus de plus de patient.

Les recettes T2A suivent la progression des séjours mais dans un rythme moins soutenue dû aux baisses tarifaires annuelles.



### c) Oncologie

Sans cesse en développement, l'activité d'oncologie voit son nombre de séjours, en 2017, croître de 3% à 5 753 RSS et sa valorisation de +2% à 4,12M€. Si depuis plus de 6 ans le rythme de progression des séjours en oncologie se situe autour de 7% par an, cette année marque probablement le premier signe d'un effet plafond dans les capacités d'accueil de l'oncologie.



### d) Pneumologie

La variation saisonnière du capacitaire a été reconduite en 2017, la capacité du service passant alors de 25 lits à 35 lits disponible 7j/7.

Entre 2016 et 2017 le nombre de lits disponible n'aura que très peu varié au global, soit en moyenne 30 lits ouverts contre 28 en 2016. Cela étant, le nombre de séjours a reculé en 2017, - 181 séjours soit -12%, les durées de séjours ont été maîtrisées puisque l'IPDMS est de 1,04 en 2017 (contre 1.11 en 2016). L'occupation des lits a ainsi été inférieure (env 76%) à celle constatée en 2016 (89%).

Malgré la baisse de fréquentation, la valorisation du service progresse de 142k€ (+4%) à la faveur de sévérités 3 et 4 plus importante en 2017 (respectivement +10% et +31%) ce qui explique également l'allongement des durées de séjours (7,0j en 2017 et 6,7j en 2016).

### 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.

Année 2017 - extraction du 14/02/2018

Séjours - Séances incluses	RUM 2017	Evol en Nb	Evol %	Jours 2017	Evol en Nb	Evol %	IPDMS 2017	Evol %	TZA 2017	Evol TZA	Evol TZA %	PMCT 2017	Evol PMCT	Evol en %
<b>Pôle Services de médecine intensive</b>	<b>21 509</b>	<b>379</b>	<b>2%</b>	<b>29 878</b>	<b>-447</b>	<b>-1%</b>	<b>0,97</b>	<b>-1,5%</b>	<b>24 833 960 €</b>	<b>-1 012 €</b>	<b>0%</b>	<b>1 155 €</b>	<b>-21</b>	<b>-2%</b>
<b>Cardiologie</b>	<b>2 606</b>	<b>24</b>	<b>1%</b>	<b>9 007</b>	<b>-409</b>	<b>-4%</b>	<b>0,86</b>	<b>-5,3%</b>	<b>6 914 949 €</b>	<b>118 629 €</b>	<b>2%</b>	<b>2 653 €</b>	<b>21</b>	<b>1%</b>
Cardiologie HC	1 167	159	16%	4 378	-65	-1%	0,91	-7,5%	2 287 773 €	269 402 €	13%	1 960 €	-42	-2%
Cardiologie HS	0	-4	-100%	0	-4	-100%			0 €	-2 293 €	-100%		-573	-100%
Cardiologie SC	215	-103	-32%	744	-340	-31%	0,86	-4,7%	718 172 €	-235 113 €	-25%	3 340 €	343	11%
Cardiologie SI	1 224	-28	-2%	3 885	0	0%	0,82	-13,1%	3 909 004 €	86 633 €	2%	3 194 €	141	5%
<b>Dialyse</b>	<b>10 952</b>	<b>271</b>	<b>3%</b>	<b>0</b>	<b>0</b>				<b>3 355 286 €</b>	<b>37 140 €</b>	<b>1%</b>	<b>306 €</b>	<b>-4</b>	<b>-1%</b>
Hémodialyse HDJ	6 539	-159	-2%	0	0				2 228 029 €	-72 699 €	-3%	341 €	-3	-1%
UDM	4 413	430	11%	0	0				1 127 257 €	109 839 €	11%	255 €	0	0%
<b>Néphrologie</b>	<b>905</b>	<b>-31</b>	<b>-3%</b>	<b>3 514</b>	<b>143</b>	<b>4%</b>	<b>0,90</b>	<b>2,3%</b>	<b>2 147 386 €</b>	<b>36 136 €</b>	<b>2%</b>	<b>2 373 €</b>	<b>117</b>	<b>5%</b>
Néphrologie	905	-31	-3%	3 514	143	4%	0,90	2,3%	2 147 386 €	36 136 €	2%	2 373 €	117	5%
<b>Neurologie</b>	<b>1 943</b>	<b>93</b>	<b>5%</b>	<b>10 155</b>	<b>-91</b>	<b>-1%</b>	<b>1,16</b>	<b>1,1%</b>	<b>6 623 476 €</b>	<b>28 851 €</b>	<b>1%</b>	<b>2 894 €</b>	<b>-130</b>	<b>-4%</b>
Neurologie HC	580	42	8%	3 668	346	10%	1,18	3,4%	1 446 718 €	119 447 €	9%	2 494 €	27	1%
Neurologie HS	0	-1	-100%	0	-2	-100%			0 €	-202 €	-100%		-202	-100%
Neurologie SC	526	-166	-24%	4 629	-376	-8%	1,23	2,9%	2 418 238 €	-271 854 €	-10%	4 597 €	710	18%
Neurologie SI	611	-8	-1%	1 858	-59	-3%	1,12	-7,0%	1 640 560 €	63 500 €	4%	2 685 €	137	5%
Eval Neuro Geriatrique	226	226		0	0				117 960 €	117 960 €		522 €	522	
<b>Réanimation</b>	<b>574</b>	<b>-4</b>	<b>-1%</b>	<b>3 068</b>	<b>-283</b>	<b>-8%</b>	<b>1,09</b>	<b>-5,0%</b>	<b>3 886 721 €</b>	<b>-210 642 €</b>	<b>-5%</b>	<b>6 771 €</b>	<b>-318</b>	<b>-4%</b>
Réanimation polyvalente	574	-4	-1%	3 068	-283	-8%	1,09	-5,0%	3 886 721 €	-210 642 €	-5%	6 771 €	-318	-4%
<b>Urgences</b>	<b>4 529</b>	<b>26</b>	<b>1%</b>	<b>4 134</b>	<b>193</b>	<b>5%</b>	<b>1,02</b>	<b>2,3%</b>	<b>2 906 142 €</b>	<b>-11 126 €</b>	<b>0%</b>	<b>642 €</b>	<b>-6</b>	<b>-1%</b>
Lits Portes	4 084	11	0%	3 420	173	5%	1,06	1,9%	2 288 321 €	-28 470 €	-1%	560 €	-9	-1%
Médecine U	445	15	3%	714	20	3%	0,57	1,7%	617 821 €	17 344 €	3%	1 388 €	-8	-1%

Pour 2017, le nombre de séance a diminué de -6,5% (9026 séances en 2017 et 9651 séances en 2016) et la valorisation 100% TZA de ces séances de -7,1% soit -117k€ à 1,54M€.

### 5.2.3 - Pôle Services de médecine intensive

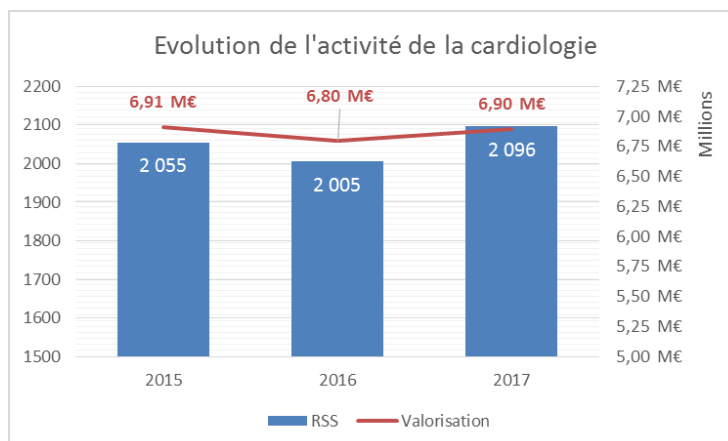
Au global, l'activité du pôle progresse de 2% (+379 RUM) et les recettes TZA restent stables à 24,8M€. Seuls les services de néphrologie et de réanimation voient leur fréquentation baisser en 2017, cependant seule la réanimation connaît une chute de sa valorisation (-210k€ / -5%).

#### a) Cardiologie

Avec un capacitaire stabilisé depuis 2016 (env 31 lits), l'activité repart à la hausse en 2017. On constate une progression de 24 séjours sur la période (+1%), la durée de séjour continue de diminuer en 2017 à 3,8j (4,04j en 2016) avec un IPDMS à 0,86 (0,90 en 2016). Le nombre de séjours extrême bas (pour lesquels une minoration s'applique sur les tarifs) est en fort recul, après avoir progressé très sensiblement en 2016.

L'occupation des lits est moindre en 2017, 78% contre 80% en 2016, laissant ainsi, en moyenne, 6 lits inoccupés sur l'année.

La valorisation des séjours augmente également mais de façon plus modérée, +118k€ (+1,7%) et retrouve le niveau atteint en 2015.



## b) Dialyse & Néphrologie

Si le nombre de séance de dialyse continue de progresser (+2,5% soit 270 séances supplémentaires), le nombre de séjour en néphrologie, quant à lui, baisse en 2017 (-3,5% soit 33 séjours en moins).

La valorisation des séances progresse également et suit la tendance des volumes réalisés. Concernant la néphrologie, malgré la baisse de fréquentation, la valorisation des séjours croît de 1,7% soit +36k€. Sur les principaux domaines d'activité réalisés en néphrologie, on constate une progression des sévérités 4, notamment pour les infections des reins et des voies urinaires ainsi que pour les prostatites aiguës et orchites.

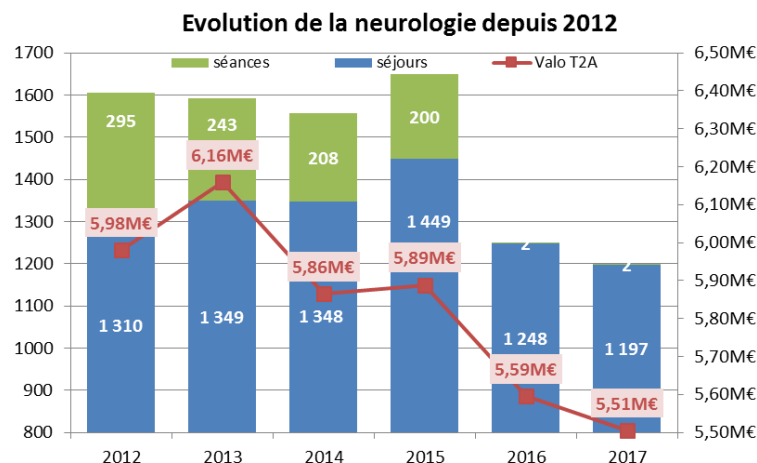
## c) Neurologie

Pour la 2<sup>ème</sup> année consécutive la neurologie, hors évaluation neuro-gériatrique, voit son nombre de séjours diminuer (-51 séjours soit -4%). La capacitaire, diminué début 2016, est identique depuis 2 ans. Cette baisse de fréquentation, malgré l'augmentation des durées de séjours (IPDMS à 1.14 vs 1.15 en 2016), se traduit par une occupation des lits moindre en 2017 (86% vs 92% en 2016).

L'année 2017 a vu la création de l'unité d'évaluation neuro-gériatrique dont le but premier est de rassembler sur un même lieu géographique l'« unité mémoire » et l'hôpital de jour gériatrique afin de créer une dynamique permettant un travail collaboratif et mieux valorisé. Cette unité de 4 lits, ouverte 5j/7, a démarré son exercice en janvier 2017, elle a accueilli 226 patients, en ambulatoire, pour une recette totale de 118k€.

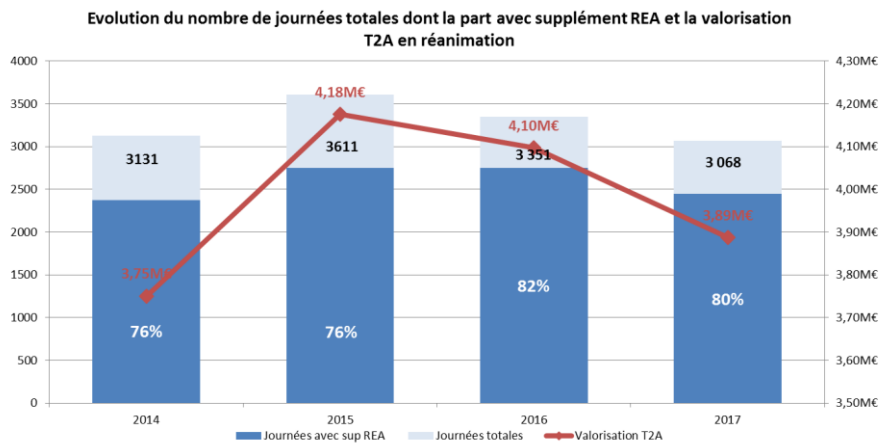
La valorisation T2A, hors évaluation neuro-gériatrique, baisse moins rapidement que les séjours, grâce notamment à un PMCT en forte croissance (+200€ soit +6% à 3 206€ par RUM), lié, entre autres, à une plus grande proportion de séjours de sévérités 3 et 4 (+16% pour chaque). En revanche, la forte chute de la valorisation de la surveillance continue (-271k€) endigue toute possibilité d'en dégager un bénéfice.

Si la tendance est clairement à la baisse depuis 2012 il est à noter que depuis 2016, les 200 séances annuelles de chimiothérapie réalisées sont désormais traitées au sein de l'unité de jour du pôle. Ainsi, sans ses séances, la chute de la fréquentation de la neurologie est moins importante mais reste tout de même préoccupante.



## d) Réanimation

Après la relative stabilité observée en 2016, la réanimation a connu, en 2017, une année plus creuse. Son nombre de séjour reste équivalent sur la période, 562 séjours hébergés soit seulement 2 séjours de moins qu'en 2016, mais la durée de chacun de ces séjours est réduite à 5,5j (contre 6,2j soit -10%). Ainsi ce sont environ 280 journées qui n'ont pu être valorisées, réduisant de facto les potentielles facturations de supplément REA. Avec 80% de journées, contre 82% en 2016, ayant bénéficié de supplément REA les recettes du service chute de 210k€ (-5%) en 2017.



### 5.2.4 - Pôle Spécialités médicales et SSR Gériatrique

Le capacitaire du pôle M n'a pas varié entre 2016 et 2017. A noter tout de même la fermeture de 12 lits (sur les 50) de la médecine polyvalente de la mi-juin jusqu'à mi-septembre, soit un mois de fermeture supplémentaire par rapport à 2016.

Sur l'ensemble du pôle le nombre de RUM augmente sensiblement (+5% / +317 RUM) et la valorisation de 5% (+711k€). Les séjours d'hospitalisation complète restent au même niveau que 2016, en revanche leur valorisation progresse de +354k€ à la faveur de sévérités 3 et 4 plus nombreuses (respectivement +13% et +10%). Les séjours ambulatoires (hors séances) baissent quant à eux de près de 20% (-124) en volume et 23% en valorisation (-71k€). Il s'agit essentiellement de séjours de type Psychiatrie (-71% en 2017 soit 120 séjours de moins) pris en charge désormais par l'unité d'Evaluation Neuro-gériatrique. En revanche, les séances progressent significativement en 2017, que ce soit les chimiothérapies (+30%) ou les transfusions (+189%).

Séjours - Séances incluses	RUM 2017	Evol en Nb	Evol %	Jours 2017	Evol en Nb	Evol %	IPDMS 2017	Evol %	T2A 2017	Evol T2A	Evol T2A %	PMCT 2017	Evol PMCT	Evol en %
<b>Pôle Spécialités médicales et SSR gériatrique</b>	<b>6 368</b>	<b>317</b>	<b>5%</b>	<b>39 138</b>	<b>245</b>	<b>1%</b>	<b>1,13</b>	<b>0,0%</b>	<b>16 381 944 €</b>	<b>711 786 €</b>	<b>5%</b>	<b>2 573 €</b>	<b>-17</b>	<b>-1%</b>
<b>Médecine Gériatrique</b>	<b>862</b>	<b>-30</b>	<b>-3%</b>	<b>11 031</b>	<b>385</b>	<b>4%</b>	<b>1,21</b>	<b>2,2%</b>	<b>3 907 513 €</b>	<b>68 409 €</b>	<b>2%</b>	<b>4 533 €</b>	<b>229</b>	<b>5%</b>
Médecine gériatrique HC	862	-30	-3%	11 031	385	4%	1,21	2,2%	3 907 513 €	68 409 €	2%	4 533 €	229	5%
<b>Médecine polyvalente hospici</b>	<b>2 154</b>	<b>7</b>	<b>0%</b>	<b>21 173</b>	<b>-502</b>	<b>-2%</b>	<b>1,11</b>	<b>-1,8%</b>	<b>8 482 613 €</b>	<b>79 541 €</b>	<b>1%</b>	<b>3 938 €</b>	<b>24</b>	<b>1%</b>
Médecine polyvalente Valognes	1 680	114	7%	16 487	-515	-3%	1,06	-5,4%	6 573 255 €	167 070 €	3%	3 913 €	-178	-4%
MEDECINE INTERNE MALADIES INFECTIEUSES	474	-107	-18%	4 686	13	0%	1,27	10,1%	1 909 358 €	-87 529 €	-4%	4 028 €	591	17%
<b>Pôle M HJ</b>	<b>2 295</b>	<b>426</b>	<b>23%</b>	<b>71</b>	<b>71</b>				<b>910 978 €</b>	<b>184 370 €</b>	<b>25%</b>	<b>397 €</b>	<b>8</b>	<b>2%</b>
Pôle M HJ	2 295	426	23%	71	71				910 978 €	184 370 €	25%	397 €	8	2%
<b>Rhumato-dermato...</b>	<b>826</b>	<b>-90</b>	<b>-10%</b>	<b>5 331</b>	<b>212</b>	<b>4%</b>	<b>1,12</b>	<b>4,7%</b>	<b>2 318 976 €</b>	<b>94 806 €</b>	<b>4%</b>	<b>2 807 €</b>	<b>379</b>	<b>16%</b>
Pôle M HS	399	-56	-12%	1 599	393	33%	0,97	1,6%	844 592 €	158 518 €	23%	2 117 €	609	40%
Rhumato-dermato...	427	-34	-7%	3 732	-181	-5%	1,23	3,5%	1 474 384 €	-63 712 €	-4%	3 453 €	116	3%
<b>USMP</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>11%</b>	<b>12</b>	<b>-2</b>	<b>-14%</b>	<b>1,12</b>	<b>76,0%</b>	<b>8 849 €</b>	<b>439 €</b>	<b>5%</b>	<b>885 €</b>	<b>-50</b>	<b>-5%</b>
Chambre securisée	10	1	11%	12	-2	-14%	1,12	76,0%	8 849 €	439 €	5%	885 €	-50	-5%
<b>SSR</b>	<b>135</b>	<b>32</b>	<b>31%</b>	<b>791</b>	<b>209</b>	<b>36%</b>	<b>0,88</b>	<b>6,2%</b>	<b>394 632 €</b>	<b>91 284 €</b>	<b>30%</b>	<b>2 923 €</b>	<b>-22</b>	<b>-1%</b>
Médecine Alzheimer	122	19	18%	677	95	16%	0,86	3,8%	337 444 €	34 096 €	11%	2 766 €	-179	-6%
Médecine Gériatrique SSR	13	13		114	114		0,99		57 188 €	57 188 €		4 399 €	4 399	
<b>unité transitoire d'hospitalisation</b>	<b>86</b>	<b>-29</b>	<b>-25%</b>	<b>729</b>	<b>-128</b>	<b>-15%</b>	<b>0,87</b>	<b>-51,0%</b>	<b>358 383 €</b>	<b>192 937 €</b>	<b>117%</b>	<b>4 167 €</b>	<b>2 729</b>	<b>190%</b>
UTH	86	-29	-25%	729	-128	-15%	0,87	-51,0%	358 383 €	192 937 €	117%	4 167 €	2 729	190%

### a) Médecine Alzheimer & Médecine Gériatrique SSR

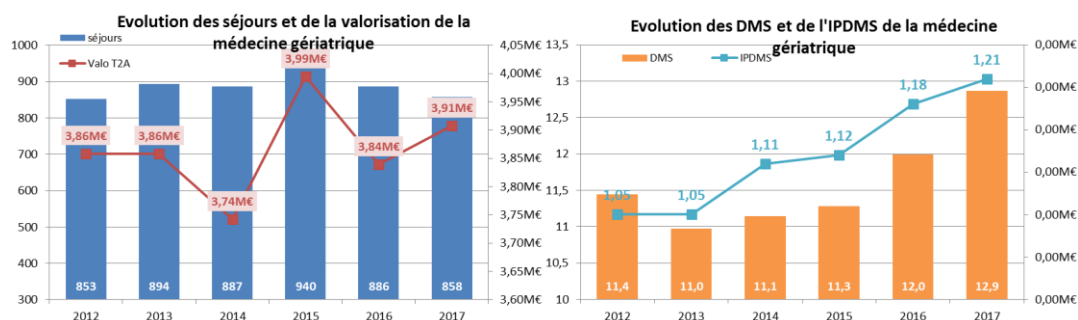
Ouverte courant 2013 et d'une capacité de 2 lits, l'unité de médecine Alzheimer continue sa montée en charge en 2017. Le nombre de séjours (122) a progressé de +18% et la valorisation de 11% (+34k€). Avec une occupation moyenne des lits à 95% et une IPDMS à 0,86 la prise en charge des patients est efficace.

S'agissant de la médecine gériatrique SSR, ce service a vu le jour début Août 2017 et permet de valoriser, via un séjour MCO, les cas de décompensations aiguës historiquement traités au sein du SSR (sans mutation et sans valorisation supplémentaire en DAF SSR). Au titre des 5 mois d'exploitation on dénombre 13 séjours pour valorisation de 57k€ soit environ 4 400€ par séjour.

### b) Médecine gériatrique

Depuis 2012, et hormis 2015, l'activité de la médecine gériatrique ne varie que très peu. Elle oscille entre 850 et 900 séjours par an et 2017 ne fait pas exception. Néanmoins 2017 marque la 2<sup>ème</sup> année de baisse de fréquentation avec 858 séjours, soit 28 séjours en moins (-3%) par rapport à 2016. Toutefois la valorisation progresse de 68k€, soit +1,7% grâce notamment à un PMCT en hausse (+230€ par séjours +5%) lié à des sévérités 3 et 4 plus nombreuses en 2017 (respectivement +11 et +15%) et à l'absence des courts séjours pour psychiatrie désormais pris, pour partie, en charge dans l'unité d'évaluation neuro gériatrique.

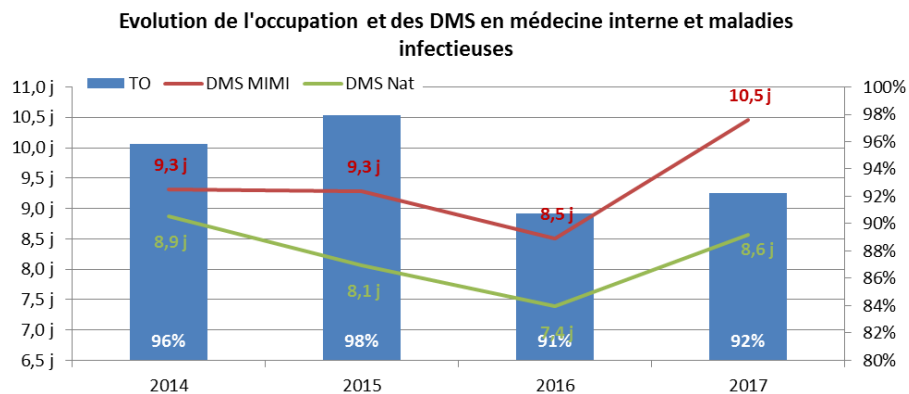
La combinaison de ces 2 facteurs fait ainsi progresser le CA moyen par jour.



A signaler également, la dégradation constante de l'IPDMS de 1,05 en 2012 et 2013 à 1,21 en 2017, cela représente environ 1460 journées utilisées inopportunément soit 4 lits à l'année. La maîtrise des durées de séjours permettrait à la médecine gériatrique d'accroître son volume d'activité et ses recettes.

### c) Médecine interne et maladies infectieuses

Malgré un capacitaire désormais stabilisé (-4 lits en 2015, puis -2 lits en 2016) l'activité baisse de 18%, soit -104 séjours. L'occupation des lits reste optimale (sup à 90%) cependant, en 2017, les 462 séjours ont une IPDMS dégradée à 1,22 (contre 1.15 en 2016) soit 845 journées de plus que la moyenne nationale (ou 2 équivalents lits occupés). La durée de séjours augmente de 2j par rapport à 2016.



La valorisation des séjours baisse de façon moins significative, -887k€ soit -4%. Le PMCT du service passant de 3 436€ à 4 028€ (+600€ soit +17%) permet d'amortir la baisse du volume de séjour.

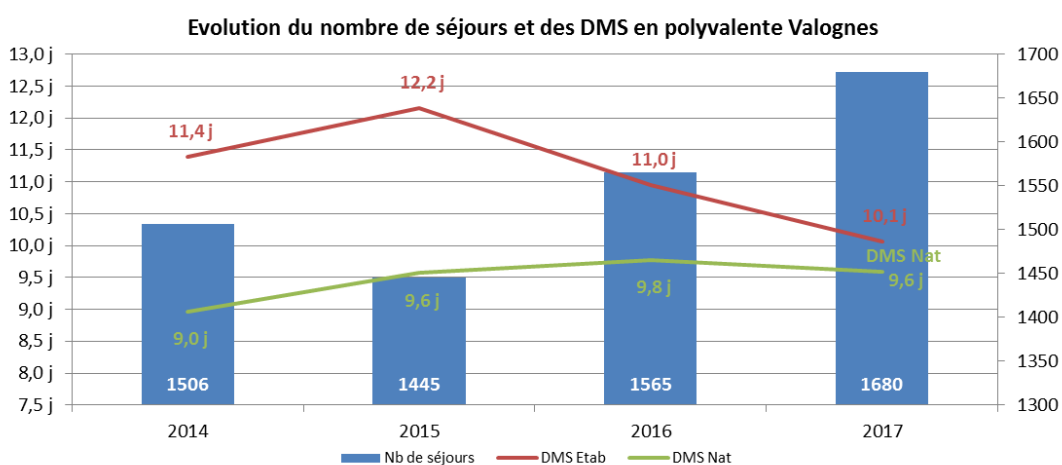
L'augmentation des durées de séjour associé à l'augmentation du PMCT sont le signe d'une évolution dans le case mix du service. En effet, les prises en charge pour les pathologies de type pneumologie (-25% à 3 676€ par séjour), tissu cutané ou sous-cutané (-45% à 4 272€ par séjour) et digestif (-36% à 3 045€ par séjour) baissent toutes et ont un PMCT qui se situe autour de 3500€. A contrario, les séjours de type orthopédie-traumatologie (+153% à 8 900€ par séjour), Rhumatologie (+26% à 3 964€) progressent significativement et ont toutes deux des PMCT plus élevés.

Groupes homogènes de malades (Afficher comparaison n-1)														+ Vis				
Class. 2017	Class. 2016	ATI+IDA-v2	Libellé	Effectif 2017	Effectif 2016		Jours PMSI 2017	Jours PMSI 2016		DMS PMSI 2017	DMS PMSI 2016		CA T2A (€) 2017	CA T2A (€) 2016	% cumulé CA T2A 2017	CA moyen (€) 2017	CA moyen 2016	
2016,2017	116,2016	D09	Pneumologie	81	109	-25,69%	793	882	-11,10%	9,79	8,18	+19,68%	297 834	360 778	-17,45%	15,60	3 676,97	3 309,89
2016,2017	116,2016	D02	Orthopédie traumatologie	33	13	+153,85%	790	216	+265,74%	23,94	16,62	+44,04%	296 935	95 547	+210,77%	31,15	8 998,02	7 349,80
2016,2017	116,2016	D04	Rhumatologie	63	50	+26%	594	532	+11,65%	9,43	10,64	-11,37%	249 736	200 981	+24,26%	44,23	3 964,06	4 019,62
2016,2017	116,2016	D20	Tissu cutané et tissu sous-cutané	47	86	-45,35%	599	618	-3,07%	12,74	7,19	+77,19%	200 826	280 105	-28,30%	54,75	4 272,89	3 257,03
2016,2017	116,2016	D15	Uro-néphrologie et génital	42	36	+16,67%	452	319	+41,69%	10,76	8,86	+21,44%	145 247	112 369	+29,26%	62,35	3 458,26	3 121,36
2016,2017	116,2016	D18	Maladies infectieuses (dont VIH)	43	45	-4,44%	256	377	-32,10%	5,95	8,38	-29%	138 127	161 887	-14,68%	69,59	3 212,25	3 597,50
2016,2017	116,2016	D01	Digestif	43	68	-36,76%	263	353	-25,50%	6,12	5,19	+17,92%	130 946	168 123	-22,11%	76,45	3 045,26	2 472,40

#### d) Médecine polyvalente Valognes

Pour la 2<sup>ème</sup> année consécutive, face à des contraintes de ressources humaines, la médecine polyvalente a neutralisé 12 de ces 50 lits de la mi-juin à la mi-septembre. Cette fermeture est d'un mois plus longue que celle de 2016, ainsi, sur l'année ce sont 47 lits qui ont été disponible contre 48 en 2016.

Cela n'a pas empêché la médecine polyvalente d'accueillir 115 séjours de plus (+7,3%) qu'en 2016 grâce notamment à l'amélioration continue des durées de séjours (IPDMS 2017 = 1,05 vs 1,12 en 2016). La valorisation s'en trouve également améliorée, + 167k€ soit +2,6%.



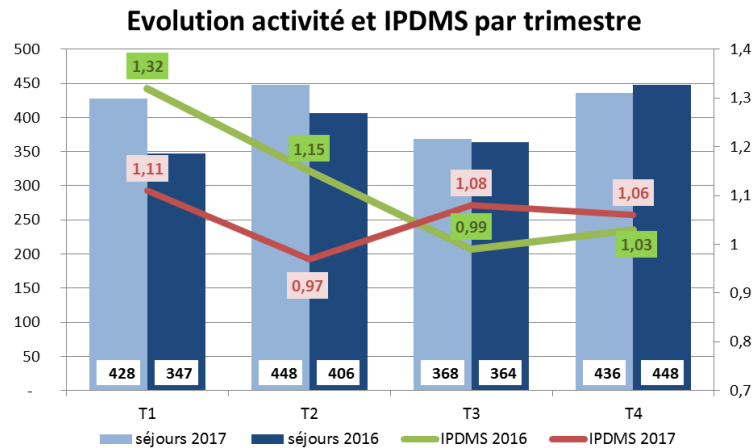
Néanmoins, si en 2016, la progression de l'activité et des recettes de la médecine polyvalente était clairement liée à la période de neutralisation des lits, avec l'effort porté sur les durées de séjours, il en est tout autre pour 2017. En effet, la majorité des gains de l'année 2017 est imputable au 1<sup>er</sup> trimestre.

En 2017 les durées de séjours sont plus courtes de 2 jours (10,8j contre 12,9 jours en 2016) avec un IPDMS à 1,11 contre 1,32 sur les 3 premiers mois, l'activité a bondit de 23% (+81 séjours) et les recettes de 22% (+307k€). Sur le 2<sup>nd</sup> trimestre, une fois encore les efforts portés sur la maîtrise de l'IPDMS portent leur fruit (0,97 en 2017 contre 1,15 en 2016) et l'activité progresse encore de 10% (+42 séjours) de même que les recettes (+2% soit +40k€). A noter que la réduction capacitaire commence le 19 juin en 2017 et un mois plus tard en 2016.

Sur le 3<sup>ème</sup> trimestre, le capacitaire est différent sur les 15 premiers jours de Juillet (fermeture à compter de la mi-juillet en 2016 et déjà fermé depuis 1 mois en 2017), malgré tout le nombre de séjour ne varie que très peu, 368 séjours soit 4 de plus qu'en 2016 mais la valorisation chute de 100k€ (-6,7%). Les durées de séjours sont identiques à 9,8j en moyenne, en revanche l'IPDMS 2017 est de 1,08 contre 0,99 en 2016 soit une surconsommation de 260 journées. Avec un IPDMS à 1,00 ce sont près de 28 séjours supplémentaires qui auraient pu être accueilli et compenser ainsi totalement les 100k€ de recette constatée en moins sur le trimestre.



Le dernier trimestre voit également son IPDMS augmenter (1,06 en 2017 contre 1,03 en 2016) mais contrairement au trimestre précédent il n'y a pas de variation dans son case mix (même pathologies, même lourdeur). Ainsi, les 12 séjours de moins en 2017 (-2,7%) impactent directement la valorisation à hauteur de -77k€ (-4,3%).



Il est ainsi probable, qu'à capacité constante (c'est-à-dire en conservant les fermetures estivales) les gains observés depuis 2 ans se stabilisent, les marges de manœuvre pour améliorer la performance s'amenuisant d'année en année.

#### e) UTH – Unité Temporaire d'Hospitalisation

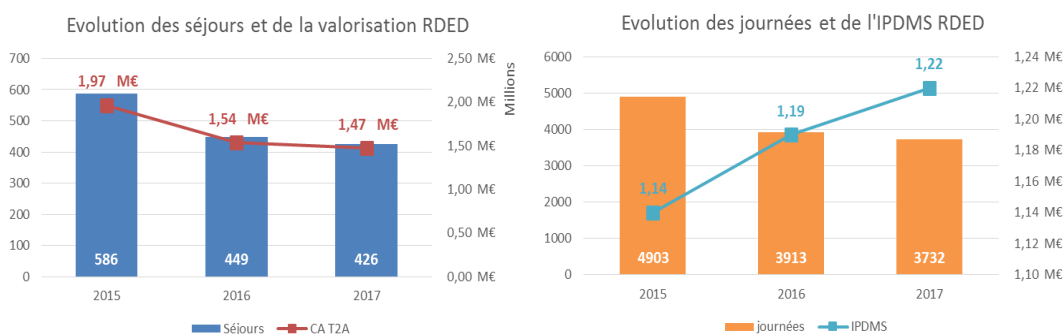
L'année 2017, marque également l'ouverture de l'UTH, du 18 janvier au 26 mars, sur le site de Valognes avec une équipe médicale et paramédicale dédiée.

Au total **86** patients ont séjourné en UTH, Le TO est de 79%, soit 9,5 lits occupés sur 12 installés. Les recettes générées par ces séjours sont de 358k€ soit environ 4100€ unitairement. L'évolution importante du PMCT entre 2017 et 2016 est liée à la situation géographique du service. En effet, en 2016, les 12 lits ont été installés sur le site de Cherbourg, la valorisation des séjours terminés en UTH est proratisée selon la durée de séjour dans chaque UM. En localisant ce service à Valognes, les patients « mutés » depuis Cherbourg vers l'UTH bénéficient d'un nouveau numéro de séjour (effet changement de FINESS géographique) et d'une valorisation propre pour chacun de leur séjour. Ainsi, en 2017, 93% des séjours sont mono-unité contre seulement 6% en 2016.

En moyenne, il y a eu **1,7** entrées par jour, la durée moyenne de séjours est de **8,1j** et l'IPDMS s'est améliorée au fil des semaines pour atteindre **0,87** sur la période d'ouverture.

## f) Rhumatologie – Dermatologie – Endocrinologie - Diabétologie (RDED)

L'année 2017 accuse une nouvelle baisse de son activité avec 23 séjours de moins (-5%) et 108k€ de recette en moins (-4%). L'occupation du service reste malgré tout très bonne, en revanche les IPDMS s'écartent de plus en plus de des normes nationales (1,19 en 2016 et 1,22 en 2017). Sur l'année 2017, 673 journées ont été surconsommées soit potentiellement 90 séjours et près de 300k€ qui échappent au service.



### 5.2.5 - Pôle M - Hôpitaux de jour et de semaine

#### - Hôpital de jour

L'activité de médecine ambulatoire progresse significativement en 2017 (+426 séjours / +23%), portée essentiellement par la récupération des séances de chimiothérapie (+313 séances / +27% et de transfusion (+193 séances / +189%) auparavant effectuées en oncologie. Les recettes T2A suivent la même tendance avec +184k€ de valorisation supplémentaire (+25%).

Attention il ne s'agit pas d'augmentation d'activité mais bien de transfert d'une unité à une autre. En effet, les séances de transfusion ont même tendance à diminuer sur l'ensemble de l'établissement (-6 séances soit -1,4%), les séances de chimiothérapie non tumorale progressent mais de « seulement » 10% soit 155 séances de plus que l'an passé et ne constitue ainsi que la moitié de l'évolution constatée en Hôpital de jour du pôle M.

#### - Hôpital de semaine (hospitalisation programmée)

La capacité de l'hospitalisation de semaine a été augmentée en Mai 2016 à 8 lits, contre 6 auparavant. L'occupation 2017 est de 95 % et l'IPDMS de 0,96, les prises en charge ont donc été maîtrisées.

Cependant, entre 2016 et 2017, on constate une évolution dans la nature des séjours pris en charge. En 2017, nous avons moins de séjours (-54 soit -12%) mais plus valorisés (CA moyen 2017 : 2 116€ contre 1 507€ en 2016 soit +40%), la valorisation T2A progressant de +158k€ (+23%).

Les principales activités de 2016, comme les prises en charge pour le diabète, les signes et symptômes (essentiellement pour Surveillance et conseils diététiques) et les maladies osseuses et arthropathies sont toutes en recul de plus de 20% et même 87% pour les signes et symptômes. A contrario les activités d'exploration pour affections endocriniennes et de cardiologie, dans une moindre mesure, progressent significativement. A noter également la forte augmentation de la valorisation unitaire de quasiment tout le case mix, traduisant des prises en charge plus complexe avec des sévérités plus élevées (+40% sévérité 4 et +20% sévérité 3)

Libellé	Effectif 2017	Effectif 2016	Ecart eff	Ecart eff %	A TZA (€) 2017	A TZA (€) 2016	Ecart CA TZA	Ecart CA %	moyen (€) 2017	CA moyen 2016	Ecart CA Moycart	CA moy %
Diabète	64	89	-25	-28%	140 048,00 €	175 993,00 €	-35 945,00 €	-20%	2 188,25 €	1 977,45 €	210,80 €	11%
Cardiologie autres	42	33	9	27%	68 828,00 €	60 360,00 €	8 468,00 €	14%	1 638,77 €	1 829,10 €	-190,33 €	-10%
Maladies osseuses et arthropathies	37	46	-9	-20%	67 447,00 €	62 451,00 €	4 996,00 €	8%	1 822,88 €	1 357,64 €	465,24 €	34%
Explorations et surveillance pour affections endocriniennes, troubles métaboliques, nutritionnels et obésité	56	1	55	5500%	57 741,00 €	626,00 €	57 115,00 €	9128%	1 031,09 €	625,71 €	405,38 €	65%
Chirurgie pour Ostéomyélites aiguës (y compris vertébrales) et arthrites septiques	6	2	4	200%	49 182,00 €	5 441,00 €	43 741,00 €	804%	8 197,08 €	2 720,30 €	5 476,78 €	201%
Infections respiratoires	16	13	3	23%	43 601,00 €	17 836,00 €	25 765,00 €	144%	2 725,04 €	1 372,00 €	1 353,04 €	99%
Douleurs chroniques	15	14	1	7%	38 881,00 €	23 329,00 €	15 552,00 €	67%	2 592,07 €	1 666,32 €	925,75 €	56%
Affections peau et tissu sous-cutané	13	12	1	8%	31 265,00 €	17 825,00 €	13 440,00 €	75%	2 405,03 €	1 485,39 €	919,64 €	62%
Autres affections rhumatologiques	11	22	-11	-50%	30 303,00 €	25 874,00 €	4 429,00 €	17%	2 754,80 €	1 176,08 €	1 578,72 €	134%
Infections peau et tissu sous-cutané	10	11	-1	-9%	29 401,00 €	12 488,00 €	16 913,00 €	135%	2 940,12 €	1 135,27 €	1 804,85 €	159%
Ostéomyélites aiguës (y compris vertébrales) et arthrites septiques	4	2	2	100%	22 802,00 €	2 265,00 €	20 537,00 €	907%	5 700,46 €	1 132,27 €	4 568,19 €	403%
Affections oeil	9	1	8	800%	20 362,00 €	2 869,00 €	17 493,00 €	610%	2 262,44 €	2 868,79 €	-606,35 €	-21%
Infections SNC	2	2			17 768,00 €	1 571,00 €	16 197,00 €	1031%	8 883,99 €	785,45 €	8 098,54 €	1031%
Septicémies	4	1	3	300%	17 141,00 €	2 854,00 €	14 287,00 €	500%	4 285,21 €	2 854,47 €	1 430,74 €	50%
Signes et symptômes	7	52	-45	-87%	15 243,00 €	68 486,00 €	-53 243,00 €	-78%	2 177,64 €	1 317,03 €	860,61 €	65%

Groupes homogènes de malades (Afficher comparaison n-1)														+ Vis				
Class. 2017	Class. 2016	Sévérité	Libellé	Effectif 2017	Effectif 2016		Jours PMSI 2017	Jours PMSI 2016		DMS PMSI 2017	DMS PMSI 2016		CA TZA (€) 2017	CA TZA (€) 2016	% cumulé CA TZA 2017	CA moyen (€) 2017	CA moyen 2016	
2016,2017	11G,2016	1	Sévérité 1	103	164	-37,20%	295	383	-22,98%	2,86	2,34	+22,22%	157 437	224 402	-29,84%	18,64	1 528,52	1 368,30
2016,2017	11G,2016	2	Sévérité 2	107	145	-26,21%	414	463	-10,58%	3,87	3,19	+21,32%	250 394	267 907	-6,54%	48,29	2 340,13	1 847,63
2016,2017	11G,2016	3	Sévérité 3	78	65	+20%	493	234	+110,68%	6,32	3,60	+75,56%	233 755	115 717	+102,01%	75,96	2 996,86	1 780,25
2016,2017	2016	4	Sévérité 4	25	18	+38,89%	261	52	+401,92%	10,44	2,89	+261,25%	119 882	31 480	+280,82%	90,16	4 795,30	1 748,91

## Annexes « activité »



## Répartition de l'activité externe par UF

	Nb 2016	Nb 2017	Evol./N-1	
Neurologie	1 938	2 518	30%	↗
Hépatologie - Gastro	4 248	3 952	-7%	↘
RDED	7 726	8 489	10%	↗
Hématologie	1 375	1 579	15%	↗
Médecine Gériatrique	736	684	-7%	↘
Médecine polyvalente	1 166	1 219	5%	↗
Néphrologie	2 775	2 627	-5%	↘
Pneumologie	7 895	7 720	-2%	↘
Cardiologie	4 572	3 080	-33%	↘
Oncologie	2 153	1 948	-10%	↘
Pédiatrie	3 659	3 875	6%	↗
Néonatalogie	2 808	3 070	9%	↗
Chirurgie Cherbourg	27 043	28 218	4%	↗
Chirurgie Valognes	4 733	5 252	11%	↗
Anesthésie	5 149	5 220	1%	↗
Centre périnatal de proximité	2 008	2 710	35%	↗
Gynécologie-obstétrique	17 108	18 725	9%	↗
<b>TOTAL MCO (I)</b>	<b>97 092</b>	<b>100 886</b>	<b>4%</b>	<b>↗</b>
CSNP	4 252	5 615	32%	↗
Laboratoire de biologie	14 235	15 803	11%	↗
Laboratoire d'anatomo-pathologie	1 894	2 176	15%	↗
Imagerie médicale	43 991	44 275	1%	↗
Médecine physique et de réadaptation	3 083	2 936	-5%	↘
Centre de vaccination Valognes	1 007	1 232	22%	↗
Consultation maladies professionnelles	511	732	43%	↗
Unité médico-judiciaire	1	2		↗
Consultation douleur Cherbourg	1 284	1 793	40%	↗
Consultation douleur Valognes	212	182	-14%	↘
Consultation mémoire	780	727	-7%	↘
Consultation éducation diabète	498	1 186	138%	↗
Consultation anti-tabac	217	128	-41%	↘
PASS	9	25		
Urgences	44 078	44 909	2%	↗
<b>AUTRES DISCIPLINES DE CONSULTATION (II)</b>	<b>116 052</b>	<b>121 721</b>	<b>5%</b>	<b>↗</b>
<b>TOTAL ETABLISSEMENT (I) + (II)</b>	<b>213 144</b>	<b>222 607</b>	<b>4%</b>	<b>↗</b>

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

Antennes		Année complète		2017		Autres Filtres	
Toutes les antennes							
Etablissement							
Tous les établissements							
Filtrage Etablissements : Tous les établissements et Période : Année complète 2017							533 séjours
<h2>Page de synthèse</h2>							
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>Séjours</span> <span>Séquences</span> <span>Sous Séquences</span> <span>Tous</span> </div>							
Indicateurs <span style="float: right;">+ Vis</span>							
Séjour		Année 2017		Année 2016		Tendance	
Nombre de séjours		533	séjour(s)	401		+32,92%	↑ > voir par Antenne
Nombre de séjours en cours		24	séjour(s)	20		+20%	↑
Nombre de séjours avec erreur		38	séjour(s)	11		+245,45%	↑
Durée Moyenne de Séjour		18,37	jour(s)	19,85		-7,49%	↓
Age Moyen		66,36	an(s)	66,39		-0,04%	↓
% femme		59,85	%	53,87		+11,11%	↑
Nombre moyen de séquences par séjour		1,29	séquence(s)	1,45		-10,91%	↓
Nombre moyen de sous-séquences par séjour		1,85	sous-séquence(s)	2,04		-9,47%	↓
Patient		Année 2017		Année 2016		Tendance	
Nombre de patients (file active)		317	patient(s)	287		+10,45%	↑ > voir par Antenne
Nombre de séjours par patient		1,68	séjour(s)	1,40		+20,34%	↑
Nombre de séjours chaînés		533	séjour(s)	401		+32,92%	↑
Nombre de séjours non chaînés		0	séjour(s)	0		-	
Valorisation		Année 2017		Année 2016		Tendance	
Valorisation 100% T2A		1 954 432,72	€	1 613 904,95		+21,10%	↑ > voir par Antenne
Valorisation 100% T2A par jour		209,12	€	216,43		-3,38%	↓ > voir par Antenne
Valorisation Assurance Maladie		1 925 443,91	€	1 589 623,10		+21,13%	↑ > voir par Antenne
Valo. AM par jour		206,02	€	213,17		-3,36%	↓ > voir par Antenne

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

UM Tout le moyen séjour Janvier à décembre 2017 Autres filtres 973 séjo

Filtrage Période : Janvier à décembre 2017 (Version de la classification V2017)

### Synthèse de la base de données

Semaines <span>+ Vis</span>				
	Janvier à Décembre 2017	Janvier à Décembre 2016	Tendance	
Nombre de semaines dans la base	5 674 ↓	5 681	0%	> Répartition par UM
Nombre de journées de présence	33 523 ↓	34 530	-3%	> Répartition par UM
Nombre de journées hors erreur	33 523 ↓	34 530	-3%	
Nombre de semaines en erreur	0	0	-	
Nombre de semaine avec erreur bloquante	0	0	-	

Séjours SSR <span>+ Vis</span>				
	Janvier à Décembre 2017	Janvier à Décembre 2016	Tendance	
Nombre de séjours	973 ↑	931	+5%	> Répartition par UM
Nombre de séjours hors erreur	973 ↑	931	+5%	
Nombre de séjours entiers	792 ↑	748	+6%	
Nombre de séjours d'une seule semaine	0	0	-	
Nombre d'admissions	881 ↑	836	+5%	
Nombre de sorties	881 ↑	839	+5%	
Nombre de séjours "déjà commencés et non encore finis"	3 ↓	4	-25%	

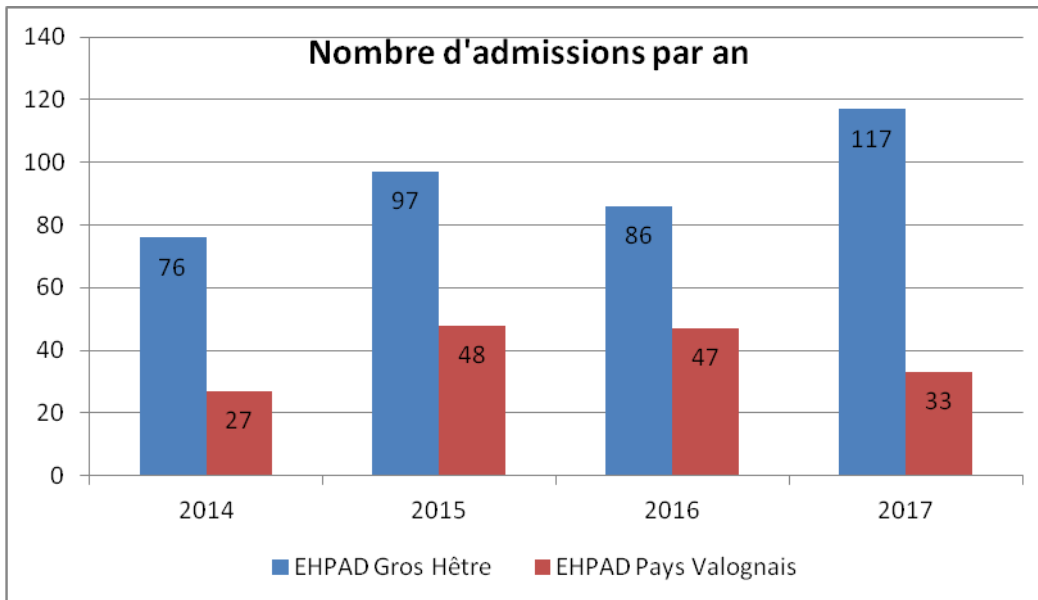
Patients <span>+ Vis</span>				
	Janvier à Décembre 2017	Janvier à Décembre 2016	Tendance	
Nombre de séjours avec identifiant patient défini	973 ↑	929	+5%	> Répartition par UM
Pourcentage de séjours avec identifiant patient défini	100% ↑	99,79%	0%	
Nombre de patients (file active)	856 ↑	826	+4%	> Répartition par UM



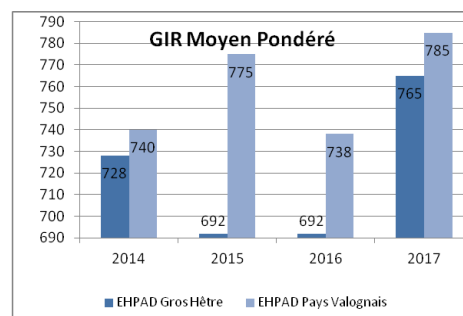
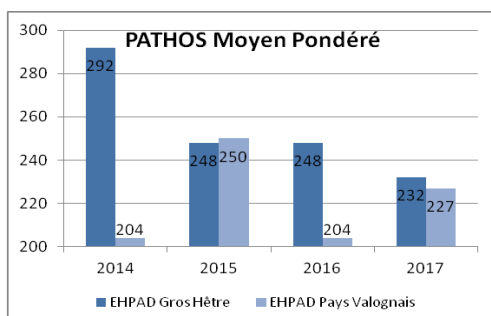
### 5.3 – Activité des EHPAD « Le Gros Hêtre » et « Pays Valognais »

Taux d'occupation	2014	2015	2016	2017
EHPAD Pays Valognais	99,00%	99,00%	99,68%	99,67%
EHPAD Le Gros Hêtre	99,41%	97,45%	99,01%	97,85%

Si l'EHPAD Le Pays Valognais présente un taux d'occupation constant, l'EHPAD Le Gros Hêtre accuse une baisse de l'occupation de ses chambres. Cette variation s'explique en partie par une difficulté croissante à occuper les chambres à deux lits. Elles sont au nombre de 15 à ce jour, soit 30 lits concernés sur les 216 destinés à l'hébergement permanent. Une restructuration de l'EHPAD est en cours visant notamment à transformer l'ensemble des chambres doubles en chambres simples sans réduction du capacitaire.



Après deux années plus difficiles au Pays valognais avec un nombre d'admissions important, impliquant de fait un nombre important de décès, l'EHPAD a vu son nombre d'admission diminuer en 2017. A l'inverse, 2017 a été une année avec un important renouvellement des personnes accueillies à l'EHPAD du Gros Hêtre avec 117 admissions contre une moyenne de 86 ces trois dernières années. Ce qui peut également expliquer la diminution du taux d'occupation.



Si les deux EHPAD ont vu leur GMP (Gir Moyen Pondéré) croître ces dernières années, ils ont également vu en parallèle leur PMP (Pathos Moyen Pondéré) réduire, et de manière plus significative pour l'EHPAD Le Gros Hêtre. La baisse du PMP est la traduction d'une baisse du besoin en soins requis par les résidents, et la hausse du GMP reflète une hausse de la perte d'autonomie et donc un besoin plus important dans l'accompagnement des gestes de la vie quotidienne des résidents accueillis.

## 5.4 - 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

### 5.4.1 - 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 capacités**

- Restructuration architecturale du plateau 4 (hépat-onco-pneumo) finalisé en septembre 2017, regroupement des endoscopies du plateau en cours et définition du capacitaire HGE arrêté à 17 lits HC et 7 lits HDS
- Continuer à accompagner le projet de saisonnalité (pneumo + médecine polyvalente de Valognes)
- Dans le cadre de la mise en place du plateau 3 : fermeture du secteur de l'HDS Neurologie-Cardiologie avec maintien de 4 lits d'HDS en Cardiologie HC
- Mise en place de la biologie délocalisée (gazométrie sur les secteurs de la Maternité, Réanimation, Pneumologie et site de Valognes)
- Augmentation des activités sur l'HDJ pôle M : Neurologie, Consultation douleur, Pneumologie, Oncologie
- Création d'une nouvelle unité d'évaluation Neuro-gériatrique (UENG)
- Amélioration de la collaboration en radiothérapie avec le Centre François Baclesse en termes de management de la qualité
- Au Bloc : augmentation des créneaux horaires de 1h par jour sur le programmé soit 50h de TVO par mois désormais

### ☛ **Consultations : plus d'offres et des offres nouvelles**

- 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
- Plateau de consultations externes de médecine :
  - Arrivée de consultations de neurologie en février 2017
  - Travail sur la mise en place des consultations d'observance sur le VIH en novembre 2017
  - Développement de l'activité tabacologie avec présence d'une IDE formée
- Au CHV planning de nouvelles consultations mises en place : ORL, Pédiatrie et Neuro-Pédiatrie
- Ouverture et gestion de vacations de consultations des ORL et ophtalmo du CHU de Caen
- Mise en place de l'activité de pause de picc line par les réanimateurs en Imagerie médicale

### ☛ **Réorganisation : optimisation de la prise en charge des patients**

- Création du pôle sénologie en Imagerie médicale (développement stéréotaxie et tomosynthèse)
- Développement d'activité de la biopsie sous scanner
- Pharmacie : mise en place des prescriptions DPI sur module HIO (Médecine polyvalente CHV – UCC-SSR – Cardiologie-Neurologie)
- Pérennisation des séances de sophrologie au bloc et développement des séances de sophrologie en imagerie médicale et en consultations de spécialités
- Mise en place de la prise en charge « patient debout au Bloc opératoire »
- Développement de nouvelles activités en Oncologie :
  - la participation au programme à la santé sexuelle dans les soins de cancérologie
  - L'organisation du parcours ganglion pour des patients ayant un lymphome
  - La coordination entre le service hématologie du CHU de Caen et le CHPC
- Amélioration et renouvellement en cours des salles d'Imagerie médicale à Cherbourg
- Réorganisation des créneaux hospitalisés et externes sur les modalités d'Imagerie en coupes sur les 2 sites avec renouvellement du scanner de Cherbourg en Janvier 2017
- Augmentation des créneaux échographie - mammographie avec l'intégration des radiologues supplémentaires

## 5.4.2 - 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.

- Réorganisation des cycles de travail IBODE en 9h
- Réorganisation des référents IBODE par spécialité au bloc op
- Réécriture de toutes les fiches d'activité des professionnels du plateau 3 (Neurologie-Cardiologie) et des trames de roulement des plannings
- Identification d'une fonction IDE sur le parcours patient
- Pérennisation du CSNP sur Valognes
- Synchronisation des temps médicaux et paramédicaux à poursuivre (plateau chirurgical - plateau SSR + pôle F) et service Hépatogastro-Entérologie à mettre en place
- Projet thérapeutique du patient rédigé et formalisé, et mise en place de l'agenda patient en SSR
- Evaluation de la pertinence du travail en binôme IDE AS en Médecine polyvalente de Valognes
- Déploiement du DPI sur le CHPC : Cardiologie, Neurologie, Pneumologie
- 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 2016, 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.
- Utilisation du MEOPA sur les 2 sites avec accueil des patients à l'HAD pour des soins sous MEOPA
- 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 pour les patients hospitalisés et externes avec des consultations médicales douleurs

- Prise en charge, en HDS Neurologie, des patients avec douleur neuropathique, ou HDJ.

#### • Surveillance, vigilance, sécurité

- Dans le cadre du suivi de prévention des IAS (Infection Associée aux Soins anciennement appelées nosocomiales) 150 fiches BMR diagnostique + 207 portages éconologiques + 81 clostridium difficile ont été enregistrées (non comprises les autres pathologies : grippe, gale, VRS, aplasie, gastro-entérite).
- Acquisition d'un scope à magnétique IRM
- 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
- 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 **d'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.

#### 5.4.3 - Développement des compétences du personnel

- Habilitation des IDE à la Biologie délocalisée
- Formation au DPI des professionnels du pôle M et du pôle I
- Formation « omega » sur le site CHV pour une grande partie
- Avec l'intégration de l'HAD dans le pôle C formation de 4 agents du pool de suppléance à la polyvalence
- Information par IDE stomathérapeute des professionnels de PNO-HAD-CHIR
- Mise en place de l'évaluation des formations extérieures par une grille d'évaluation

- Formation des nouvelles IDE en Oncologie et 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)
- 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) en 2017
- Mise en place de grille de compétences pour nouveaux arrivants en Pédiatrie – Néonatalogie ou pour les professionnels qui nécessitent un suivi particulier pour tous les autres services
- Formation des professionnels des 2 sites à l'utilisation du MEOPA
- Inscription à la préparation au concours IBODE pour 3 IDE
- Pour le pôle C : poursuivre le développement progressif des compétences mais également des connaissances relationnelles nécessaires aux contraintes réglementaires :
  - L'annonce d'une maladie grave
  - La gestion des soins palliatifs
  - L'éducation thérapeutique
- Pour le pôle M : mise à niveau des connaissances des professionnels en lien avec les spécialités médicales du plateau, formation assurée par l'équipe « diabétologie » mais aussi par médecins gériatres
- Pour le plateau des consultations externes de médecine : acquisition de nouvelles compétences pour les Ide du pool avec plusieurs formations sur la biothérapie dans la prise en charge du psoriasis et la maladie de Crohn.

#### 5.4.4 - Participation à la démarche qualité

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

- Evaluation de la check list au bloc obstétrical
- Lactarium : audit des pratiques et mises en place d'un plan d'action (fiches de traçabilité, formations, et informations)
- Participation des PCR au comité de gestions des risques et des vigilances
- Accréditation COFRAC au laboratoire de Biologie
- Délivrance de livrets pour le patient à la sortie : « matériel de sortie remboursé » par l'équipe MPR/2RF
- Réalisation en collaboration avec le Groupe Korian - Siouville du livret suites opératoires PTH - PTG
- Au Bloc opératoire : évaluation de l'exhaustivité de la réalisation de la check list : audit 2017 réalisé
- Intégration systématiques des comptes rendus dans le DPI en Anatomopathologie
- Participation aux IPAQSS de tout l'encadrement soignant

- Toujours dans le cadre de la certification : parcours « patient traceur »
- Réalisation du « bloc des erreurs » dans le cadre de la semaine de la qualité
- Plateau SSR et médecine polyvalente : dans le cadre de la certification des établissements de santé et de l'évaluation des pratiques professionnelles en partenariat étroit avec la qualité :
  - Formation de cadre à l'audit et à la rédaction du document unique
  - Participation de binôme AS/ IDE au document unique
  - Participation aux enquêtes IPAQSS de l'encadrement
  - Participation aux audits parcours patient traceur pour des cadres et agents formés à cet audit.

#### 5.4.5 - Bilan d'étape du projet de soins institutionnel

Début de réécriture du projet de soins 2016-2021

Renouvellement des groupes de travail avec appel à candidature en octobre 2017

Constitution des groupes et réaffirmation des thématiques en novembre 2017

#### 5.4.6 - Perspectives

##### • **Pôle I :**

- Urgences : mise en place du TIH, finalisation des organisations PNM en intra urg
- Cardiologie : restructuration de la réadaptation cardiaque
- Neurologie : pérennisation de la consultation post AVC
- Néphrologie : rechercher l'adéquation entre les besoins de la population et l'offre en termes de créneaux horaires
- Anesthésie : utilisation de l'hypnose dans certaines pratiques
- Réanimation : travail sur la fluidité du chemin clinique du patient en phase aigu

##### • **Pôle F :**

- Lactarium : mettre en œuvre le plan d'action lié à l'audit des pratiques, visite de certification en 2018
- Refaire une évaluation de mise en place de la check list au bloc obstétrical
- Accompagner les équipes au changement : plan d'action suite à l'étude de la charge en soins

##### • **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 programmés à court terme pour éviter un passage par les urgences
- Réflexion sur un HDJ site de Valognes
- Groupe de travail SSR pour mise en place binôme IDE AS
- Souhait de formation « humanité » 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

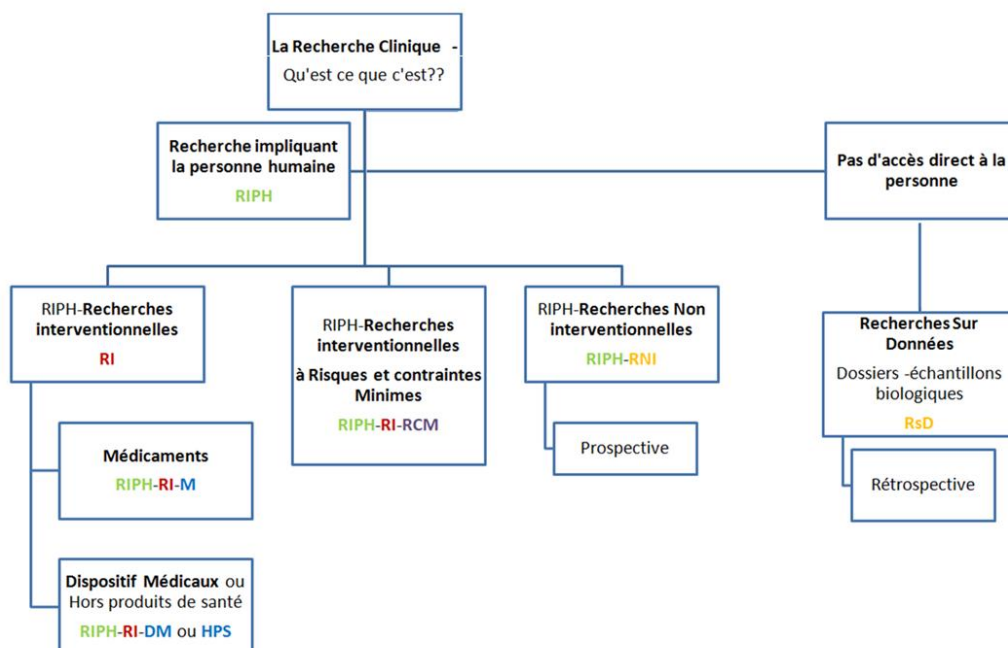
- Plateau 4 : poursuite de la restructuration avec synchronisation des temps médicaux et para médicaux
- Radiothérapie : suivre le projet de renouvellement de l'accélérateur de particules
- HAD : objectiver la pertinence des organisations actuelles, et étudier le partenariat avec les cabinets d'Ide libérales

• **Pôle P :**

- Bloc opératoire : passage en 12h pour les aides soignantes, travaux de réfection (phase 1 du bloc)
- Imagerie médicale : GIE IRM Valognes, acquisition d'un deuxième scanner sur le site de Cherbourg
- Laboratoire : suivi de l'accréditation COFRAC
- MPR : reprise du développement de l'activité de balnéothérapie, si ouverture SSR PNO réorganisation à prévoir pour rééducateurs
- Diététique : travail sur dépistage, prise en charge, valorisation de la dénutrition au CHPC
- Réorganisation des secrétariats avec la délivrance des étiquettes de consultations

## 5.5 – La recherche clinique

### Définition du cadre réglementaire



Le Département de Recherche Clinique (DRC) initie l'enregistrement, la vérification du dossier réglementaire, formalise la convention avec le promoteur, centralise les données liées aux

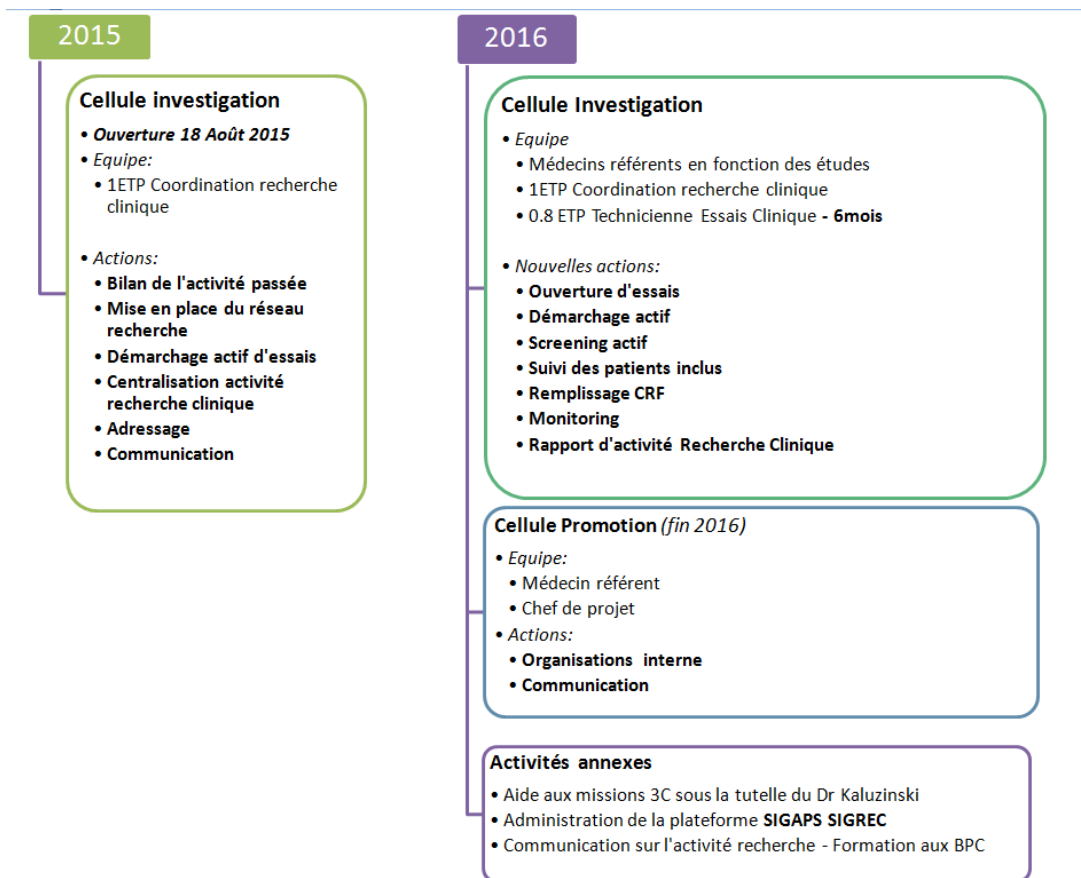


essais en cours tous cadres réglementaires confondus (les inclusions, les screening, les sorties d'étude) et valide les facturations.

Le cadre réglementaire d'un essai définit la logistique qui lui sera associée ainsi que les retombées financières, les publications et la capacité d'inclusion.

L'intervention du DRC sur un essai dépend : de l'investigateur principal et de la complexité de l'essai.

## Rappel de l'organisation et des missions du département de recherche clinique



## Bilan de l'activité d'investigation 2017

Le bilan Recherche clinique de l'année 2017 est sous le signe du développement et du renforcement des missions d'investigations déjà mise en place :

### L'équipe

L'équipe s'est enrichie d'un 0.8 ETP d'infirmière de recherche clinique (0.5 ETP de janvier à novembre) qui est venu remplacer le poste de TEC occupé début 2016.

### Missions

L'intensification de l'activité d'investigation et le personnel restreint a conduit le DRC à développer des outils logistiques pour faciliter le travail d'investigation dans les services de soins et ainsi a permis d'améliorer la qualité des données récoltées dans le cadre des essais. L'augmentation du nombre d'essais ouverts dans les différents services de soins a permis

d'augmenter le screening actif, les inclusions et le dépôt de dossiers d'adressage de patients en région. Les rapports des monitoring promoteurs ont montré les axes d'amélioration à privilégier pour la suite de l'activité mais le retour est très positif à la fois sur les essais académiques et industriels.

2017

**Cellule Investigation**

- *Equipe*
  - Médecins référents en fonction des études
  - 1 ETP Coordination Recherche clinique de janvier à fin avril
  - 0.8 ETP Coordination Recherche clinique depuis mai
  - 0.5 ETP Infirmière Recherche Clinique de janvier à fin octobre
  - 0.8 ETP IRC depuis novembre
- *Nouvelles missions:*
  - Mise en place Trame RC pour le Dossier Médicale informatisé
  - Phase préparatoire des monitoring (revues des dossiers)
- **Facturation**

**Cellule Promotion**

- *Equipe:*
  - Médecin référent
  - Aide linguistique et statistique du Registre de cancérologie
  - Mission de chef de projet
- *Nouvelles actions*
  - Centralisation des demandes et orientation
  - Constitution et dépôt des dossiers réglementaires
  - Bibliographie

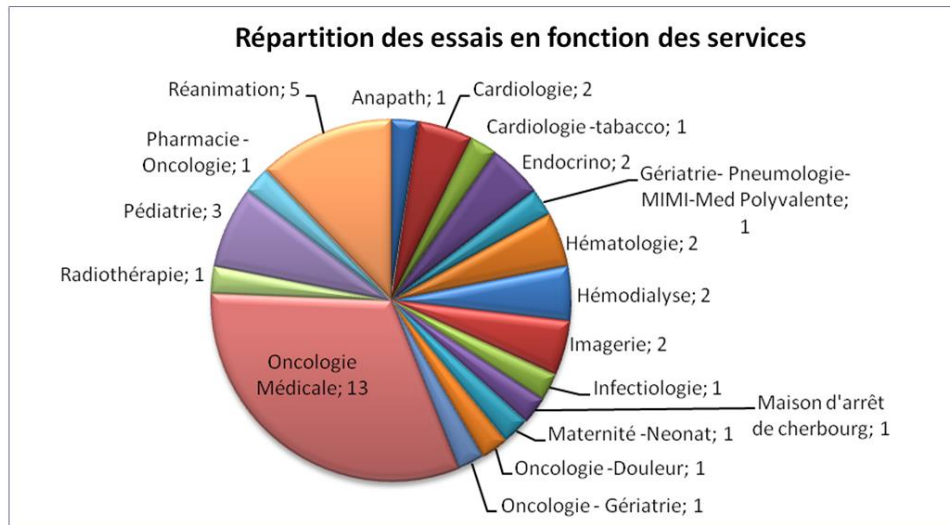
**Activités 3C**

- Suivi de la montée en charge du Dossier Communiquant en Cancérologie
- Missions qualité pour extraction des indicateurs (en collaboration avec service qualité)
- Présence aux réunions réseaux oncologie dans le cadre des 3C
- Audits RCP -Rapport d'activité

**Activités annexes**

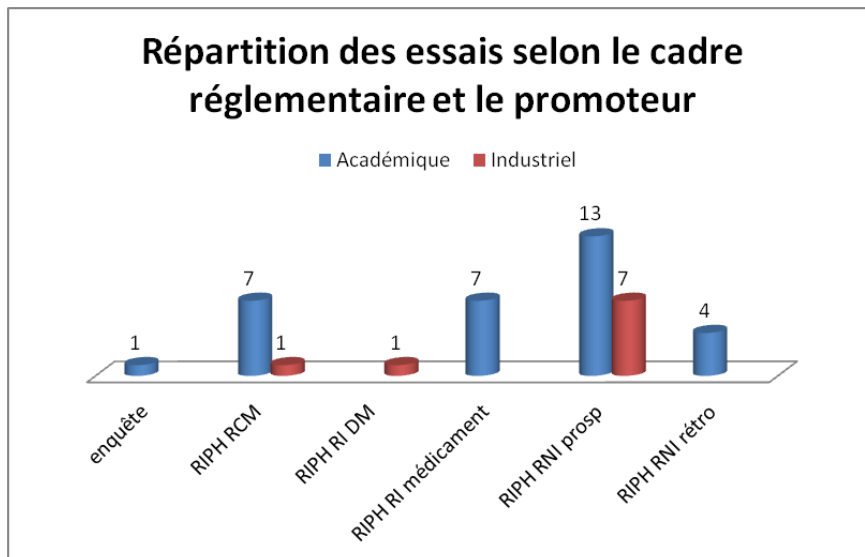
- Démarchage d'outils et financement RC
- FichSup Chimiothérapie Oral
- Coordination régionale Recherche Clinique
- Enquêtes INCA - GIRCI - Réseau Onco
- Communication autour du DRC- formation des internes

## Répartition des essais ouverts en fonction des services



Au cours de l'année 2017, 15 nouvelles études ont été mises en place, l'établissement compte 41 essais répartis sur 19 services de soins même si la majorité des essais sont portés par le service d'oncologie médicale.

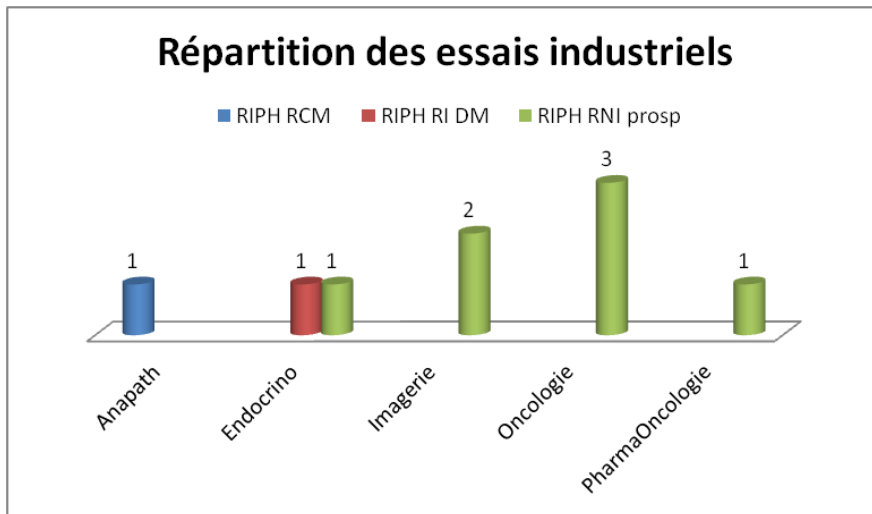
## Répartition des essais selon le cadre réglementaire et le promoteur



Les RIPH-RNI Prospectives sont largement représentées sur l'établissement, les essais de ce cadre réglementaire permettent à la fois de familiariser les services à la recherche clinique (moins complexes que les RIPH-RI Médicaments) et de faire connaître les actions qui peuvent être mise en place par le Département de Recherche pour faciliter les inclusions.

Les essais académiques représentent la majorité des essais ouverts sur l'établissement (32 académiques contre 9 industriels).

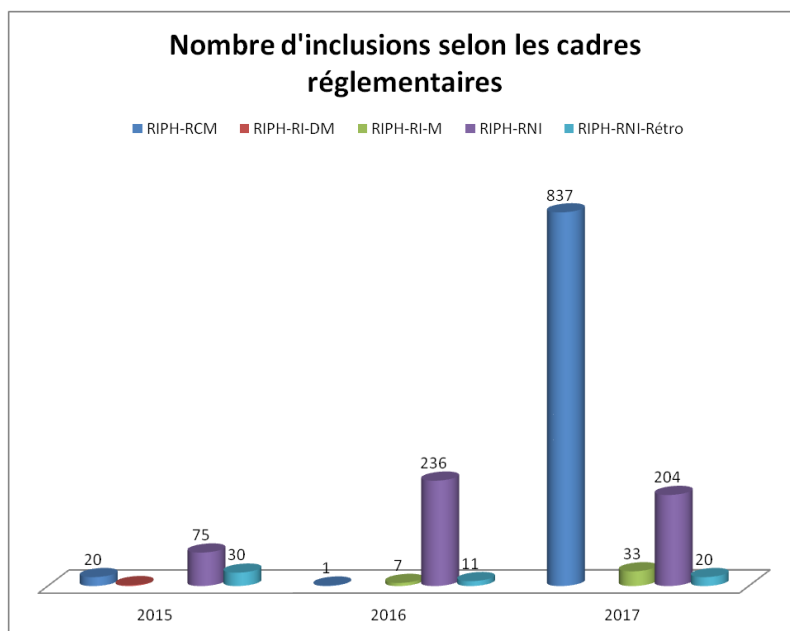
Répartition des essais industriels par cadre réglementaire et service



Quelques études industrielles (7 RIPH-RNI Prospectives, 1 RIPH-RCM et 1 RIPH-RI-Dispositif Médicale) ont été ouvertes et permettent de familiariser les équipes aux exigences de l'industrie.

Dans tous les cas, l'effectif du DRC ne permet pas pour le moment d'assurer la logistique d'un plus grand nombre d'essais industriels dans des services différents.

Répartition des inclusions

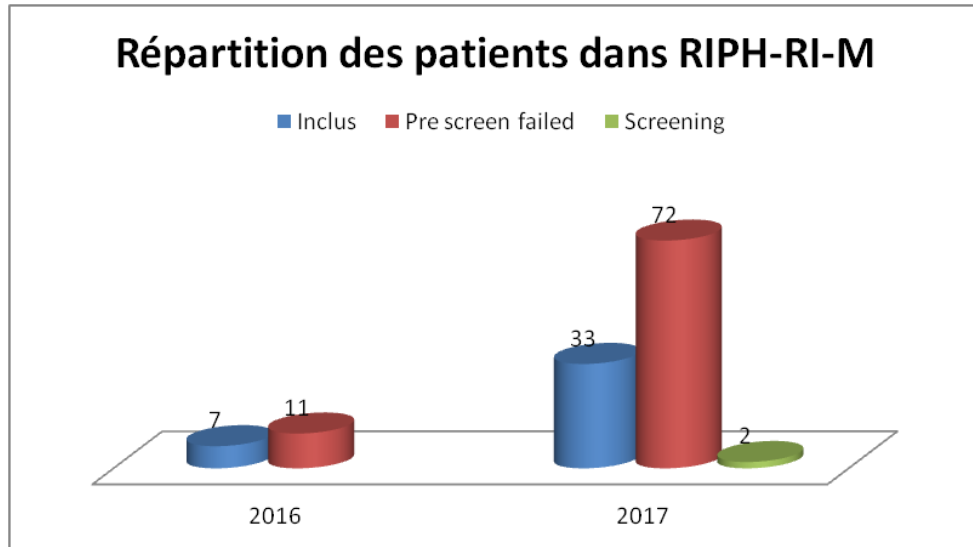


Sur l'année 2017, 1094 inclusions ont été enregistrées. Ce chiffre n'est pas exhaustif, il est déclaratif et ne peut être vérifié pour les études qui n'impliquent pas directement le DRC.

Les 33 inclusions en RIPH-RI-Médicaments impliquent un suivi sur le long terme et une logistique plus complexe que les autres cadres réglementaires.

## RIPH-RI-Médicaments

### Répartition des patients inclus dans RIPH-RI-Médicaments



Par rapport à l'année 2016, forte croissance du nombre de dossiers pré-screenés, screenés et inclus les études portant sur les médicaments. Ces études demandent une logistique particulière et une charge de travail conséquente pour les DRC et les équipes de soins.

Le pré-screening est l'action de chercher tous les dossiers patients qui ont les critères de sélection d'un essai, de les proposer aux médecins référents de l'essai pour qu'ils les proposent à leurs patients.

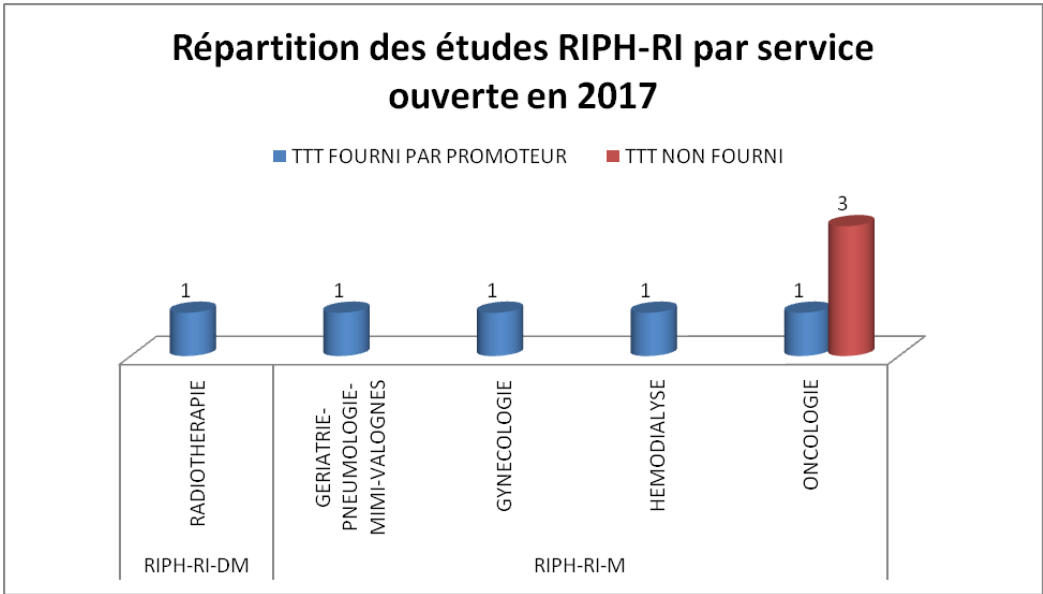
Les « pré-screening failed » peuvent être de deux sortes, soit l'investigateur ne souhaite pas proposer le traitement de l'étude pour son patient, soit le patient refuse de participer à l'étude proposée.

Le screening est la phase où le patient a signé le consentement de l'étude avec le Dr mais n'a pas encore débuté les procédures ou le traitement de l'étude.

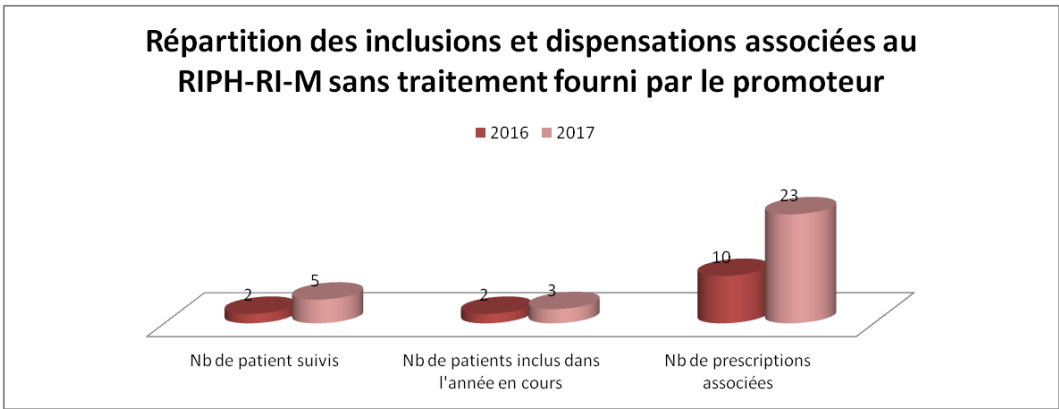
L'inclusion signe le début du traitement du patient dans l'étude. La logistique du suivi post inclusion dépendra des études.

### Répartition des dispensations nominatives de traitement recherche clinique

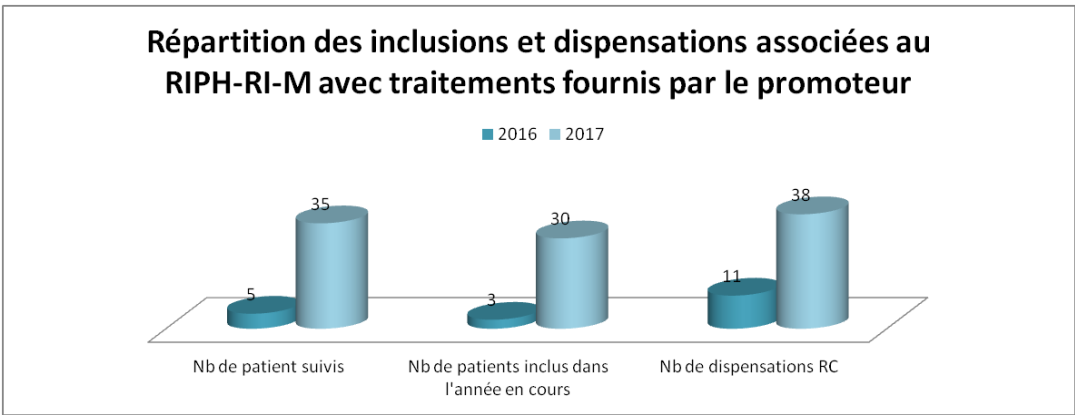
Le DRC a mis en place un tableau de bord partagé pour faciliter les échanges d'information sur le suivi des patients inclus dans des RIPH-RI-médicament entre la pharmacie et le DRC.



Les traitements des études RIPH-RI ne sont pas forcément fournis par le promoteur. Les RIPH-RI-Médicaments académiques en ouvert ne nécessitent pas de gestion pharmacie. Car les produits ont déjà eu un AMM et sont utilisés en routine dans l'établissement ou en pharmacie de ville : Sur les 7 RIPH-RI-M ouvertes en 2017 cela concerne 3 études et 23 prescriptions.

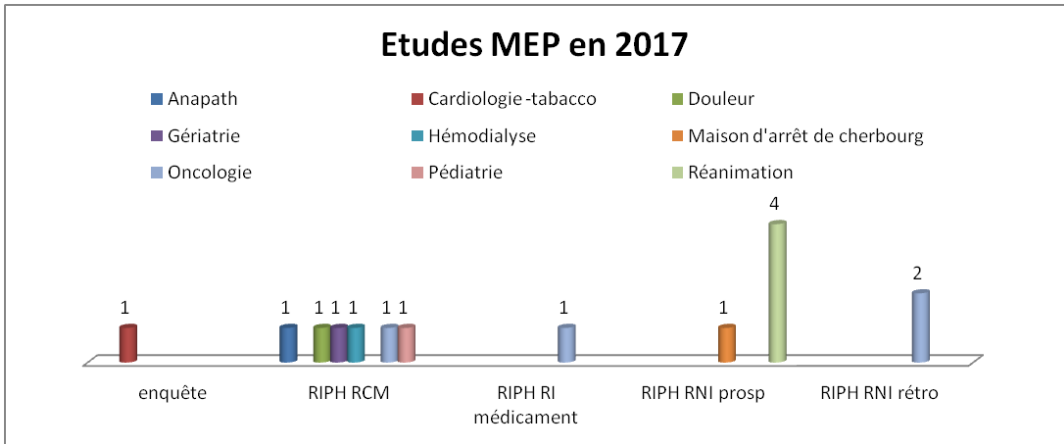


Les promoteurs fournissent les traitements dit en « aveugle », ni l'investigateur ni le pharmacien ne connaît le traitement : soit le traitement étudié, soit un placebo. Pour pouvoir effectuer une dispensation d'un traitement « étude » par la pharmacie, l'équipe de recherche clinique doit valider l'attribution du bras de traitement du patient : RANDOMISATION. Pour chaque randomisation, le bras de traitement sera attribué au patient pour toute la durée de l'étude. Néanmoins une levée d'aveugle est toujours possible dans le cas d'événements indésirables graves qui pourraient être liés au traitement étudié.



**Réunion de mise en place (MEP)**

Tous les cadres réglementaires (sauf études rétropectives et enquêtes) nécessitent une mise en place téléphonique ou physique dans le service où va se dérouler la recherche. Cette réunion permet à tous les acteurs (Promoteur, Dr investigateurs, Cadre, Paramédicaux impliqués et DRC) de se retrouver avant le démarrage de l'étude pour voir la logistique à apporter à l'étude. Cette réunion implique que le dossier administratif ait été finalisé par le DRC en amont.



Sur l'année 2017, 15 nouvelles études ont été ouvertes et 12 réunions de mises en place ont été effectuées dans les services de soins.

**Monitoring**

Un monitoring est une réunion entre l'équipe promotrice (ou prestataire) et l'équipe investigatrice représenté par le DRC. Les monitoring permettent à l'équipe promotrice de vérifier la cohérence des données anonymisées qui sont enregistrées dans la base de données d'un essai. Les monitoring se déroulent sous différentes formes :

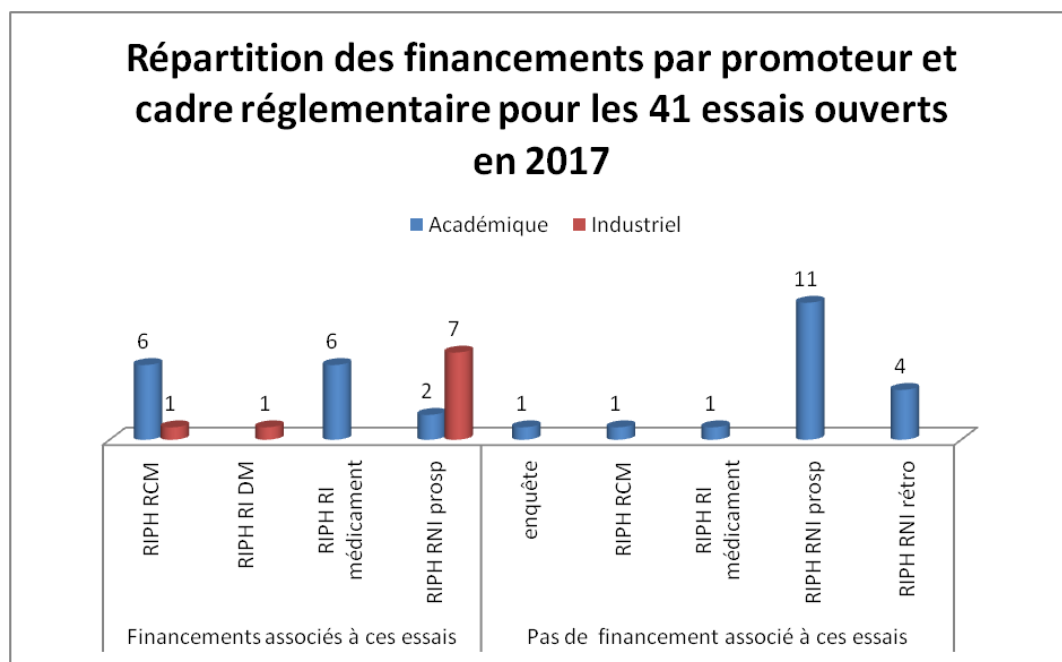
- ☞ Monitoring téléphonique (RIPH-RNI) : au fil de l'eau selon les besoins du promoteur (demande une réorganisation rapide pour répondre aux demandes dans des délais courts).

☞ Monitoring physique (RIPH-RCM ou RIPH-M) : ce type de monitoring demande un gros travail en amont : mise à jour des dossiers des patients screenés et inclus dans l'étude, classement des documents spécifiques de l'étude, sortie des dossiers, préparation des documents spécifiques et organisation du monitoring pharmacie pour le promoteur. Sur l'année 2017, 4 études ont été monitorées.

### Bilan financier investigation

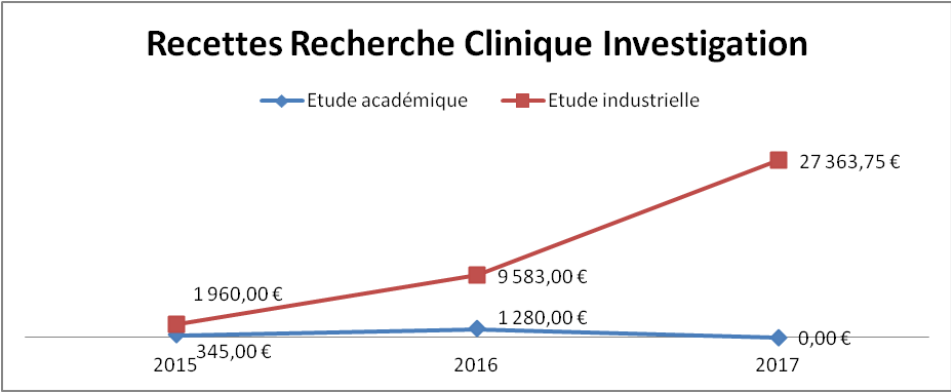
Les factures pour les essais cliniques sont émises à l'ouverture du dossier administratif puis annuellement et seulement si au moins un monitoring a permis de valider le travail effectué sur centre. Ce qui signifie que si le moniteur n'a pas validé tous les patients inclus dans l'essai pour la fin de l'année en cours, le travail effectué dans le cadre de l'essai pour ces patients ne pourra pas être facturé au promoteur cette année là.

Toutes les études industrielles sont financées quelque soit le cadre réglementaire, les études académiques/institutionnelles sont peu voir pas financées mais seront valorisées via la plateforme SIGAPS-SIGREC.



Les recettes, liées aux essais sur le CHPC qui ont été enregistrées sur 2017, s'élèvent à 27 363.75€ et sont apportées par des essais industriels. Aucune facturation d'essai académique n'a été faite sur 2017 cependant 14 sur les 32 essais académiques ouverts amèneront à une facturation.



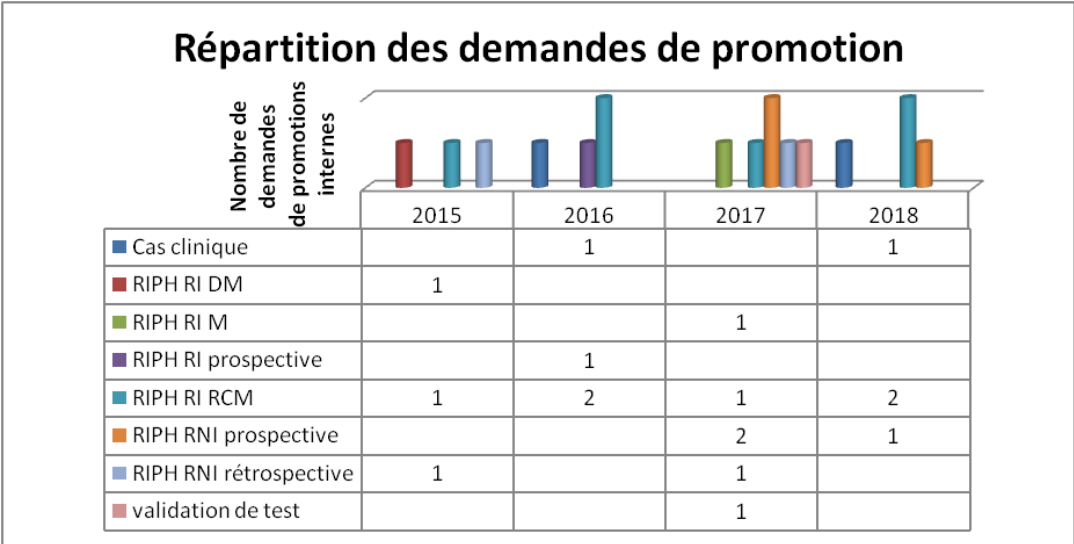


**Cellule promotion**

La cellule promotion a été constituée devant les demandes d’aide et d’orientation pour la promotion interne, il était important qu’une réponse, ainsi que des trames de documents puissent être données aux personnes intéressées par cette activités au CHPC sans être contraint de prendre un rendez vous au CHU Caen.

Une procédure doit encore être validée et mise à disposition du personnel de l’établissement pour coordonner cette activité et les financements qui peuvent y être associés.

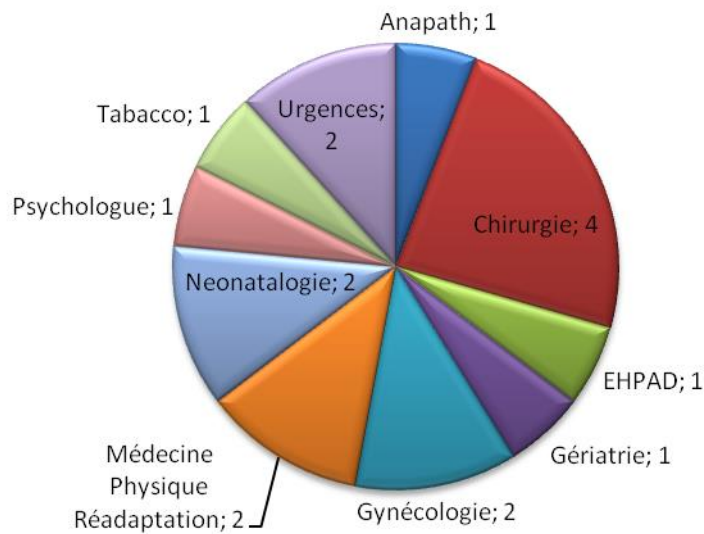
**Répartition des demandes d’aide à la promotion interne au CHPC**



Seul le dossier RIPH-RI RCM service MPR a été déposé dans le cadre d’un AAP paramédical. Ce dossier a été sélectionné mais pas retenu dans le cadre du financement GIRCI de 25 000€.

Le dossier n’a pas été redéposé en 2018, mais l’outil créé pour l’essai a été mis en place dans le service sans validation scientifique d’efficacité mais dans la mise en pratique du DU de Réhabilitation Respiratoire du porteur du projet.

## Répartition des services demandeurs



### Pourquoi initier la promotion dans un établissement périphérique

Il est indispensable que les jeunes diplômés (médicaux et paramédicaux) puissent être soutenus dans leurs démarches de recherche dans un établissement périphérique.

La promotion interne est valorisante à la fois du point de vue scientifique et médical, personnel pour le praticien qui en est l'initiateur, mais également valorisante pour l'établissement, car c'est un travail dynamisant pour une équipe. Cela permet de faire le point sur les procédures et les soins et d'échanger sur les pratiques. C'est pourquoi du personnel et des outils doivent être à disposition pour cette activité.

### Activités annexées au DRC

#### SIGAPS –SIGREC

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.

L'établissement 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

La valorisation SIGAPS par des crédits MERRI concerne les publications du type: 'journal article', 'editorial' ou 'review', avec pour auteur un praticien de l'établissement (le 1er et le dernier rang apportent le plus de points). La liste des revues associées au décompte des points SIGAPS est importante à prendre en compte également, considérant que toutes les revues n'apportent pas le même nombre de points.

Une extraction du logiciel SIGAPS permet de voir que sur la période 2014-2017 ; 235 publications ont été faite par des médecins enregistrés au CHPC. Mais l'activité cumulée depuis 2014 de l'établissement est encore en dessous du seuil. En effet certaines publications n'apportent pas de points (exemple : praticien sur plusieurs établissements avec une quotité de travail dans notre établissement moins importante que dans le ou les autres établissements).

Période : 2014 - 2017		
Type	Nb	%
Journal Article	201	85.53
Review	18	7.66
Letter	11	4.68
Erratum	4	1.70
Deleted	1	0.43
<b>Total</b>	<b>235</b>	<b>100%</b>

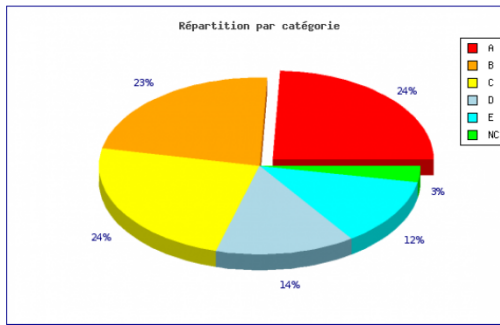
#### Nombre de publications par année

Période : 2014 - 2017	
Année	Nombre
2014	50
2015	66
2016	66
2017	53
<b>Total</b>	<b>235</b>



### Répartition par catégorie et par année

Période : 2014 - 2017								
Année	Total	A	B	C	D	E	NC	Score
2014	50	13	8	11	4	12	2	443
2015	66	18	13	16	10	5	4	570
2016	66	12	16	21	10	7	0	558
2017	53	14	16	8	9	5	1	481
<b>Total</b>	<b>235</b>	<b>57</b>	<b>53</b>	<b>56</b>	<b>33</b>	<b>29</b>	<b>7</b>	<b>2052</b>



Dans la liste des crédits MERRI le CH du Cotentin arrive 13<sup>ème</sup> /129 derrière le dernier qui obtient un financement de 263 507€.

Finess ARBUS <sup>†</sup>	Raison Sociale	Statut	Région	Date du 1er expo	Score-2012	Score-2013	Score-2014	Score-2015	Score-2012-2015
880007059	CH INTERCOMMUNAL D'EPINAL	CH	Grand-Est	2014	0	128	91	68	0,02
500000013	CH PUBLIC DU COTENTIN	CH	Normandie	2014	0	42	65	132	0,01

Le calcul des scores est empreint d'une grande complexité et reste donc difficilement maîtrisable.

### Activité 3C

Selon la Mesure 32 du Plan Cancer 1 (2003-2007), tous les établissements autorisés à prendre en charge des patients atteints de cancer doivent être rattachés à une cellule qualité opérationnelle appelée Centre de Coordination en Cancérologie (3C).

Le 3C s'inscrit dans le cadre du Réseau Régional de Cancérologie (RRC) OncoNormandie, et dans une organisation territoriale du réseau. Il décline auprès de ses établissements membres les recommandations du RRC et de l'Institut National du Cancer (INCa). Il recueille les données puis renseigne les tableaux de bord de l'INCa.

Les missions du 3C sont principalement : la coordination médicale de la cancérologie au sein de l'établissement, et en particulier des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire en cancérologie (RCP), de mettre à disposition des médecins et des soignants les référentiels et recommandations validés, de mettre en œuvre la pluridisciplinarité en organisant et fédérant les RCP, d'accompagner le réseau dans la mise en place des procédures organisationnelles pour l'utilisation du Dossier Communicant en Cancérologie, l'assurance de la mise en place effective du Dispositif d'Année pour chaque patient, de s'assurer que les établissements mettent à disposition des soins de support pour tous les patients, le suivi au sein des établissements membres de la mise en œuvre du plan cancer, avec des données chiffrées, l'accès à la recherche clinique, la contribution au développement du lien ville-hôpital, de produire des informations sur les activités cancérologiques des établissements.

L'équipe du 3C Cotentin est hébergé par le Centre Hospitalier Public du Cotentin est se compose de 2 établissements autorisés en cancérologie : Le Centre Hospitalier Public du Cotentin et la Polyclinique du Cotentin. Le 3C Cotentin est composé : 0.2 ETP Médecin

coordonnateur, 1 ETP qualité réparti sur plusieurs personnes (ingénieur qualité, coordination recherche clinique, IDE d'annonce), 1ETP Secrétariat.

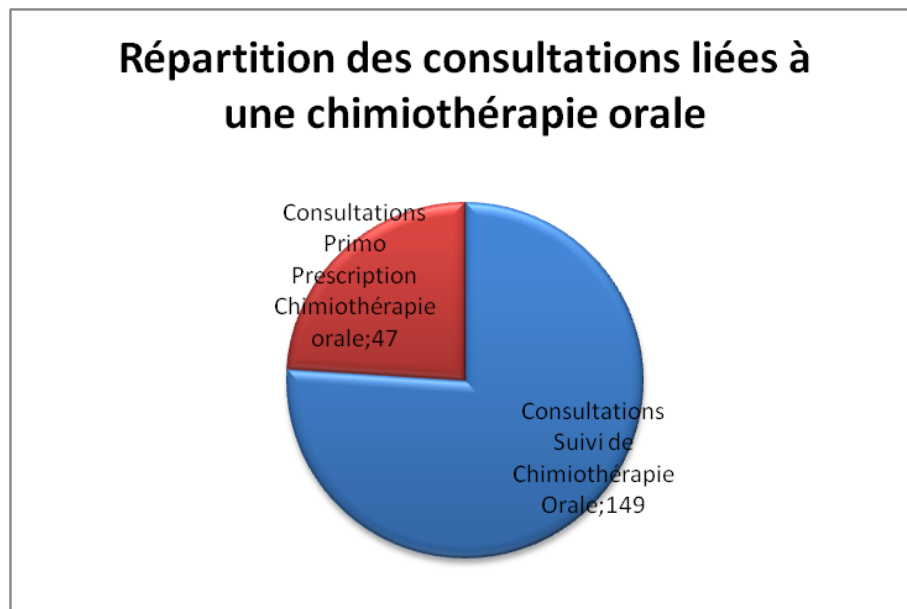
Un rapport d'activité lié aux 3C va être envoyé à l'ARS courant avril.

### Suivi des consultations de primo prescription de chimiothérapie orale

Le DRC a pris en charge le suivi des consultations de primo prescription pour l'ARS depuis 2017. Cette activité déclarative impose une gymnastique à différents niveaux : Les médecins durant leurs consultations doivent coder un acte supplémentaire sur **CORA -rubrique médecin spécialiste - PCT pour primo prescription de chimiothérapie orale - SCT pour consultation de suivi de chimiothérapie orale**. Les pharmaciens tiennent un listing des patients, envoyés par les oncologues, pneumologues et radiothérapeutes, vus dans le cadre d'un entretien de pharmacie clinique associé à prescription de chimiothérapie orale. Les infirmières suivent un agenda des appels pour effectuer un suivi téléphonique des événements indésirables suite à la prescription de chimiothérapie orale.

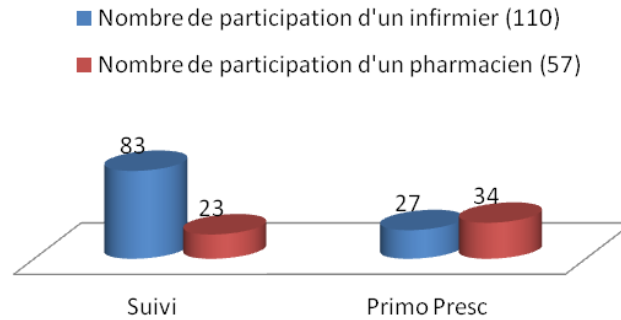
Le DRC à la charge de regrouper ces informations et de consulter les comptes rendus médicaux liés afin de compiler toutes les informations demandées par l'ARS.

Sur l'année 2017, la file active de patients sous chimiothérapie orale est de 68 patients.



Il y a une sous déclaration des patients sous chimiothérapie orale et pour le moment le DRC n'a pas de moyen de pallier à ce problème.

## Répartition des interventions pharmacien et IDE autour de la consultation de chimiothérapie orale



L'intervention des pharmaciens et des IDEs peut être mis en place dès la prescription de chimiothérapie orale ou à la suite d'une consultation de suivi.

### Conclusion :

L'activité du département de recherche s'est intensifiée en terme de charge de travail et de diversification des missions. Les missions pour 2018 en investigation sont la mise en place du logiciel INNOGEC, le développement de la base « file active en oncologie », la validation des documents qualité et l'adressage en phase précoce en région. Au niveau promotion, les documents qualité liés à cette activité doivent être formalisés et une remise à jour de l'annuaire SIGAPS-SIGREC doit être effectué.

Par ailleurs, l'avenir et le développement du Département de Recherche Clinique seront corrélés aux résultats de l'étude ERNU : « Essai randomisé évaluant l'intervention du Cancéropôle Nord-Ouest pour le développement de la recherche clinique dans les établissements de soins Non universitaires » promu par le CHU d'Amiens et financé par la Direction Générale de l'Offre de Soins (Ministère de la Santé). L'objectif principal de cet essai est de savoir si l'apport d'aides (financière et/ou matériel) par le Cancéropôle Nord Ouest permet d'augmenter le nombre d'inclusions dans les essais en cancérologie. Cette étude a contribué financièrement à l'ouverture du Département de Recherche Clinique. Les résultats seront publiés courant 2018.

## 6 – Ressources humaines et lien avec l'activité

### 6.1 – La gestion des relations sociales

#### 6.1.1 – Les instances

##### ☛ Le Comité Technique d'Etablissement

Le Comité Technique d'Etablissement s'est réuni à 7 occasions en 2017 : le 23 janvier, le 6 avril (report du 4 avril faute de quorum), le 29 mai, le 28 juin, le 09 octobre, et le 18 décembre.

La Direction a présenté 51 sujets.

Les représentants des personnels ont posé 191 questions (91 en séance et 100 traitées en annexe).

##### ☛ 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 2017 : le 31 mars, le 30 juin, le 2 octobre et le 12 décembre.

Le Comité Hygiène, Sécurité et Conditions de Travail du site de Valognes s'est réuni à 4 occasions en 2017 : le 27 mars, le 30 juin, le 25 septembre et le 11 décembre.

A noter : le CHSCT de Valognes du 27 mars et celui de Cherbourg du 31 mars se sont tenus sans les membres représentants du personnel.

2 CHSCT extraordinaires en 2017 : le 11 mai et le 11 octobre.

Nombre de sujets proposés par la Direction :

- ✓ Pour Cherbourg : 33
- ✓ Pour Valognes : 31
- ✓ Pour les CHSCT de coordination extraordinaires : 6

Nombre de sujets proposés par les représentants des personnels :

- ✓ Pour Cherbourg : 124
- ✓ Pour Valognes : 88

#### 6.1.2 – Les discussions sociales

Achevées fin avril 2017, 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. 90 agents ont été stagiaires au titre de l'année 2017. Cette décision, fruit d'un dialogue social constructif, représente un coût de 500 000 € 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. Le tableau ci-dessous répertorie le nombre de postes ouverts par concours :

### 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 3 occasions en 2017 : le 3 mars, le 9 mai et le 22 septembre.**

Les sujets qui ont été abordés en 2017 :

- ✓ Suivi et analyse des Fiches de Signalement des Evénements indésirables (FSEI) ;
- ✓ Journée de sensibilisation aux violences et incivilités verbales ;
- ✓ Comité de pilotage du dispositif d'aide à la régulation des conflits ;
- ✓ Poursuite d'un groupe de travail sur les violences des patients présentant une déficience cognitive liée à des troubles neuro-dégénératifs ;
- ✓ Constitution d'un groupe de travail sur un projet de formation à la communication non violente ;
- ✓ Discussion engagée sur une évolution possible du CPSV en Comité QVT.

### 6.1.4 - Les mouvements sociaux

**Mouvements locaux** : 4 mouvements en 2017 :

- ❖ 1 mouvement de grève pour l'ensemble du personnel concernant l'abandon des suppressions de poste, la demande de titularisation de 80 agents (le 23 mars 2017) ;
- ❖ 1 mouvement de grève pour le personnel du service MISM (du 30 juin 2017 au 17 juillet 2017) ;
- ❖ 2 mouvements de grève pour le personnel des urgences (mouvement de grève illimité commencé le 13 décembre 2017 à l'appel du syndicat FA-FPH et le 27 décembre 2017 à l'appel du syndicat CGT et qui a continué sur le début de l'année 2018).

**Mouvements nationaux** ayant pour motif l'amélioration des conditions de travail, le dialogue social, les rémunérations ainsi que le statut des IADES : 10 mouvements en 2017 : le 24 janvier, le 7 mars, le 8 mars, le 9 mars, le 21 mars, le 12 septembre, le 13 septembre, le 10 octobre, le 19 octobre, et le 16 novembre.



❖ Nombre de journées de grève dans l'année :

- mouvement local : 51 jours
- mouvement national : 179 jours

❖ Nombre d'agents assignés :

- mouvements locaux : 365 agents
- mouvements nationaux : 130 agents

## 6.2 – La gestion du personnel médical

Au 31 décembre 2017, 195 médecins, 47 internes et 13 faisant fonctions d'interne (FFI), aux statuts et origines divers, exercent chaque jour au Centre Hospitalier Public du Cotentin.

L'établissement compte en effet :

- ✓ 94 praticiens hospitaliers titulaires (dont 11 à temps partiel),
- ✓ 34 praticiens hospitaliers contractuels (dont 9 à temps partiel),
- ✓ 9 cliniciens (dont 4 à temps partiel)
- ✓ 20 praticiens attachés en CDI, qui réalisent des vacations,
- ✓ 22 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.

## ☛ 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 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 2017, la DAM a continué à accueillir 19 externes en 10 RDED, 6 en MIMI, 1 en Pédiatrie, 2 en Pharmacie. Le stage dure en moyenne 8 semaines.

### • Internes

Depuis cinq 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 2018 et suivantes : ouvrir davantage de terrains de stage pour les externes, pour faire le 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.

Enfin, le CHPC s'associe à la Polyclinique du Cotentin (PCC), à la Fondation Bon Sauveur et au SSR Korian de Siouville ainsi qu'aux collectivités (commune de Cherbourg-en-Cotentin, Communauté de Communes de La Hague et de Les Pieux...) pour proposer des temps d'échanges et de découvertes conviviaux à ces jeunes médecins et pour mettre en valeur les atouts du territoire. En 2017, le week-end découverte « Les paradis de Cherbourg », les 01 et 02

juillet, a permis de faire découvrir aux internes les atouts du Cotentin. Au programme : pass pour le festival des Arzimités, activités sportives et nautiques, rencontre avec les professionnels libéraux du territoire. Le 21 décembre dernier, les internes ont été invités à participer à une soirée de rencontre avec les acteurs de santé du territoire, organisée à l'Hôtel de ville de Valognes.

#### • **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.

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. Plus de deux tiers (70 %) des médecins qui ont été ASR au CHPC y sont restés.

#### • **Recrutement**

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 2017, 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.

- **Gérer la pénurie**

L'intérim est source de dépenses non négligeables pour l'établissement (3 M€ en 2014, toutes charges comprises, 2,7 M€ en 2015, 5 M€ en 2016 et 3,2 M€ en 2017). Par ailleurs, l'intérim permet d'adapter les organisations aux évolutions d'activité : ces 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 2017 une activité majeure, quotidienne et chronophage pour la Direction des Affaires Médicales.

## 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, au 31 décembre 2017, 4 médecins réalisent une activité libérale (soit moins de 3% des praticiens).

4 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	1
Pneumologie	1
Chirurgie Orthopédique	1
Chirurgie viscérale	1
4	4

Aucun médecin ne pratique de dépassements d'honoraires.

#### • La COPS et les organisations médicales

Le CHPC est fier d'appliquer la réforme du temps de travail des médecins exerçant dans les structures de médecine d'urgence<sup>1</sup> 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).

A terme, l'organisation du temps de travail des urgentistes se décomposera de la façon suivante : 39h cliniques postées et 9h non postées par semaine.

L'effectif actuel ne permettant pas la mise en place cette organisation du temps de travail, l'application de ces dispositions sera progressive en fonction de l'évolution des effectifs.

En 2017, le temps de travail fut organisé comme suit : 44h cliniques postées et 4h cliniques non postées hebdomadaires.

En 2018, le nombre d'heures cliniques postées est abaissé à 42h et de fait le nombre d'heures cliniques non postées est de 6h hebdomadaires.

## 6.3 – La gestion du personnel non médical

### 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).

Quelques grands axes de la deuxième convention triennale avec le FIPHFP :

<sup>1</sup> 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.

#### • 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'information et la sensibilisation des personnels

Un livret d'une quinzaine de pages a été élaboré au cours de l'année 2016 et toujours diffusé au sein de l'établissement en 2017.

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.

#### • Le maintien dans l'emploi

En 2017, 31 agents ont été accompagnés ; des aménagements de postes ont été réalisés, des formations dans le cadre de l'accompagnement vers un nouveau métier.

Le bilan de la deuxième convention triennale 2015-2017 a été présenté au comité de pilotage le 18 septembre 2017 et une demande de troisième convention avec le Fonds d'insertion pour les personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) a été initiée. Deux réunions de travail les 20 octobre 2017 et 9 janvier 2018 ont permis de co-construire avec les différentes organisations syndicales présentes dans l'établissement un projet pluri annuel d'insertion et de maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap, présenté au comité local du FIPHFP le 20 mars 2018 à Rouen.

### 6.3.2 - Gestion du temps de travail

#### ☛ Commission des cycles de travail

Au cours de l'année 2017, la commission des cycles de travail ne s'est pas réunie, néanmoins le service des ressources humaines a accompagné les équipes et leur encadrement dans le procédé d'élaboration des cycles de travail ; en premier lieu les services suivants :

- MHL site de Valognes
- Bloc opératoire,
- Anesthésie,
- Plateau de médecine.

#### ☛ 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.

L'année 2017 a été consacrée à la mise à jour du Dossier Spécifique Fonctionnel pour le personnel médical, afin de débiter la phase test au second quadrimestre 2018.

#### ☛ Indemnités de Départ Volontaire (IDV)

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 a été effective au 1er Janvier 2017. Ce projet a été présenté et validé lors du CTE du 3 octobre 2016.

### 6.3.3 - Gestion des statuts

#### ☛ Organisation des Commissions Administratives Paritaires Locales (CAPL)

Les CAPL ont eu lieu les 21 janvier, 16 juin et 8 septembre 2017.

##### Ordres du jour :

- Notations 2016
- Examen de recours en notation et/ou commentaires : 9
- Détachements internes : 3
- Mutations / intégrations sur grade : 2
- Reclassements dans le cadre du PPCR
- Avancements de grades et d'échelons.

#### ☛ Organisation des Commissions Administratives Paritaires Départementales (CAPD)

Les CAPD ont eu lieu les 8 juin, 23 novembre et 14 décembre 2017.

Gestion des propositions des établissements du département : recueil des documents des différents Etablissements, expertise, vérification des durées d'avancement proposées et des reclassements dans le cadre du PPCR, mise en forme, reprographie, PV, suivi de la composition de chaque commission.

### 6.3.4 – Métiers, compétences et qualité de vie au travail

#### ☛ Les axes stratégiques du plan de formation 2017

Le Plan de formation 2017 intègre le Développement Professionnel Continu (DPC) et se développe autour des priorités suivantes :

##### **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 organisant un colloque sur les incivilités et violences verbales afin d'avoir un temps dédié pour travailler et échanger sur les mécanismes de l'agressivité ;
- Former les professionnels référents de notre Etablissement à la méthode Damage control pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles.

La **Gestion prévisionnelles des Métiers et Compétences**, la **VAE** et **les compétences clés** afin de maintenir l'employabilité de nos agents et développer les savoir-faire et des savoir-être des personnels, qu'ils soient soignants, médico-techniques, administratifs ou techniques.

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 3 modules mis en œuvre au CHPC :
  - 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 : Maîtriser l'usage des outils informatiques

En 2017 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.

Plus que jamais, le volet des études promotionnelles représente le plus gros volume budgétaire de ce PFC, ce qui témoigne du maintien d'une ambition sociale et de la volonté d'ouvrir des parcours de promotion professionnelle, entièrement pris en charge (totalité du salaire + frais pédagogiques) pour nos agents les plus motivés.



**RECAPITULATIF DES BILANS DE COMPETENCE ET CONGES DE FORMATION PROFESSIONNELLE :**

Années	2015	2016	2017
Bilans de compétences	8	12	11
Congés de formation professionnelle	10	6	9

☛ **Nombre de prises en charges de parcours d'études promotionnelles**

4 IDE

4 AS

2 IADE

1 parcours allégé aide-soignant

Des parcours IBODE et puéricultrice ont été budgétisés ; toutefois par manque de réussite aux concours aucun professionnel n'a pu en bénéficier.

**RECAPITULATIF DES PARCOURS D'ETUDES PROMOTIONNELLES :**

Année	2017		2016		2015	
	PEC Etb	PEC ANFH	PEC Etb	PEC ANFH	PEC Etb	PEC ANFH
Prise en charge Etablissement ou ANFH						
Cadres de santé	0	0	1	0	2	
IDE	2	2	3	3	1	
AS	3	1	3	2	1	
IADE	1	0	2	0	0	0
IBODE	0	0	1	0	0	0
PUER	0	0	1	0	1	2
Préparateur en pharmacie	0	0	1 module	0	1	3
Post VAE AS	0	1	2	0	1	1
Passerelle AS Aux Puer	0	0	2	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>15</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>7</b>

## ☛ 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 : 40 en 2015, 44 en 2016 et 210 départs en 2017 dont 24 programmes de DPC. Les formations demandées sont très variées, on dénombre notamment de plus en plus de demandes de diplômes universitaires (DU). Il faut également souligner :

- ✓ Des formations visant le maintien des compétences dans le domaine d'activité initial des praticiens ;
- ✓ Des formations en lien avec le contexte géographique particulier, voire unique en France – le CHPC se trouve au carrefour de 3 sites présentant des risques importants de contamination radioactive ;
- ✓ Une formation de 3 jours (2 en 2017 et le 3ème en 2018) consacrée à la conduite du changement pour les chefs de service et chefs de pôle.

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.

Enfin, 40 professionnels du SMUR, 32 paramédicaux et 8 médecins ont participé à la formation « urgences vitales pédiatriques en pré-hospitalier » par méthode de simulation au centre NorSimS du CHU de Caen.

### ☛ L'accompagnement des encadrants

En 2017, des temps d'échange dédiés aux agents exerçant des fonctions d'encadrement ont été développés à la suite de la formation relative à l'identification et à la prévention des risques-psycho-sociaux en 2016. Les psychologues auprès du personnel ont notamment animé des réunions de travail sur des thématiques choisies par les professionnels telles que l'accompagnement des professionnels addicts, ou les modalités d'arbitrage, de négociation et de recadrage tandis qu'un groupe réfléchissait aux modalités d'accueil et d'intégration des nouveaux encadrants au sein de l'établissement. Rappelons aussi les présentations institutionnelles (visite de la blanchisserie, élaboration du budget) ou bien la journée dédiée à « l'Art du Collectif » organisée le 13 octobre 2017 par des encadrants volontaires : ces temps d'information et de formation suscitent échanges positifs et une prise de recul nécessaire avec un quotidien parfois complexe.

### ☛ Mieux gérer et prévenir l'absentéisme

Bien que le taux d'absentéisme au sein de l'établissement se situe dans la moyenne des hôpitaux de taille similaire (8 %), la Direction de la Coordination Générale des Soins (DGCS) et la Direction des Ressources Humaines (DRH) ont souhaité engager une réflexion autour de la gestion et de la prévention de l'absentéisme en collaboration avec l'encadrement et les représentants du personnel membres du CHSCT. Parmi les pistes proposées, les membres du CHSCT se sont unanimement prononcés le 11 mai 2017 en faveur d'un audit relatif à l'évolution de l'absentéisme au sein de l'établissement, mené par un cabinet extérieur. Le cabinet CEGAPE a été retenu pour réaliser cette mission. Par ailleurs, le groupe de travail analysant les arrêts sur deux périodes (mars 2017, pour avoir une photographie sur une période « classique » et du 15 juillet au 15 août, pour avoir une photographie d'une période de vacances) a mis en lumière les éléments suivants :

- ✓ 50 % des agents qui déposent un arrêt se sont déjà arrêtés au cours des 6 derniers mois.
- ✓ Les aides-soignants constituent la population qui dépose le plus d'arrêts et l'augmentation de l'absentéisme chez cette population est la plus importante ;
- ✓ Certains accidents du travail génèrent plusieurs dizaines de jours d'arrêt : souhait d'analyser davantage les conditions dans lesquelles ces arrêts sont survenus.

### ☛ Prévention des risques professionnels

Co-pilotée avec la direction de la qualité et des relations avec les usagers, la mise à jour du Document Unique du CHPC, réalisée en collaboration avec les membres du CHSCT représentants du personnel, a permis d'auditer plus de 70 unités de travail (parmi la centaine recensée au sein de l'établissement en 2016). Ces rencontres avec les professionnels de terrain puis l'analyse de leurs ressentis visent 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. Ce travail continue en 2018.

Quelques journées hautes en couleur ont également rythmé l'année : les ateliers de sophrologie et de massage express ont rencontré un grand succès au cours de la journée de promotion de la qualité de vie au travail organisée en mai 2017. Par ailleurs, la journée de prévention des violences et incivilités verbales organisée dans sa deuxième édition, a permis d'informer et de former plus de 100 professionnels aux modalités d'action et de réaction à court, moyen et long terme en tant qu'agent de la fonction publique confrontée à une violence.

### 6.3.5 - 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 :

- **Informier** : 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, 587 agents sont suivis par la cellule d'aide à la mobilité, dont 322 agents titulaires, 137 agents en CDI et 128 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.

Depuis début 2017, les demandes de bilans professionnels sont en nette augmentation. Ils deviennent un outil central de la cellule d'aide à la mobilité. Il intervient de plus en plus dans les cas de réorientation, interne comme externe. Un outil utilisé le plus souvent par des agents suivis par le service de santé au travail (psychologues) et par Madame Valérie Dupont, coordinatrice handicap de l'établissement.

La cellule d'aide à la mobilité participe activement au projet de mise en place d'une plateforme expérimentale permettant une mise en réseau des besoins et des perspectives de reclassements entre collectivités d'un même bassin d'emploi. La cellule d'aide à la mobilité travaille déjà activement sur ce champ en communiquant directement auprès des agents sur les possibilités qui s'offrent à eux grâce à la loi du 3 août 2009 qui facilite la mobilité inter-fonctions publiques. A ce jour, 1 agent est en détachement pour la fonction publique territoriale et plusieurs sont ouverts à cette opportunité.

### 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), ( effectif réel au 31/12/2018 : 6.00 ETP)

2 assistantes médico-administratives (1.80 ETP).

Localisation au rez-de-chaussée du petit hémicycle.

##### Site de Valognes :

3 assistantes sociales (2.45 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, collaborations aux groupes de travail inter institutionnels

### **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 en binôme avec la cadre de santé
- DCGS : réunions d'encadrement ; commissions de sorties difficiles

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

119

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 a pris en charge 3685 patients sur les pôles (I,F,M,C,P) et le service social du personnel .

#### **Pôle I : MEDECINES INTENSIVES**

4 services d'intervention – 944 dont la PASS

#### **Pôle F : FEMME-ENFANT – HAD**

4 services d'intervention - 150 prises en charges

#### **Pôle M : SPECIALITES MEDICALES - SSR gériatrique**

11 services d'intervention - 1551 prises en charges

#### **Pôle C : MEDICO CHIRURGICAL**

5 services d'intervention – 977 prises en charge

#### **Pôle P : PRESTATAIRES**

Consultation douleur : une file active de 63 patients (35 nouvelles prises en charge)

Les assistantes sociales sont professionnelles référentes sur le CHPC sur la thématique des violences faites aux femmes.

## **PASS CHPC**

Coordination de la PASS par le service social.

Ouverture le 16/11/2016 d'une PASS interne proposant deux plages de permanences hebdomadaires et une coordination sanitaire le vendredi.

Une permanence externalisée hebdomadaire avec une équipe pluri professionnelle en centre ville (680 consultants).

Une file active de l'assistante sociale de 226 patients dont 208 nouvelles prises en charge.

132 prises en charge sociale pour une file active de 86 patients.

120

## **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 mardi après midi ; un bureau y est mis à sa disposition.

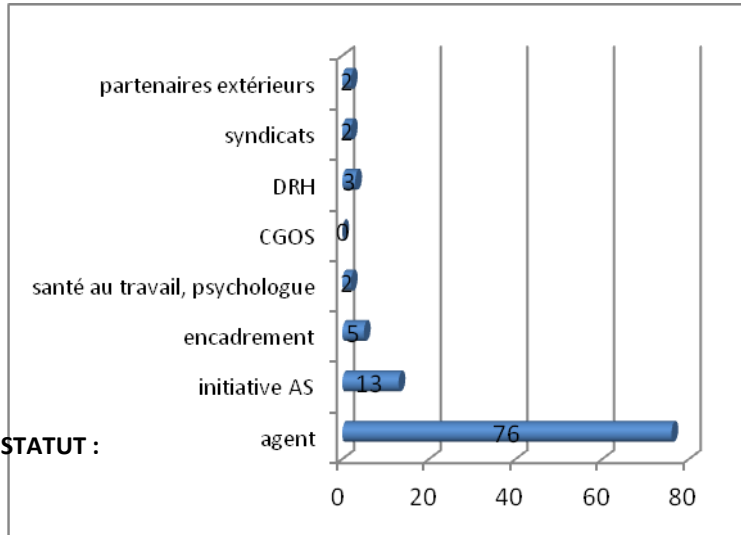
Les agents de Valognes sont reçus au service social, 1er étage de l'ancien bâtiment le vendredi sur rendez-vous. (Un bureau partagé y est mis à sa disposition).

Etat des lieux : 103 agents reçus dont 40 nouvelles prises en charge, sur les deux sites.

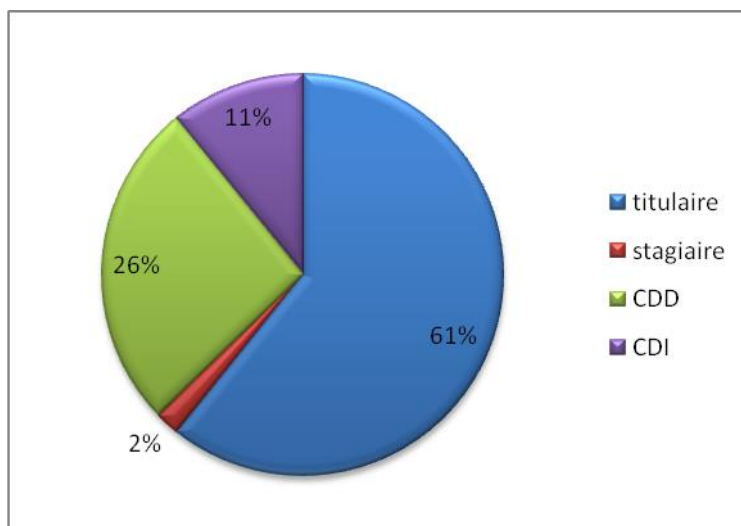
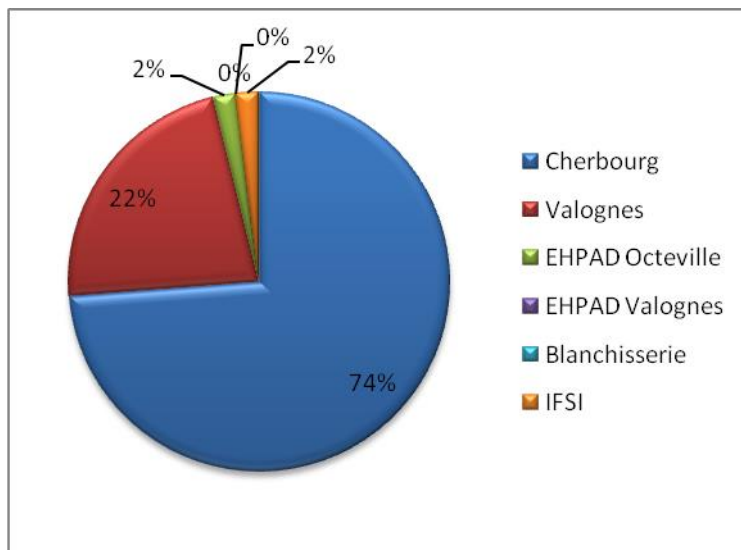


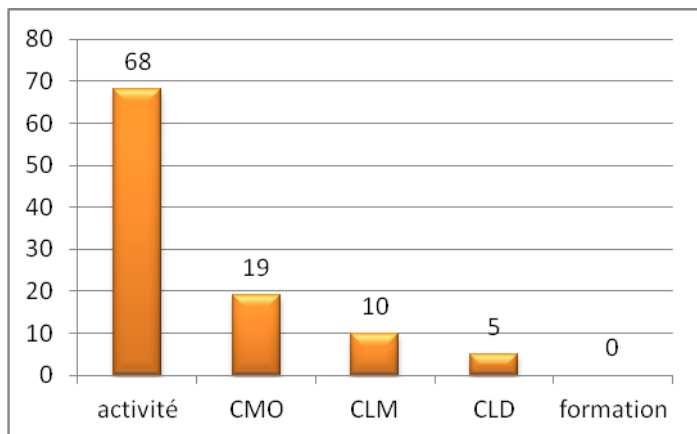
A L'INITIATIVE DE :

SITE :



STATUT :



**POSITION :**

Participation aux instances de l'établissement :

- Comité de prévention et suivi de la violence
- Commission de maintien dans l'emploi.

En collaboration avec la DRH, la perspective en 2018 d'adresser systématiquement un courrier aux agents en maladie de plus de 3 mois pour une mise à disposition de l'assistante sociale et des personnels de l'écoute sur le CHPC (information, accompagnement tout au long de l'arrêt).

### 6.3.7 – Bilan de l'activité 2017 au sein des secrétariats médicaux et administratifs

Depuis 2015, les secrétariats médicaux et administratifs ont vécu des évolutions à effectif constant :

- Création du pool de frappe et de remplacement par redéploiement en septembre 2016.
- Création de la centrale d'appels en novembre 2015.
- Création du plateau des consultations de médecine en octobre 2016.

En 2017, plusieurs services de soins (MCO) se sont rattachés à la centrale d'appels pour la prise en charge des rendez-vous de consultation :

- Consultations d'anesthésie
- Consultations de chirurgie
- Consultations de chirurgie de Valognes
- Consultations de spécialités chirurgicales
- Consultations de spécialités chirurgicales de Valognes
- Consultations de rhumatologie-dermatologie-endocrinologie-diabétologie
- Consultations de gynécologie-obstétrique, sages-femmes, périnatalité

- Consultations de pédiatrie, néonatalogie
- Consultations d'oncologie
- Consultations d'hépatogastro-entérologie
- Consultations de tabacologie

En 2017, le nombre moyen d'appels mensuels traités par la centrale d'appels est de 10 000 avec un maximum de 13 996 et un minimum de 8 210.

Par ailleurs, la fonction accueil (les missions des agents des bureaux des entrées et des secrétaires dans les services de soins) a fait l'objet d'un audit en 2017 réalisé en mai 2017 et dont les conclusions ont été présentées aux équipes en novembre 2017. Les missions de Madame Poisson, nouvelle coordinatrice des secrétariats médicaux et administratifs, ont été recentrées autour de deux grands axes :

- ✓ la responsabilité hiérarchique et fonctionnelle de la centrale d'appels et du pool de frappe,
- ✓ la responsabilité fonctionnelle et l'ingénierie pour les secrétariats médicaux et administratifs.

#### 6.4 – Dépenses de personnels

L'année 2017 a enregistré une forte augmentation des dépenses de personnel (+ 4,6 % par rapport à 2016). Ce constat découle de plusieurs éléments :

☛ L'impact de mesures nationales dont :

- L'impact de la hausse du point d'indice en juillet 2017 (+0,6%)
- L'effet GVT soit 300 K€ ;
- L'augmentation des charges sociales.

☛ L'impact de décisions prises au sein de l'établissement :

La relance de la politique de stagiairisation (60 agents ont été stagiairisés entre le 1<sup>er</sup> octobre 2017 et le 31 décembre, ce qui a généré une dépense supplémentaire par rapport à l'année précédente)

L'impact année pleine des stagiairisations réalisées en 2016 sur 2017 est évalué à 385 K € tandis que les stagiairisations réalisées en 2017 (20 au titre de 2016, 61 entre le 1<sup>er</sup> septembre et le 1<sup>er</sup> novembre 2017) génèrent un surcoût évalué à 520 K€ TCC sur l'EPRD 2018. Enfin, les 29 stagiairisations décidées en 2017 et réalisées au 1<sup>er</sup> janvier 2018 génèrent un surcoût évalué à 129 K€ TCC sur l'EPRD 2018.

soit : un coût en 2017 évalué à 385 K € et en 2018 : 649 K€

L'impact de l'application des planchers de rémunération introduits dans le cadre du PPCR aux contractuels (+ 167 211 €).

## 6.5 – Institut de formation en soins infirmiers et Institut de formation d'aides-soignants

### 6.5.1 – Institut de formation d'aide-soignant(e)s

Dans le cadre de la modification de la carte régionale des formations sanitaires et sociales l'IFAS a été autorisé à dispenser, la formation préparant au diplôme d'Etat aide soignant pour :

- 50 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 9 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 2016-2017 : 60 élèves étaient en formation (44 élèves issus des épreuves de sélection, 6 élèves en parcours partiels, 8 élèves en complément de formation, 1 élève en parcours VAE et 1 élève qui a repris sa formation après un arrêt d'un an).

La particularité depuis la rentrée de 2016 : les élèves issus des bacs professionnels (ASSP et SAPAT) suivent leur formation en continu pour pouvoir être diplômés fin avril. L'équipe pédagogique a réorganisé la formation pour répondre à cette obligation. Un certain nombre de modules ont été réalisés 2 fois. Au final cela a représenté : 1 promotion séparée en 2 groupes d'élèves correspondant à 18 parcours de formation différents.

#### 6.5.1.1 - Les épreuves de sélection pour l'accès à la formation aide-soignant(e)

Nombres de candidats inscrits	Accès à la formation	2013	2014	2015	2016	2017
	Total des inscrits (liste 1, 2,3)	297	278	224	184	190
	Liste 1 et 2 (liste de droit commun)	297	278	207	146	133
	Liste 3 (bac pro ASSP ou SAPAT)			17	38	57

	Liste 4 (parcours partiels)	25	14	11	9	12
	Total	322	292	235	193	202
	Ecrit (épreuve d'admissibilité pour les personnes n'ayant aucun diplôme)	79	79	42	33	27

☛ 94% des candidats sont originaires de la Manche.

Le nombre des candidats souhaitant suivre la formation après une VAE (Validation des acquis et de l'expérience) est peu important 2 à 3 candidats par année.

Il est à noter une baisse importante du nombre de candidats aux épreuves de sélection.

Pour les listes 1-2-3 : En 2014, il y a eu la suppression des BEP carrière sanitaire et sociale et la première sortie des baccalauréats professionnels (ASSP ou SAPAT) avec en parallèle la modification des épreuves de sélection (création de la liste 3) et de la formation.

Pour les listes 4 : A partir de 2014 : création d'une épreuve de sélection spécifique pour cette catégorie de candidats et cette épreuve est devenue payante (frais de gestion de dossier).

Pour l'épreuve d'admissibilité (écrit) : le nombre est en nette diminution mais à mettre en lien avec l'augmentation des dossiers de demande de VAE auprès de la DRDJSCS.

#### 6.5.1.2 - Le diplôme d'Etat aide-soignant 2017

Session du DEAS de décembre 2016 Sur 6 présentés	Session du DEAS d'avril 2017 Sur 18 présentés	Session du DEAS De juillet 2017 Sur 35 présentés
<b>6</b> ont été diplômés	<b>18</b> ont été diplômés	<b>34</b> ont été diplômés 1 ajournement pour les modules 3 et 8

Au total : toutes sessions confondues, tous parcours confondus ont été diplômés 58 élèves sur 60 (1 élève ayant arrêté sa formation en juin).

A l'issue de cette première expérience, un bilan a été fait. Il s'avère qu'un certain nombre de difficultés ont été mises en évidence : difficulté de gestion des différents parcours (peur d'oublier de convoquer un élève pour une évaluation, d'oublier de répéter un cours...), plus de difficultés à professionnaliser les élèves issus des parcours bacs ASSP, SAPAT, les 2 groupes ne se côtoyaient pas, ils ne pouvaient pas partager leurs expériences. L'alternance a été revue complètement pour la rentrée 2017, aucun module ne sera répété, les élèves seront tous mélangés et les élèves

parcours bacs pros seront diplômés fin avril comme demandé. Un bilan sera fait à l'issue de cette nouvelle organisation.

#### 6.5.1.3 - Recensement des emplois des nouveaux diplômés 2017 le jour des résultats

	Avril-Juillet 2017 (46 réponses sur 52 diplômés)
Cherbourg et sa périphérie	95.55%
Basse Normandie	4.4%
Autre	1 congé maternité

### 6.5.2 - L'institut de formation en soins infirmiers

Les effectifs pour la rentrée 2016 se répartissaient de la façon suivante :

**Licence 1** : 71 étudiants (71 issus du concours)

**Licence 2** : 70 étudiants (dont 2 redoublements et 2 mutations entrantes) et 2 étudiantes en contrat d'apprentissage.

**Licence 3** : 79 étudiants (69 issus de L2 plus 1 redoublante pour le semestre 5, 1 mutation entrante et 8 étudiants ajournés au DEI de juillet).

Dans le cadre de la modification de la carte régionale des formations sanitaires et sociales, pour la rentrée 2017, l'IFSI a été autorisé à dispenser la formation préparant au diplôme d'Etat d'infirmier pour :

- 78 étudiants en 1<sup>ère</sup> 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<sup>ème</sup> année pour la formation par apprentissage.

#### 6.5.2.1 - Bilan des ECTS acquis à l'issue de l'année 2016-2017

**L1** : 70 % des étudiants ont acquis 60/60 ECTS

**L2** : 88.57 % des étudiants ont acquis 120/120 ECTS

**L3** : 92.85% des étudiants ont acquis 150/150 ECTS pour être présentables au Diplôme d'Etat session juillet 2017.

### 6.5.2.2 - Le Diplôme d'Etat infirmier 2017

Nombre d'étudiants en fin de formation : 70

5 étudiants ne remplissaient pas les conditions pour être présentés.

65 étudiants ont été présentés au jury du Diplôme d'Etat.

62 étudiants ont été reçus du diplôme d'Etat (soit 95.38%).

### 6.5.2.3 - Recensement des emplois des nouveaux diplômés 2017 le jour des résultats

	JUILLET 2017 (53 réponses sur 62 diplômés)
Cherbourg et sa périphérie	<b>90.57%</b>
Basse-Normandie (Calvados)	<b>3.77%</b>
Autres	<b>5.66%</b>

### 6.5.2.4 - Les épreuves de sélection pour l'accès à la formation infirmière

Accès à la formation		2013	2014	2015	2016	2017
<b>Titre 1 : Liste 1</b> droit commun / candidats bacheliers ou équivalents		269	236	238	237	201
<b>Titre 2 : Liste 2</b> candidats titulaires DEAS ou DEAP		36	52	25	18	28
<b>Titre 2 : Liste 3</b> candidats titulaires d'un DEI étranger		2	1	2	1	0
<b>Titre 2 : Liste 5</b> : candidats PACES		0	0	0	0	1
origine	Manche	91%	90%	87%	94%	92%

Depuis 2013, les candidats ne peuvent passer qu'un seul concours (ex Basse-Normandie) par an ; les niveaux supérieurs (Bac+3, 4 et plus) restent plus facilement sur Caen.

Pour la liste 2 : cela correspond à des défauts de prises en charge financière des établissements ou des OPCA.

### 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....
- 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 des professions sanitaires et sociales (CFA PSS) de Caen). L'institut propose 3 places pour la formation aide soignante et 3 places pour la formation en soins infirmiers à partir de la 2<sup>ème</sup> année. En 2017 2 étudiantes sont en en soins infirmiers en contrat avec le Centre François Baclesse de Caen, elles passeront leurs diplôme en 2018.

### 6.5.5 - Journée soins palliatifs : « Etudiants en soins infirmiers, soignants, bénévoles, experts : Apprendre les uns des autres »

L'institut de formation en soins infirmiers, les étudiants de licence3 et l'Association pour le Développement des Soins Palliatifs du Nord Cotentin (ASPNC) ont organisé une journée dédiée aux soins palliatifs le 01 février 2017. Cette journée a fait suite à un voyage pédagogique que les étudiants ont réalisé au St Christopher's Hospital à Londres.

La journée a été divisée en 2 temps. Au cours de la matinée, les étudiants ont fait l'historique des soins palliatifs et ont évoqué le parcours patient au St Christopher's Hospital .Puis ils ont abordé « les soins, supports alternatifs en France » et enfin le thème des « soignants face à la mort ». L'après midi, Mr Bernard de Maisonneuve, psychanalyste en soins palliatifs, a fait une conférence sur « Le délire des personnes en fin de vie. Qu'est ce que l'imaginaire ? » Suivie d'un débat.

Cette journée a réuni 192 participants à l'école d'ingénieur de Cherbourg-en- Cotentin. Elle a été réalisée en partenariat avec la ville de Cherbourg-en-Cotentin, le Centre Hospitalier Public du Cotentin, la région Normandie, SOS médecin, l'association Cœur et cancer et l'ASPNC.



## 6.5.6 - Zoom sur la communication en 2015-2016

L'institut participe à :

- la journée du lycéen, au forum des métiers et des formations du Cotentin,
- à des forums d'information dans les collèges,
- aux soirées « professeurs principaux et enseignement supérieur » organisées par l'enseignement supérieur.
- à des rencontres avec des professionnels de MEF (maison de l'emploi et des formations)

129

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.

Pour conclure, un projet de construction d'un nouvel institut sur le site de l'AFPA de Cherbourg-en-Cotentin a été validé par la région Normandie et verra le jour à l'horizon **2021**. Dans le cadre de ce projet, depuis la rentrée 2017 les selfs de l'IFSI et de l'AFPA sont mutualisés sur le site de ce dernier.

## 7 – Les moyens logistiques consacrés au fonctionnement de l'établissement

La Direction logistique regroupe en son sein divers services tels que le service économique, le service plan et travaux, le service biomédical ainsi que les différents services logistiques (restauration, blanchisserie, sécurité, transports, bio nettoyage)

**2017 aura été marqué par les évènements suivants :**

- Une réflexion amorcée sur le projet de service de la DL avec la création d'une fonction contrôle de gestion,
- La création du GHT gériatrique du Cotentin, composé du CHPC établissement-support et des EHPAD de Sainte Mère Eglise et Carquebut, établissements-parties, amorçant la réflexion sur une politique d'achats commune,
- La gestion des magasins, avec un objectif de modernisation de l'organisation et des pratiques, est confiée à Aurélie AMIOT à partir d'octobre,
- La mise en place de groupes de travail chargés de questionner et de rationaliser l'ensemble des flux logistiques,
- La poursuite de la formation qualifiante-diplomante CDAF/ANFH pour 3 personnes.

- L'implication dans le programme PHARE (performance hospitalière pour des achats responsables) :
- La mise en œuvre du 5ème plan d'action achat avec des gains achats de 1 284 450 € identifiés sur 12 mois.
- La participation aux groupements de commandes régionaux sur le contrôle des systèmes de pesée et la maintenance des ascenseurs.
- Le renforcement du partenariat avec les centrales d'achat UGAP, RESAH et UniHa : scanner d'imagerie, échographes, automates de biologie, télécommunications, assurance automobile, véhicule SMUR, fournitures d'ateliers.
- La participation à l'audit des processus dans GEF afin de préparer la dématérialisation de la chaîne de facturation (ce sont près de 87 000 lignes de liquidations qui sont traitées par l'ensemble des gestionnaires GEF chaque année).
- L'élaboration, avec le service informatique, du logiciel THOR de gestion dématérialisée des transports de patients, afin de maîtriser les dépenses tant internes que celles qui sont prises en charge par l'assurance-maladie.
- Le déploiement du plan de sécurisation de l'établissement.

## 7.1 – Un programme d'investissement en baisse

Le programme d'investissement (travaux, mobilier et biomédical) poursuit sa baisse. Il s'élevait à 4.027.997€ en 2015, à 3.314.362€ en 2016. Il s'établit à 2 267 161.30 euros en 2017 soit une variation de – 1 047 200.70 € euros entre 2016 et 2017 ou une baisse de 31.6%.

### 7.1.1. - Les travaux d'investissement

Le programme d'investissement pour l'année 2017 s'élève à 1 141 161,30 €. Il est en nette diminution par rapport à 2016 (2 103 387,25 €) comme par rapport à 2015 (2.939.276,24€)

Les principales opérations réalisées en 2017 sont :

- ✓ Le projet de restructuration d'activités pour **776 173 €**

dont principalement :

582 358 € pour le plateau d'Oncologie-Pneumologie et Hépatogastro-Entérologie

182 379 € pour le parking « consultants »

11 436 € divers autres travaux

- ✓ Les programmes travaux divers du site de Cherbourg pour **291 175 €**

dont principalement :

59 393 € | pour l'aménagement d'un vestiaire central

30 036 € | pour l'installation d'un bar à salades et grill au self du personnel

47 795 € | pour l'installation de vidéo surveillance et de contrôle d'accès sur le site

28 579 €	de Pasteur (ancien hôpital et parking « consultants » pour la création d'un by-pass eau froide de l'ancien hôpital vers le grand hémicycle.
21 705 €	pour les travaux de remplacement du scanner d'Imagerie
26 445 €	pour l'installation ou le remplacement de portes automatiques
9 720 €	pour l'installation d'une régulation flottante du groupe de froid du BMT (programme d'économies d'énergie)
10 356 €	pour le lancement des études de remplacement des centrales de traitement d'air du BMT (programme d'économies d'énergie)
11 886 €	pour l'installation d'un système de régulation du chauffage du bâtiment hémicycle sud (programme d'économies d'énergie)
28 577 €	pour les travaux de mise en conformité incendie des façades du grand hémicycle.
5 646 €	(part facturée en 2017, solde en 2018) pour les travaux d'aménagement du secteur traumatologie du service des Urgences.
11 037 €	divers autres travaux : HDJ Evaluation gériatrique – Travaux d'aménagement DRH.

✓ Les programmes travaux de l'EHPAD, pour le remplacement d'une des portes automatiques de l'entrée **4 891.00 €**

✓ Les programmes travaux divers pour le site de Valognes pour **68 922.00 €**

dont :

51 856 €	pour les travaux de remplacement du TGBT du bâtiment hôpital
11 754 €	(solde) pour les travaux de gros entretien de la charpente du cloître
5 312 €	pour l'installation des portes dans le service SSR-UCC dont la porte automatique à l'entrée du service

Dans le cadre de ces opérations les services techniques ont accompagné encore de nombreux déménagements et mise en service :

✓ janvier 2017 : remplacement du scanner d'imagerie à Cherbourg

✓ avril 2017 : livraison du secteur d'hospitalisation de Pneumologie.

Mise en service du vestiaire central.

Mise en service du parking des consultants

✓ octobre 2017 : mise en service du plateau d'endoscopie centralisé de Pneumologie et d'Hépatogastro-Entérologie.

Livraison du secteur d'hospitalisation d'Hépatogastro-Entérologie.

## 7.1.2 - Les investissements biomédicaux

Le programme pour l'année 2017 s'élève à 776 000 euros. Il est en baisse de 15.000€ par rapport à 2016.

Il convient également de noter compte tenu de l'insuffisante capacité d'investissement de l'établissement la part grandissante du recours au leasing se répercutant directement sur les charges d'exploitation (en 2016, ces dépenses étaient de 156.000 euros, en 2017 elles représentent la somme de 487000€ euros)

En dehors du remplacement d'une salle d'imagerie à Cherbourg, en leasing, les principales acquisitions d'équipements ont été les suivantes :

<i>Pôle</i>	<i>Service</i>	<i>Équipement</i>	<i>Coût réel (€ TTC)</i>
C	Endo centralisée	Lave endoscope + armoire	72 187,22 €
C	Hépatogastro	Video Coloscope (garantie 3 ans)	31 949,86 €
C	Hépatogastro	Vidéo Gastroscope (garantie 3 ans)	31 151,52 €
C	Pneumo	Colonne bronchoscopie	17 805,60 €
F	Maternité	Échographe	108 537,82 €
F	Maternité (CPP)	Échographe (morpho)	108 537,82 €
F	Maternité	Lit d'accouchement	15 583,08 €
I	Cardiologie	Monitoring / centrales	132 000,00 €
I	Neuro	Matériel mise à niveau parc EEG	67 645,72 €
I	Urgences	Défibrillateur	27 604,80 €
I	Urgences	Défibrillateur (TIH)	27 605,80 €
P	Labo	Congélateur	10 483,00 €
P	Bloc central	Moteurs	27 985,32 €
P	Imagerie	Moniteur magnétique	36 829,28 €
P	Sté	Laveur	38 026,16 €

## 7.1.3 - Les investissements hôteliers

350.000€ ont été consacrés aux investissements hôteliers en 2017 soit un montant stable par rapport à 2016.

* Equipements du plateau Oncologie- Hépatogastro-Entérologie et plateau de consultations de médecins	94130 €
* Equipements de cuisine	59460 €
* Véhicules	32470 €
* Vestiaire centralisé	20515 €

S'ajoutent les achats sur programmes spécifiques :

- 143 000€ pour les EHPAD
- 94 000€ pour la restructuration des plateaux de soins
- 19 000€ au titre du FIPHFP
- 12 000€ pour le CLACT

## 7.2 – Des dépenses d'exploitation maîtrisées

### 7.2.1. Les dépenses d'entretien des locaux

Les dépenses d'entretien des locaux et des équipements hors dispositifs médicaux ont atteint 1 075 194 € en 2017, soit une baisse de - 2.18 % ou - 23 964 € par rapport à 2016.

- ✓ Fournitures d'ateliers 408 216.23 €(- 7 % par rapport à 2016)

La fin du projet de restructuration des plateaux a limité le recours aux services techniques pour les mises en service.

- ✓ Entretien des bâtiments (61522)201 333.40 €(+ 34 % par rapport à 2016)

L'évolution à la hausse des dépenses de ce compte se poursuit, résultant des règles de certification des comptes, pour les travaux de gros entretien comme une opération importante de traitement de la charpente du cloître de Valognes et des réfections de toitures sur les sites de Cherbourg et Valognes du fait de dégâts liés à la tempête de fin 2016.

- ✓ Entretien des équipements (6152588) 33 068.04 € (- 28 % par rapport à 2016)

- ✓ Contrats de maintenance et contrôles réglementaires 432 576.00 € (- 6.8 % par rapport à 2016)

Les dépenses ont été à la baisse par rapport à 2016 du fait de dépenses de maintenance non reconduites tous les ans (maintenance des cellules HT tous les 2 ans à prévoir pour 2018).

### **ETAT RECAPITULATIF DU COUT DE MAINTENANCE DES INFRASTRUCTURES ET DES EQUIPEMENTS (compris personnel technique)**

	2013	2014	2015	2016	2017	Evolution
Dépenses de personnel	1 369 253 €	1 414 688 €	1 451 066 €	1 420 326 €	1 464 898 €	+3.1%
Dépenses des fournitures ateliers	442 317 €	433 411 €	393 859 €	438 959 €	408 216 €	- 7 %
Dépenses d'entretien & réparations extérieures	106 913 €	174 883 €	155 527 €	196 223 €	234 401 €	+ 19.5 %

Dépenses de maintenance sous contrat	480 347 €	426 262 €	412 953 €	463 976 €	432 576 €	- 6.8 %
	2 398 830 €	2 477 135 €	2 413 405 €	2 519 484 €	2 540 091 €	
SHOB du Bâti	138 536 m <sup>2</sup>	138 536 m <sup>2</sup>	138 972 m <sup>2</sup>	138 972 m <sup>2</sup>	138 484 m <sup>2</sup>	Compris Ehpad & IFSI
	17.31€/m <sup>2</sup>	17.88€/m <sup>2</sup>	17.36€/m <sup>2</sup>	18.13 €/m <sup>2</sup>	18.34 €/m <sup>2</sup>	

Les services techniques ont traité en 2017, 11 140 demandes d'intervention, représentant en total de 21 415 heures saisies dans l'outil GMAO, soit un coût moyen de l'heure d'intervention à **87.47 € /h**, compris fourniture et encadrement de proximité.

## 7.2.2. Les dépenses d'énergie

Les dépenses d'énergie sont, de nouveau, en baisse : 1 628 133.70 € en 2017 pour 1 739 887 € en 2016, soit – 111 753.80 € ou – 6.42 %

- ✓ Fourniture de fioul 6 172.21 € (+ 4.03 % par rapport à 2016)
- ✓ Fourniture d'eau 207 529. 76 € (- 4.61 % par rapport à 2016)  
Baisse résultant de la résorption d'une importante fuite sur le dernier semestre 2016, en année pleine sur 2017
- ✓ Fourniture d'électricité 844 609.94 € (- 3.42 % par rapport à 2016)  
soit une baisse de 29 899 € des dépenses résultant des conditions tarifaires attractives dans le cadre du groupement d'achat UNIHA et d'une légère baisse des consommations électriques.
- ✓ Fourniture de gaz 456 602.00 € (- 15.84 % par rapport à 2016)  
soit une baisse de 85 958 € des dépenses en bénéficiant des conditions avantageuses du groupement d'achat UNIHA et d'une baisse des consommations principalement constatée sur le dernier trimestre 2017.
- ✓ Chauffage 113 219,63 € (+ 13.99 % par rapport à 2016)  
Augmentation en année pleine du nouveau contrat d'exploitation du chauffage à Valognes mis en place au dernier trimestre 2016.

### EVOLUTION DES DEPENSES D'ENERGIE ET FLUIDES

	2013	2014	2015	2016	2017	EVOLUTION
FIUOL	9 043 €	14 839 €	14 898 €	5 933 €	6 172 €	+ 4 %
EAU	196 166 €	187 118 €	175 962 €	217 565 €	207 530 €	- 4.6 %
ELECTRICITE	845 337 €	873 695 €	900 281 €	874 509 €	844 610 €	- 3.4 %
GAZ	804 959 €	560 397 €	607 022 €	542 560 €	456 602 €	- 15.8 %

CHAUFFAGE	77 490 €	104 083 €	82 888 €	99 320 €	113 219 €	+ 14 %
	<b>1 932 995 €</b>	<b>1 740 132 €</b>	<b>1 781 051 €</b>	<b>1 739 887 €</b>	<b>1 628 133 €</b>	

Les dépenses d'énergie et de fluides ont enregistré une baisse significative en 2017 bénéficiant d'une baisse des consommations consécutive du début d'hiver doux (- 1 % pour l'électricité, - 5 % pour le gaz), mais surtout des conditions tarifaires attractives du groupement d'achat UNIHA.

Dans ce cadre, le service Plan et Travaux poursuit ses actions en termes d'économies d'énergie avec l'engagement des études pour le remplacement des centrales de traitement d'air du Bloc Médico- Technique

### 7.2.3 - Les dépenses médicales et biomédicales

Ces dépenses progressent de 138 038€ (6 221 203.90 € en 2017 contre 6 083 165.89€ en 2016)

Malgré des économies importantes sur les produits sanguins (-86 000€) et la maintenance biomédicale (-93 000€), le recours à la location d'équipements médicaux (+51 000€) et à la sous-traitance pour des actes médicaux tels les coronarographies, scintigraphies et dopplers (+165 000€) ou d'analyses de laboratoires (+66 000€) ont engendré un dépassement de l'EPRD de 41 000€.

### 7.2-4 - Les dépenses hôtelières

Ces dépenses s'élèvent à 4 982 962 euros en 2017 contre 4 647 679 euros en 2016 soit une progression de 335 283€.

Cette évolution s'explique par plusieurs éléments :

- le poids des crédits bails (+301.000€)
- le doublement de ligne ethernet vers Valognes (+85.000€)
- le transport des usagers (+67000€)

A noter cependant les économies réalisées sur l'alimentation (-17.000€), la gestion des DASRI (-19000€) et la réduction des achats hôteliers (-47000€)

## 7-3 - L'activité des services logistiques

### 7.3.1 - La restauration

<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>776 358 repas</b> préparés et servis par le service restauration. (2016 : 782 280 / - 5922 repas / - 0.76%)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>71.53%</b> de l'activité globale du service restauration est réalisé sur <b>Pasteur</b> et <b>28.47%</b> sur <b>Valognes</b>. (2016 : 71.78% Pasteur / 28.22% Valognes)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>41.59%</b> de l'activité liée aux repas <b>patients</b>, <b>32.61%</b> aux <b>EHPAD</b>, <b>25.24%</b> au <b>personnel du CHPC</b>. (2016 : 41.28% Patients / 32.94% Ehpad / 25.78% Personnel)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Le <b>Prix de Revient</b> d'une <b>Journée alimentaire</b> est de <b>9.58€</b>. (2016 : 9.67€ / -0.95%)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Stabilisation du titre 1</b> avec une diminution de - 0.25%. (2017 : 1 871 439€ / 2016 : 1 876 178€ / Gain de 4 738€)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Hausse du titre 3</b> de <b>6 561€, soit 0.39%</b>. (2017 : 1 709 356€ / 2016 : 1 702 794€)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Baisse des achats de denrées : - 17 495€</b> (2017 : 1 513 192€ / 2016 : 1 530 688€)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Respect du budget alimentaire avec 1 513 192€ de dépenses pour 1 543 000€ de budget.</b> (Gain de 29 807€)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Coût de revient unitaire d'un repas de 1.949€</b>. (2016 : 1.956€ / 2015 : 1.949€ / 2014 : 1.981€)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Baisse des recettes</b> en 2017 avec <b>94 974€</b> de moins qu'en 2016 (-5.88%). (2017 : 1 520 377€ / 2016 : 1 615 352€)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>53.96 ETP</b> au total sur 2017 : <b>45.81</b> sur Pasteur et <b>8.15</b> sur Valognes. (2016 : (2016 : 53.98 / 2015 : 54.40 / 2014 : 56.94)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Baisse de l'absentéisme de 0.81%</b>. (2017 : 4.75% / 2016 : 5.56% / 2015 : 4.86% / 2014 : 9.21%)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>99.67% d'analyses bactériologiques satisfaisantes.</b></li></ul>



### 7.3.1.2 - Les évènements 2017

#### ✓ Organisation

- Mise en route de la nouvelle organisation liée au déploiement du logiciel de GPAO Datameal. Fin du système de double documents de production, nouvelles fiches de postes...
- Mise en route du projet Salad'Bar et pole frites/grillades sur le self Pasteur.

#### ✓ Projet économique

- Poursuite des recherches d'économies au niveau des denrées utilisées.
- Participation au projet d'adhésion à un groupement d'achat départemental le GAPReC.
- Poursuite de la réduction des dotations de marchandises pour les services de soins et Ehpad : fin des eaux de sources et baisse des dotations de jus d'orange.
- Mise en route d'un nouveau marché pain

#### ✓ Autres projets

- Fin du contrat d'apprentissage en alternance pour un jeune en situation de handicap. Obtention du diplôme de CAP d'APR.
- Participation aux projets de la Direction logistique : Optimisation des flux logistiques, projet de service DL, mise en place carte bleues self...

## 7.3.2 - La blanchisserie

### 7.3.2.1 – Les chiffres clés 2017

<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>1.235.666</b> kg en 2017 ( 1.238.454 kg en 2016 - 1.244.583 kg en 2015 )</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Prix du kg de linge : 1,44€ en 2017 contre 1,55€ en 2016</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Diminution de 8,3% dépenses de personnel ( titre 1) 1 256 246€ en 2017 contre 1 369 620€ en 2016</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Stabilisation <b>des charges à caractère hôtelier et général (titre 3) 339183€ en 2017 contre 339633€ en 2016</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Dépenses de textiles en hausse de 20000€</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>37,98 ETP</b> au total sur 2017 (2016 : 41,39ETP)</li></ul>

### 7.3.2.2 – Les évènements 2017

#### ✓ Organisation

- Expérimentation sur la distribution du linge propre pour généralisation en 2018 en vue de réduire les manipulations et les ruptures de stocks
- Optimisation des flux logistiques (circuits de ramassage)
- Poursuite de la réflexion sur l'aménagement des postes dans le but de réduire les TMS

#### ✓ Travaux/ achats

- Remplacement des galets de tunnels
- Achat de rolls ergonomiques

### 7.3.3 - Les transports et la gestion des déchets

<ul style="list-style-type: none"> <li>• 18.80 ETP</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DASRI : 179430 kg pour 96 656€ en 2017 /183368 kg pour 121601€ en 2016</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• FILIERES DE REVALORISATION cartons/ papiers/ boîte de conserve : 1949 m3 en 2017/1461 m3 en 2016</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de km parcourus : 977508 en 2017/ 982627 en 2016</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sinistres : 28 sinistres en 2017 ( 3 HAD- 6 SMUR) /8 en 2016</li> </ul>

### 7.3.3.2 – Les évènements 2017

- ✓ Diminution des navettes Cherbourg- Valognes et la sous-traitance des transports Cherbourg- Caen pour mise en place en 2018
- ✓ Réduction du parc de véhicules (passage de 54 à 49 véhicules)
- ✓ Réflexion amorcée sur le circuit « déchets » en vue de diminuer les manipulations

## 7.3.4 - Les magasins

### 7.3.4.1 – Les chiffres clés 2017

<ul style="list-style-type: none"><li>• 1 responsable de magasin, 4 magasiniers, 1 apprenti, 1 cae</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• 1467 références d'articles en stock sur Cherbourg/600 références d'articles en stock à Valognes</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• distribution régulière : 80 services à Cherbourg/ 20 services à Valognes</li><li>• distribution à la demande : 30 services à Cherbourg</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• 26791 colis/ 2536 palettes pour un poids de 712062 kg sur Cherbourg</li><li>• 1239 colis/ 688 palettes pour un poids de 146015 kg sur Valognes</li></ul>

### 7.3.4.2 – Les évènements 2017

- ✓ Prise de fonction de **Mme Aurélie AMIOT** en qualité de responsable de magasin en novembre 2017
- ✓ Réorganisation des commandes sur les sites de Cherbourg et de Valognes
- ✓ Réorganisation du magasin
- ✓ Diminution du nombre de références

## 7.3-5 - Le service intérieur

### 7.3.5.1 – Les chiffres clés 2017

<p><b>Effectifs :</b> Les équipes assurent les fonctions MHL et coursiers (+ lavage de la vaisselle sur Valognes) Site de Cherbourg : 30.22 ETP en 2017 pour 29.41 ETP en 2016 Site de Valognes : 19.70 ETP en 2017 pour 20.19 ETP en 2016</p>
<p><b>Prix de revient au m2 sur la fonction MHL :</b> 18 €/m2 sur Cherbourg 26.69€/m2 sur Valognes Cette différence s'explique par une proportion de CAE plus important sur Cherbourg</p>
<p><b>Absentéisme :</b> 18.38j / agent en 2017 contre 11.42j/agent en 2016 sur Cherbourg 38.83 j/ agent en 2017 contre 62.27j/agent en 2016 sur Valognes</p>
<p><b>Dépenses de produits :</b> +3300€ en 2017 par rapport à 2016, évolution qui s'explique par des coûts de maintenance plus importants que l'année précédente</p>

### 7.3.5.2 - Les évènements 2017

- ✓ Fin annoncée du dispositif CAE
- ✓ Etude sur la sous-traitance du bio nettoyage en collaboration avec les pôles

## 7.3.6 La sécurité

### 7.3.6.1 – Les chiffres clés 2017

<p><b>Effectifs :</b> 19.8 ETP</p>
<p>337 rapports (dont 98 sur des alarmes feu, 63 pour des personnes agitées, 43 pour des recherches de patient)</p>
<p>Atteintes aux personnes Atteintes aux biens</p>

### 7.3.6.2 - Les évènements 2017

- ✓ Déploiement du plan de sécurisation (révision des horaires, accès par badges)
- ✓ Visite de sécurité sur l'hôpital de Valognes

## 7- 4 – Pharmacie et stérilisation

**Au cours de l'année 2017, différents projets ont été conduits au sein du service pharmacie-stérilisation du CHPC :**

### Circuit du médicament

- Finalisation de l'organisation de la PUI entre les 2 sites avec la délivrance des solutés (projet ANAP)
- Poursuite de l'informatisation du circuit du médicament en lien avec le déploiement du DPI
- Révision des dotations des services de soins
- Actions et projets en URC
- Démarche qualité, gestion des risques,
- Développement de la pharmacie clinique avec notamment le déploiement de la conciliation médicamenteuse, la montée en charge des entretiens pharmaceutiques et la poursuite des actions de pharmacovigilance en Oncologie

- Rétrocessions : restructuration de la zone d'accueil des patients et des personnels des services de soins sur le site de Cherbourg
- Autres actions : CLUD, Fluides médicaux, actions d'informations

#### **Gestion des achats de médicaments et DMS**

- Optimisation des achats et marchés via les actions régionales

#### **Circuit des dispositifs médicaux stériles (DMS) et des dispositifs médicaux implantables (DMI)**

- Finalisation de la 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

#### **Stérilisation**

- Poursuite des actions qualité avec notamment la mise à jour du MAQ
- Mise en place d'un nouveau laveur désinfecteur

### **7.4.1 – Actions réalisées et projets**

#### **1 - PHARMACIE**

##### **A. Circuit du médicament**

##### ***a) Organisation de la PUI entre les 2 sites***

L'année 2017 a été l'année de finalisation de l'organisation de la PUI entre les 2 sites.

Mode de fonctionnement entre les 2 sites

La PUI du CHPC est répartie sur 2 sites :

- Site de Cherbourg
- Site de Valognes

Le stock central (médicaments – dispositifs médicaux stériles - solutés) est situé sur le site de Cherbourg à partir duquel le réapprovisionnement de l'ensemble des produits pharmaceutiques en dotation dans les services de soins est assuré pour les 2 sites.

Sur le site de Valognes, un stock limité de médicaments réapprovisionné à partir du stock central du site de Cherbourg permet la délivrance des médicaments hors dotation aux services de soins du site de Valognes.

Modalités de réapprovisionnement :

### **Dotations**

Médicaments : mode plein vide à l'exception d'un système d'armoires mobiles pour une EHPAD (EHPAD d'Octeville) réapprovisionnées à partir du stock central

DMS et solutés : mode plein vide (site de Cherbourg) ; armoires mobiles (site de Valognes)

### **Hors dotation**

Les médicaments délivrés en hors dotation sont préparés à partir des consoles de dispensation du logiciel Pharma par patients et par service ; chaque pharmacie de site assure la dispensation des médicaments hors dotation pour les services de soins du site.

Les modes de délivrance des médicaments sont similaires sur les 2 sites.

### **☛ Site de Valognes**

Le poste de préparateur est assuré par plusieurs préparateurs formés en roulement avec les postes du site de Cherbourg.

La présence du pharmacien est assurée quant à elle à hauteur de cinq ½ journées par semaine.

Alors que les activités de rétrocession, la gestion des fluides médicaux, des stupéfiants sont réalisées sur les 2 sites, celles concernant la reconstitution des médicaments anticancéreux en Unité de reconstitution centralisée (URC), la fabrication de préparations magistrales ne sont effectuées que sur le site de Cherbourg.

Cas particulier : gestion des vaccins pour le centre de vaccinations internationales effectuée sur le site de Valognes compte tenu de la localisation du centre sur le site de Valognes

### **Actions 2017**

Les actions 2017 ont porté essentiellement sur l'harmonisation des méthodes de rangement des stocks des médicaments sur les 2 sites, les modalités d'étiquetage des solutés et des électrolytes hypertoniques avec étiquetage adapté aux risques dans les armoires de proximité des services de soins.

Autres actions : révision de certaines dotations et mise en place de nouvelles dotations lors de l'ouverture de nouveaux services (UTH – UTP).

## **Projet 2018**

La poursuite de l'harmonisation des pratiques entre les 2 sites est un des objectifs 2018.

La révision d'un maximum de dotations en tenant compte des changements de marchés et du déploiement du DPI dans les services de soins sont également 2 objectifs essentiels en 2018.

**Remarque** : le déploiement du DPI permet de réduire la demande des médicaments hors dotation à partir du support unifié (SPU) au profit de l'utilisation des consoles de dispensation.

### ***b) Informatisation du circuit du médicament***

#### **Actions 2017**

Le déploiement du DPI s'est poursuivi en 2017 sur les services suivants :

- Neurologie = 34 lits
- Cardiologie = 33 lits
- Oncologie = 14 lits

Cas particulier : l'informatisation de la prescription dans le service de Néonatalogie a été mise en place en juin 2017 avec un logiciel métier « Logiprène » en lien avec le DPI.

Au total, 50 % des lits du CHPC bénéficient de la prescription informatisée à la fin de l'année 2017.

#### **Projets 2018**

Le déploiement du DPI est programmé sur les services suivants :

- Pneumologie, Hépatogastroentérologie (plateau 4)
- Chirurgies

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 l'forms, préalablement présentés en COMEDIMS, sont intégrés ensuite au logiciel via un paramétrage assuré par un binôme pharmacien/médecin.

### ***c) Unité de reconstitution des chimiothérapies (URC)***

#### **Actions 2017**

Les actions menées en 2016 ont été poursuivies en 2017 avec notamment les actions suivantes :

- Révision régulière 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 »

- Suivi des spécialités de la liste hors T2A
- 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 2017)
- 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 2018**

Les projets de l'URC pour 2018 reprennent l'ensemble des actions de 2017 avec poursuite des actions à mener, parmi lesquelles le développement de la pharmacovigilance et des entretiens pharmaceutiques en pneumo-cancérologie.

### **Autres projets 2018**

- Mise en place de la codification des indications en lien avec les codes UCD
- A poursuivre selon CAQES : traceurs, audits, ... dont RCP
- 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 les médecins libéraux et rédaction de procédures en particulier d'organisation générale et de mode opératoire pour l'activité vers l'HAD selon avancement du projet avec qualification du colisage réfrigéré
- Homogénéisation au 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 la Direction de la qualité (cartographie des risques)
- Procédure dégradée en cas de panne informatique : A valider
- Projet régional PREP'S : Lien ville Hôpital pour les traitements anticancéreux per os
- Suivi des dépenses en lien avec la DAFSIM et le DIM
- Projet régional d'éducation thérapeutique PRETORA (chimiothérapies et thérapies ciblées orales)
- Ville – Hôpital : patients sous infuseurs, plateforme de communication entre professionnels



***d) Démarche qualité, cartographie des risques liés au circuit du médicament, conciliation médicamenteuse et entretiens pharmaceutiques***

**Actions 2017**

Les actions 2017 sont en lien avec la certification V 2014 et le compte qualité qui l'accompagne.

Alimentation du compte qualité avec différentes actions :

- Poursuite du travail sur les Never Events : fiches de bon usage (AOD, K+, Insulines, MTX,...) et pictogramme dans armoire de stockage
- EPP sur les conditions de stockage des médicaments
- 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) (Valorisé lors d'un Atelier APHIF, février 2018, intervenant sur « Interruption de tâches »)
- Poursuite du projet conciliation médicamenteuse (CTM) : cible gériatrique et extension en chirurgie Pharmacien du CHPC Formateur au niveau régional pour la CTM ; valorisation de l'activité via un poster « La Conciliation des Traitements Médicamenteux de Sortie (CTMS) chez le sujet âgé : quid de son devenir en ville ? » présenté à l'APHIPH en 2017
- Réflexion sur les Biosimilaires : campagne de sécurité en octobre 2017 avec édition d'une plaquette d'information à l'attention des professionnels et du public

**Projets 2018**

L'alimentation du compte qualité est un axe essentiel pour 2018 avec de surcroît les audits à mener pour le CAQES dont des audits en oncologie

***e)Autres actions***

*Comité de lutte contre la douleur (CLUD)*

**Actions 2017**

- Plaquette d'information VERSATIS à destination des médecins, IDE, cadres accessible sur le logiciel Qualité du CHPC (APTA)
- Harmonisation de la feuille de calcul PCA Morphine avec test dans services du pôle C
- Protocoles rédigés : alternatives à la codéine chez l'enfant, utilisation du patch lidocaïne/prilocaine
- DPI et prescription des antalgiques perfusés : mise en place des Iforms
- Douleur induite par les soins : information/formation en instance CLUD

### **Projets 2017**

- EPP qualité et efficacité de la PEC de la douleur aux urgences traumatologiques
- Tramadol buvable : information de son utilité chez la personne âgée
- Formations MEOPA : 4 dates à prévoir sur Cherbourg et Valognes
- Livret des antalgiques à mettre en place
- Poursuite rédaction de protocoles : titration de la morphine, morphine en PCA, injection de kétamine, administrations orales de kétamine ; méthadone dans les douleurs chroniques rebelles cancéreuses ; prise en charge des douleurs aiguës chez les patients toxicomanes
- Positionnement morphine/oxycodone

### *Fluides Médicaux*

#### **Actions 2017**

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 :

- Installation d'une station Kinox en Réanimation
- 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 dont les bouteilles de MEOPA en toute sécurité et calcul d'autonomie
- Renforcement de la vigilance quant aux contrôles des prises murales dans le cadre de la restructuration des unités de soins.

#### **Projets 2018**

Les actions engagées sur 2017 sont poursuivies sur 2018, notamment en termes de formation à l'utilisation des bouteilles de MEOPA (4 séances de formation prévues en 2018).

#### **Autres projets :**

- Préparation d'un nouvel AO sur 3 lots de fluides médicaux
- Réflexion pour achat au sein de la région

## ***f) Actions d'information et de communication***

### **Actions 2017**

- Semaine sécurité du patient en novembre 2017 : implication de l'équipe pharmaceutique par une communication sur les biosimilaires, à l'aide d'une plaquette d'information distribuée auprès du personnel soignant mais aussi des usagers.
- Relation ville Hôpital : poursuite de réunions de travail entre les pharmaciens hospitaliers du CHPC et les pharmaciens de ville.
- Co-investigateur sur le PREPS « étude de faisabilité sur le lien ville-hôpital en oncologie, évaluation qualitative d'un réseau régional »
- Charte de communication entre pharmacies de ville et la PUI du CHPC avec une première réunion en juin 2017

### **Projets 2018**

- Personnalisation par service de soins de la liste des produits les plus couramment rétrocédés suite à une hospitalisation
- Charte de communication entre pharmacies de ville et la PUI : poursuite de la réflexion avec les pharmaciens d'officine
- 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***

#### **Médicaments**

Le marché engagé par le groupement de Basse Normandie au 1<sup>er</sup> mars 2015 est en cours jusqu'au 31 mars 2018.

Au cours de l'année 2017, aucun marché de monopole n'a été passé par le CHPC.

Les pharmaciens ont participé au cours de l'année 2017 à la rédaction de l'allotissement et au choix des médicaments pour le marché 2018 – 2021 qui débutera au 1<sup>er</sup> avril 2018.

Il s'ensuit en 2018 une mise à jour des bases sur les logiciels : Pharma – HEO – Crossway.

En 2017, 8 changements de marché ont été réalisés par rapport au marché en cours et ce, pour diverses raisons (ruptures, mise sur le marché de génériques ou de biosimilaires avec baisse de prix significative...).

Le gain a été de 2 200 € pour ces 8 produits.

Pour l'année 2018, les médicaments en monopole non retenus par le Groupement de Basse Normandie seront achetés par le CHPC via le RESAH (Groupement d'intérêt public qui assure une mutualisation des achats pour les établissements médico-sociaux).

Une réflexion sur un nouveau groupement rassemblant tous les établissements de Normandie a été débutée en 2017.

### **Dispositifs médicaux stériles (DMS)**

La campagne 2017 devrait permettre d'obtenir un gain annuel de 27 000 € pour les DMS à partir de 2018, soit 17% du montant de référence.

Comme pour les médicaments, une réflexion sur un nouveau groupement rassemblant tous les établissements de Normandie a été débutée en 2017.

## **C. Circuit des Dispositifs Médicaux Stériles (DMS) et des Dispositifs Médicaux Implantables (DMI)**

### ***a) Dispositifs médicaux stériles***

#### **Actions 2017**

Suite à la mission ANAP, la mise en place du stockage des DMS selon le mode plein-vidé a été poursuivie en 2017 dans les services suivants :

- CSNP
- Néonatalogie
- Plateau de Pneumologie, Oncologie, Hépatogastrologie, endoscopie
- Imagerie médicale

Mise à jour des protocoles de Traitement de plaies par Pression Négative

Mise en conformité du stock de Médicaments et Dispositifs Médicaux du PSM avec la nouvelle composition de décembre 2016, intégration du stock dans le logiciel SIGESSE, participation à l'exercice départemental SAREX

#### **Projets 2018**

Poursuite de la mise en place du stockage des DMS selon le mode plein-vidé en 2018 :

- Maternité 1er étage et anesthésie maternité
- Néphrologie et Hémodialyse
- Consultations chirurgicales et chirurgicales spécialisées

- EHPAD Gros Hêtre
- HAD
- Hôpital de jour de Médecine

et mise en place d'un 4ème 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 : dispositifs de prélèvements (unité à ailettes, seringues, seringues à gaz du sang en collaboration avec le laboratoire ...)

### ***b) Dispositifs médicaux implantables***

#### **Actions 2017**

Traçabilité informatique des DMI

La traçabilité informatique des DMI intègre le ré étiquetage par un numéro unique des boîtes. Ce numéro autorise le scannage du DMI posé, directement en salle et engendre automatiquement la création d'une commande validée par le pharmacien. Le circuit de traçabilité papier peut ainsi disparaître.

Dans le cadre des travaux menés avec l'ANAP, ce circuit a été mis en place au bloc cardiologique à la fin de l'automne 2015 et fonctionne parfaitement depuis. Cependant, le projet n'a pas pu être finalisé au bloc central faute de disponibilités des IBODE. La pharmacie poursuit donc la traçabilité au regard des fiches papiers transmises par le bloc central.

Au cours de l'année 2017, l'étiquetage par le numéro unique est poursuivi pour une majorité de DMI afin de préparer le stock pour le jour de la mise en place.

Le circuit de réception/étiquetage/délivrance est également amélioré.

#### **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 2018**

Rendre effectif le partage de la traçabilité informatique entre le bloc et la pharmacie.

Renouveler les appels d'offres de stimulateurs cardiaques et de fournitures d'orthopédie avec harmonisation des référencements.

Suivre les échecs de pose, évaluer leur cause, leur conséquence et chercher des axes d'amélioration

## 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

### *a) Commission technique*

#### **Bilan 2017**

En 2017, les membres de la commission technique se sont réunis trois fois.

Les thèmes abordés en 2015 sont les suivants :

- Bilan des consommations en produits pharmaceutiques sur l'ensemble du CHPC sur 2017,
- Bilan 2016 des prescriptions des spécialités et des DMI de la liste hors GHS, notamment hors AMM et hors PTT,
- Estimation de l'évolution des consommations en médicaments de la liste hors GHS (médicaments et DMI) et plus généralement de l'ensemble des produits pharmaceutiques au 31 décembre 2017
- Modalités de prise en charge des patients sous traitement par molécule onéreuse et sous certaines indications radiées
- DPI : Présentation de l'IFORMS « anticoagulants oraux » pour le module HEO et état d'avancement du déploiement de HEO sur le CHPC,
- Présentation du nouveau contrat de bon usage : le CAQES
- Conciliation médicamenteuse : rapport d'activité
- Référencement de certaines spécialités médicamenteuses,
- Référencements de certains DMS.

#### **Projets 2018**

Les actions 2017 seront poursuivies en 2018 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.

## ***b) Commission scientifique***

Au cours de l'année 2017, 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 et seront poursuivis en 2018.

## **2 - STERILISATION**

### **Actions 2017**

- Mise à jour du manuel d'assurance qualité
- Harmonisation des plateaux opératoire
- Sécurisation de l'identification des DLU (durée limite d'utilisation) des plateaux opératoires
- Investissement dans un laveur désinfecteur et réagencement de la zone de lavage
- Participation à la formation des élèves IBODE, Bac pro Hygiène, Internes en pharmacie

### **Projets 2018**

- Maintenance préventive des containers
- Redéfinition du circuit des unités stérilisées sur l'ensemble du processus de stérilisation pour réduire la manutention
- Actualisation des dotations des services de soins
- Collaboration avec le bloc opératoire dans l'installation de M-bloc, logiciel métier
- Encadrement des stagiaires

## **7.4.2 – Chiffres d'activité des différents secteurs**

### **1 - DISPENSATION ET DISTRIBUTION DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES AUX PATIENTS HOSPITALISES**

#### **A. Médicaments**

Le nombre de lignes en délivrance globale a légèrement augmenté (+ 1 037 lignes soit + 0,51 % sur une moyenne de

202 000 lignes) de même que le nombre de lignes en dispensation nominative (+1 815 lignes pour une évolution de 54 929 lignes à 56 744 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 2017 a été marquée par une nette augmentation du nombre de lignes de prescriptions informatisées (+32 372 lignes soit +52%) suite au déploiement du DPI notamment sur les services de neurologie, de cardiologie et d'oncologie.

### **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 2017 (+5 222 lignes soit +5,7 % sur une moyenne de 94 000 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 (+39 soit + 2,5 % 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 2017 est relativement stable par rapport à celui de 2016 (+7 DMI soit +0,4 %), malgré une baisse de pose de DMI en rythmologie cardiaque entre 2016 et 2017.

Les poses de DMI hors liste GHS sont en diminution (- 104 soit - 2,4 % pour une moyenne d'environ 2 600 poses par an) avec une baisse constatée en traumatologie en 2017.

## **2 - MEDICAMENTS DERIVES DU SANG**

Le nombre de dossier patients a diminué (-16,5 %) avec également une diminution du nombre d'unités tracées (- 27,5 %). Cette baisse est liée à un effet recrutement patients en hospitalisation et en rétrocession.

En 2017, les actions effectuées en 2016 ont été poursuivies :

- Suivi des actions quotidiennes avec validation par un pharmacien de la check 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 du 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 2018**, 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 2018, 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
- Réflexions selon demande de la cour des comptes et Protocoles Ig pour DPI
- Formation des agents PPH

### **3 - U.S.M.P**

L'activité de l'U.S.M.P est stable entre les années 2016 et 2017 au niveau du nombre de dossiers (+ 1 dossier soit +0,55%) avec cependant une baisse du nombre de lignes de dispensation (- 328 lignes soit -22,7%) 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 2018, dans le cadre de la commission de neuro-gériatrie, les médicaments des classes pharmacologiques prescrites à l'U.S.M.P seront étudiés.

### **4 - RETROCESSIONS**

L'activité de rétrocession a fortement augmenté en 2017 avec une augmentation globale de +65% pour les 2 sites confondus (+53% pour Cherbourg et +121% pour Valognes). La croissance reste toujours plus forte sur Valognes en lien avec un recrutement divers de patients venant de

l'UCC, de l'EMASP, des EHPAD environnantes, des cabinets libéraux valognais et ceux réorientés à partir de la PUI de Cherbourg.

Cette augmentation des rétrocessions sur les 2 sites est liée à la fois à l'arrivée de nouveaux traitements, à la dispensation d'un médicament de la sphère cardiologique qui tarde à sortir en pharmacie de ville (ENTRESTO®) et à la pénurie de plusieurs vaccins, notamment vaccins contre l'hépatite B (depuis mars 2017) et antipneumococcique.

## 5 - 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.

En 2017, si le nombre de protocoles est resté quasi stable (un protocole a été enregistré sur l'année 2017) avec 8 protocoles suivis au total, le nombre d'inclusions a en revanche augmenté avec + 28 dispensations soit une évolution de 10 à 28 dispensations.

## 6 - HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD)

*Lits en 2017 :*

- 50 lits autorisés
- Occupation moyenne : 35 [26 ; 42]

### ***Organisation du circuit des médicaments et DMS :***

L'HAD détient une dotation habituellement révisée annuellement mais exceptionnellement non réalisée en 2017 (projet 1er trimestre 2018).

Les produits hors dotation sont dispensés nominativement de manière hebdomadaire (le mercredi)

Certains patients admis en HAD présentent des profils particuliers dans la gestion de leurs traitements :

Patients en EHPAD : antibiothérapie, pansements complexes, contrôle de l'antalgie : pas de dispensation du traitement de fond habituel

Patient pris en charge dans le cadre de la fibromyalgie : cure de kétamine IV sur 5 jours en majorité

Partenariat avec IDE libérales : l'HAD délègue certains actes à des IDEL. Les traitements médicamenteux et les dispositifs médicaux stériles sont cependant fournis par la PUI de l'hôpital

	2014	2015	2016	2017	Ecart 2016-2017	% 2016/2017
<b>Nb patient</b>	219	274	261	279	+ 18	+7%
<b>Nb prescription</b>	1261	1375	1052	1065	+ 13	+1,2%
<b>Nb ligne</b>	4843	5005	4302	4810	+ 508	+12%
<b>Dépense HT</b>	144 754€	127 173€	230 721€	232 015€	+1 294€	+0,6%

Le nombre de patients a légèrement augmenté ; en parallèle, le coût de la dépense pharmaceutique en HAD a très légèrement augmenté.

Les origines de l'augmentation significative des consommations sont les suivantes :

- Molécules remboursées en sus via le Fichcomp HAD : 61 480€ dont daptomycine, foscavir et iloprost représentent 55 000€
- Molécule remboursée en sus du séjour via le Fichcomp MCO : 55 800€ - Vimizim®
- Antibiothérapie (hors molécules remboursées en sus) + dispositifs d'administration : 8 400€ (14 000€ en 2016)
- Drainage pleural à domicile : 15 000€ (11 000€ en 2016) - PleurX®
- Prise en charge des plaies chroniques : 18 500€ (13 000€ en 2016) dont 11 500€ de TPN (4 600€ en 2016)

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 des ressources référentes.

### Projets 2018

- Agencement d'un poste de soin ergonomique et conforme aux normes d'hygiène avec des armoires de dotations adaptées et une organisation en plein/vide de la dotation des DMS (projet dépendant des fonds disponibles)
- Développement de la prise en charge en HAD des injections SC de trastuzumab (chimiothérapie indiquée dans le cancer du sein) et extension à d'autres molécules en fonction des résultats
- Sécurisation du transport des produits thermosensibles entre le service et le domicile

## **7 – CHIMIOThERAPIE - ANTICANCEREUX**

En 2017, le nombre de reconstitutions effectuées a augmenté (9 196 en 2017 contre 9 028 reconstitutions en 2016) tandis que le nombre de dossiers patients est en diminution (- 42 soit - 6,8 %).

Cette légère 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 sont pris en charge en pédiatrie ; d'autres relevant de pathologies rénales sont quant à eux pris en charge en néphrologie.

Le nombre de poches détruites (liée à une dégradation de l'état général du patient après OK feu vert donné par prescripteur) est en diminution (7 en 2017 contre 26 en 2016).

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
- Evaluation réalisée par rapport au moment de survenue dans la chaîne de production : 95% des dysfonctionnements sont dépistés avant la dispensation.

## **8 - CONCILIATIONS MEDICAMENTEUSES ET ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES**

### **A - Conciliation médicamenteuse**

Après deux phases test débutées en 2013, la conciliation des traitements médicamenteux a été effectivement mise en place sur le CHPC avec un renfort de temps pharmacien (1 ETP assistant) obtenu dans le cadre d'un appel à projet sur la conciliation.

A ce jour, en 2017, le nombre de patients conciliés est de 403 en conciliation d'admission et de 382 en conciliation de sortie soit au total 785 conciliations pour l'année 2017.

En conciliation d'entrée, 424 erreurs ont été détectées contre 87 en conciliation de sortie.

Le renforcement de l'équipe avec deux externes en pharmacie a permis de positionner l'activité en 2017 sur la chirurgie et s'intègre dans le projet gériatrique de GHT Cotentin.

La conciliation médicamenteuse est une des activités de la pharmacie clinique qui doit se développer dans les années à venir avec la mise en place d'une équipe pharmaceutique mobile composée de pharmaciens, d'internes, d'externes mais aussi de préparateurs en pharmacie.

## 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 2017, 48 entretiens dont 42 en initiation et 6 en renouvellement ont été réalisés au CHPC.

## 9 - PREPARATIONS MAGISTRALES HORS URC

### Préparations

Globalement l'activité est en baisse ; cette baisse est liée principalement à une diminution des préparations suivantes :

- Pommades pour l'EHPAD remplacé par une spécialité commercialisée : Primalaba
- Gélules : principalement préparées pour la néonatalogie et la pédiatrie, cette baisse d'activité est liée à l'effet recrutement patients et pathologies
- Préparations stériles : arrêt de fabrication de préparations stériles par le CHPC en raison de non-conformité des locaux

Préparations magistrales	2017
Fiche de fabrication	589
Nombre d'unité préparé	1075

Préparations magistrales		2015	2016	2017	Écart 2017/2016	
					En unité	en %
Solution buvable		145	272	325	53	19.48
Solution pour usage externe		228	212	190	-22	-10.37
Gélules	Nb de fiche de fabrication	9	40	27	-13	-32.5
	Nb de gélules	463	1854	444	-1410	-76

Pâtes/Pommades		92	93	15	-78	-83
Paquets	Nb de fiche de fabrication	2	15	8	-7	-46.66
	Nb de paquets	3	163	66	-97	-59.50
Préparations stériles		4	38	0	-38	-100

POD : Préparation officinale divisé	Nb de fiche de fabrication	18	37	22	-15	-40.54
	Nb d'unité divisé	22	125	33	-92	-73.6
Préparation en mode dégradé		3	9	2	7	-77.77
<b>Total</b>		<b>502</b>	<b>707</b>	<b>589</b>	<b>-118</b>	<b>-16.69</b>

<b>Nombre de réception de matière première</b>	2015	2016	2017	écart	%
	145	205	95	110	-53.58

## 10 - 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.

En 2017, aucun marché de monopole n'a été passé ; seul l'AO se rapportant au marché des stimulateurs cardiaques et sondes de stimulation cardiaque a été préparé (17lots) pour être attribué en début d'année 2018.

Les pharmaciens sont sollicités pour la préparation des AO en médicaments et en DMS réalisée au niveau du groupement de Basse Normandie

## 11 COMMANDES

L'activité, commandes et liquidations est relativement stable.

Le nombre de lignes de commandes et de liquidation des produits pharmaceutiques est très stable à hauteur de 26 500 lignes pour chacune des 2 opérations soit environ 7 500 commandes et 9 000 liquidations par an.

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.

## 12 - PHARMACOVIGILANCE ET MATERIOVIGILANCE

### A. Pharmacovigilance

#### *Pharmacovigilance descendante*

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre de notes de retrait	12	8	10	7	5	5
Nombre de notes d'informations / recommandations	11	12	10	11	24	13

13 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 sur 15 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 :

- 12 déclarations effectuées auprès du pharmacien référent de pharmacovigilance dont 4 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 2018.

## B. Matéiovigilance

### *Matéiovigilance ascendante*

Sur l'année 2017, 30 déclarations de matéiovigilance (contre 34 en 2016) ont été enregistrées et déclarées aux fournisseurs. Trois ont fait l'objet d'une déclaration à l'ANSM.

### *Matéiovigilance descendante*

En 2017, l'ANSM a mentionnée 561 alertes sur son site Internet :

- 541 ne concernaient pas les DM référencés au CHPC
- 20 se rapportaient aux DMS référencés et ont fait, si besoin, l'objet d'une information aux services de soins utilisateurs

## 13 - STERILISATION

Tableau d'évolution de l'activité 2012 à 2016

Les évolutions sont en lien avec les travaux ANAP et les activités du bloc opératoire.

		2013	2014	2015	2016	2017	Ecart 2017/2016
<b>Nb de cycles LD Miele</b>		2 352	2 532	2 181	3 672	3 833	+ 4%
<b>Nb de cycles LD Lancer</b>		2 800	2 800	Laveur non renouvelé			
<b>Nb de charge « instrument » autoclave Belimed</b>		1 414	1 441	1 286	1 193	1 234	+ 3%
<b>Volume stérilisé (m³)</b>		611	622	556	545	540	-1%
<b>Nb de sets ou unitaires pris en charge</b>	<b>Services</b>	41 100	40 750	38 087	33 326	36 011	+ 8%
	<b>Bloc</b>	13 369	13 050	6 965	6 163	5 057	-18%
<b>Nb de plateaux pris en charge</b>		10 589	10 166	9 925	10 513	9 630	-8%



L'activité de la stérilisation est relativement stable avec toutefois une baisse du nombre de sets ou unitaires au niveau du bloc opératoire en lien avec la baisse de l'activité de chirurgie viscéral.

Le nombre moyen de cycle de stérilisation mensuel est de 104 cycle avec en juillet le nombre le plus élevé (122) et le nombre le plus bas (92) en mai, soit une stabilité du nombre de cycles de stérilisation en 2017 par rapport à 2016.

#### **14 - CENTRE ANTI-AMARILE**

Globalement, le centre de vaccination anti-amarile enregistre une augmentation très modérée des consommations (+ 89 unités soit + 4,6%) avec une stabilité du nombre de références (+ 5,5 %) et du coût (+ 8 389 € soit +16%)

Cette légère augmentation de l'acte de vaccination (+4.6%) ne reflète pas l'augmentation des consultations de 22% (+ environ 200 consultations) qui est en lien avec un problème de rupture d'approvisionnements en vaccins hépatite A et hépatite B avec une augmentation de la vaccination par le vaccin combiné hépatite A + fièvre typhoïde lié à la rupture en hépatite A.

En parallèle, le nombre de vaccination par le vaccin contre la rage augmente mais baisse du nombre de vaccins méningococcique tétravalent ; cette évolution est liée au caractère plus long du voyage et aux types de destinations.

Par ailleurs, l'épidémie au Brésil de fièvre jaune conduit à une augmentation du nombre de vaccinations contre la fièvre jaune.

#### **15 - ACTIVITES PHARMACIE DU SITE DE VALOGNES**

L'activité de la pharmacie du site de Valognes en 2017 est répartie comme suit :

- Rétrocession : activité assurée par le pharmacien tous les matins avec une augmentation d'activité de 549 lignes de dispensation en 2016 à 1 216 en 2017
- Dispensation à délivrance nominative : tâche principale du préparateur le matin avec l'ensemble des demandes honorées à partir des consoles de dispensation du logiciel Pharma pour tous les services de soins du site de Valognes
- Délivrance globale : à l'exception de certaines demandes occasionnelles à partir du carnet de commandes, les demandes de réapprovisionnement des dotations en médicaments sont honorées par les préparateurs du site de Cherbourg ; le réapprovisionnement dans les services de soins est assuré par le préparateur de la pharmacie du site de Valognes l'après midi.
- Gestion des MDS : activité relativement stable en hospitalisation (+ 6,6%) mais augmentation en rétrocession (280 unités tracées en 2016 à 409 en 2017 soit +46%) ; l'augmentation en rétrocession est due aux ruptures d'approvisionnement en Alfalastin® 1g et 4g ainsi qu'à l'augmentation de posologie pour 1 patient.
- Gestion des stupéfiants : activité stable
- Gestion des Fluides médicaux par le pharmacien : activité stable

- Gestion des vaccins pour le Centre de vaccinations Internationales
- Gestion des solutés : cette activité a été reprise par la pharmacie du site de Cherbourg.
- Envoi des bacs Dispositifs Médicaux Réutilisables protégé dans un emballage « dust cover » à la stérilisation de Cherbourg

### 7.4.3 – Bilan financier

La consommation des produits pharmaceutiques (DMS et médicaments) a augmentée de 928 377 € soit 4,8 %.

Cette augmentation est liée celle des médicaments (+1 129 346 € soit +4,1 %) ; celle des DMS et des DMI est en baisse (- 200 969 € soit - 6 %), baisse due principalement à celle des DMI.

#### ☛ **Consommation des médicaments**

L'augmentation des consommations en médicaments est due à différents 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 ; une baisse des consommations de certains médicaments sous ATU en 2016 est liée au changement de statut de ces spécialités d'ATU à AMM. Ils appartiennent de ce fait à la liste des spécialités de la liste hors GHS.
- Spécialités coûteuses dispensées en rétrocession

#### ☛ **Consommation DMS autres que DMI**

Les consommations en DM sont stables du fait de la réduction d'activité en chirurgie bariatrique suite au départ d'un chirurgien et à l'évolution des modalités de stockage des DMS en mode plein/vide.

#### ☛ **Consommation DMI**

La consommation en DMI a diminué (- 16 %) en raison d'un effet recrutement patient en rythmologie cardiaque avec une quasi stabilité de l'activité en orthopédie.

**Tableau comparatif des consommations (Année 2017/2016)**

	Consommations année 2017	Consommations année 2016	Ecart en €	Ecart en %
Médicaments de la liste hors T2A en hospitalisation	6 506 695	6 399 036	107 659	0,8
Rétrocession	7 732 606	6 715 405	1 017 201	15.1
Médicaments sous ATU En hospitalisation	109 815	176 857	- 67 042	- 38
Spécialités pharmaceutiques consommations hospitalières (hors rétrocession et hors médicaments de la liste hors T2A)	2 534 873	2 463 345	71 528	2.9
<i>Spécialités pharmaceutiques Consommations globales</i>	<b>16 883 989</b>	<b>15 754 643</b>	<b>1 129 346</b>	<b>4.1</b>
DMI (stimulateurs et sondes de stimulation cardiaques et prothèses osseuses et autres de la liste hors T2A)	1 080 459	1 282 337	-201 878	-16 %
Dispositifs médicaux hors DMI de la liste hors T2A (Solutés de dialyse et produits d'hygiène compris)	2 170 340	2 169 431	909	0
DMS et DMI Consommations globales	<b>3 250 799</b>	<b>3451 768</b>	<b>-200969</b>	<b>-6</b>
<b>Total des consommations des produits pharmaceutiques</b>	<b>20 134 788</b>	<b>19 206 411</b>	<b>928 377</b>	<b>4,8</b>

# Annexe 1

- Fonctionnement institutionnel

## Conseil de surveillance

Président : **M. Benoît ARRIVE, maire de Cherbourg-en-Cotentin**

Vice-Président : **M. Jacques COQUELIN, Maire de Valognes**

7 réunions en 2017

165

### 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 2017.
- Délibération sur le rapport d'activité et de présentation des comptes 2016 compte financier
- Délibération sur le compte financier exercice 2016 et l'affectation des résultats et compte financier présenté par le Trésorier.
- Information sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses 2017 et le plan global de financement.
- Information sur rapport-infra-annuel n°2 au 31/12/2016, bilan de l'activité 2016 et 1<sup>e</sup> RIA de l'EPRD 2017.
- Présentation du rapport de certification des comptes par le Commissaire aux Comptes.
- Projection de l'EPRD 2018.
- Rapport annuel 2016 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 2018 des EHPAD du Gros Hêtre, du Pays Valognais et de l'IFSI/IFAS et convergence tarifaire EHPAD.
- Information annuelle sur les travaux réalisés dans les logements de l'établissement.
- Information sur la DM n°1 de l'EPRD 2017.
- Avis sur la vente de logements.
- Point d'étape sur le GIE IRM de Valognes.
- Dispositif hivernal/UTH.
- Point d'information sur le parking consultants : calendrier, travaux, tarifs.
- Projet médico-soignant partagé du GHT et calendrier des instances.
- Procédure de gestion des plaintes.
- Avis sur le projet médical du CHPC 2017-2022.
- Bilan d'activité du Centre de Soins Non Programmés à Valognes à 12 mois.
- Eléments de projet et de calendrier des EHPAD.
- Financement des transports infirmiers intra-hospitaliers et SMUR secondaires.
- Avis sur l'attribution du nom « Simone Veil » à l'hôpital de Valognes.
- Avenir des postes CAE.
- Demande d'autorisation d'un deuxième scanner dédié aux urgences.
- Signature d'une convention accord cadre signé entre le GCS « partenaires santé du Cotentin » et l'association « Presqu'île en Rose ».
- Plan de sécurisation de l'établissement et signature d'une convention hôpital-police-justice.
- Projet signalétique.
- Bilan de l'hôpital de jour de médecine.
- Avenant au CPOM – Fonds d'intervention régional pour la mise en œuvre du Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT).
- Avenant au CPOM – accompagnement financier pour le déploiement de la pharmacie clinique dont la conciliation médicamenteuse – présentation dj projet par la Pharmacie.
- Retour sur la réunion du projet médical avec l'ARS (visite du 8 décembre 2017).
- Bilan de la semaine de sécurité du patient.
- Information sur l'audit « patient traceur ».
- Attractivité médicale : prix FHF-MNH, engagement de la Collectivité et Paradis de Cherbourg.

## Directoire

Président : **M. Maxime MORIN**

Vice-président : **M. le Dr Henry GERVES**, président de la CME

9 réunions en 2017

### Questions principales abordées dans les ordres du jour :

- Point sur les contrats de cliniciens
- Dialogue de gestion 2017 et EPRD 2017 V2
- Révision du volet imagerie du S.R.O
- Point sur l'UTH et le dispositif hivernal
- Protocole d'accord avec la Polyclinique du Cotentin.
- Situation aux urgences et premier bilan TIIH/délocalisation du SMUR de Valognes
- Rapport infra-annuel au 31 décembre 2017.
- Adaptation du capacitaire de MIMI
- Plan Marshall pour les anesthésistes.
- Avis sur la synthèse du projet médico-soignant partagé du GHT.
- Point d'étape sur la migration V8 du DPI.
- EPRD V2 et projet d'unité de soins palliatifs.
- Présentation du projet médical 2017-2022.
- Avis sur le projet médical commun FBS-CHPC.
- Point relatif à l'autorisation de SSR pneumologie.
- Migration V8 du DPI.
- Rapport « Altense » : analyse et méthodologie.
- Création du GCS « Partenaires Santé du Cotentin » avec la Polyclinique du Cotentin.
- Avis sur l'avenant n°1 à la convention constitutive du GHT gériatrique du Cotentin.
- Rapport d'étape annuel du contrat de bon usage des médicaments.
- Rapport d'activité 2016.
- Bilan d'activité 2017.
- Certification des comptes.
- Evaluation à un an du Centre de Soins Non Programmés.
- Dossier télémédecine en EHPAD.
- Fonctionnement du DPI : bilan et perspectives.
- Avenir des CAE.
- Procédure d'évaluation des chefs de pôle.
- Evolution de l'encadrement.
- Evolution des plateaux 3 et 4.
- Projet SSR de pneumologie, réadaptation cardiaque et HDJ SSR gériatrique.
- Cas individuel et positionnement institutionnel.
- Affaires financières et activité.
- Cibles EPRD 2018 – affaires médicales.
- Convention d'association « la Clairière ».
- Présentation des pistes EPRD 2018.
- Plan pluriannuel d'investissement.
- Révision du capacitaire du service de Néphrologie.
- Méthodologie et suivi de la révision de la procédure « plan blanc ».

## Commission des Usagers

Présidente : **Mme Bénédicte GASTEBOIS**, vice-président, **M. Alain INGOUF**.

Médiateurs médicaux : **Mme le Dr Marie-Pierre BROC**, **M. le Dr Guy CHAUDEURGE**, **Mme le Dr Louise COLSON**

Médiateur non-médical : **Mme Sophie MONTEIL**, **Mme Estelle CIPRESSO**, suppléante

11 réunions en 2017

La CDU a examiné l'ensemble des réclamations adressées à l'établissement. Elle a été informée du bilan des fiches d'événement indésirable, du programme d'actions et de prévention des infections associées aux soins 2017, de la médiation au CHPC, de la semaine de la sécurité, de la transmission des dossiers médicaux, le label droits des usagers, de la modification du protocole « gestion et examen des réclamations et des plaintes », d'un bilan sur l'utilisation du parking pour les consultants, le compte qualité, la réunion de l'instance commune des usagers du GHT, le bilan des questionnaires de satisfaction 2016, présentation des contentieux et dossiers responsabilité civile dommages matériels 2016, le règlement intérieur de l'établissement partie usagers, bilan de la réunion avec les associations, présentation du plan de sécurisation et projet signalétique, retour sur l'exercice SAREX, déploiement de l'outil « patient traceur », mise à jour de la procédure plan blanc.

## Commission médicale d'établissement

Président : **M. le Dr Henry GERVES**

Vice-présidente : **Mme le Dr Dominique SCHIEDTS**

10 réunions en 2017

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 2017, conformément à sa structuration, selon les modalités suivantes :

**Le bureau qualité** s'est réuni 9 fois en 2017, il a abordé les questions suivantes :

- Compte qualité « management de la qualité »
- Audits flash

- Etat d'avancement sur les tableaux de bord des indicateurs
- Gestion des FEI
- Politique CREX/RMM
- Politique EPP
- Patient traceur
- Procédure nouvelle « circuit de gestion des réclamations au CHPC » et partage de questionnements
- Validation de la stratégie de déploiement optimisé de Trajectoire sanitaire et médico-social
- Validation d'une méthodologie de mise à jour des fiches réflexes du plan blanc
- Projet interruption de tâches
- Gestion documentaire
- Semaine sécurité du patient
- Circuit des avis de spécialités médicales
- IPAQSS – tenue du dossier patient
- Point laboratoire

**Le comité de gestion des risques et des vigilances** s'est réuni 2 fois en 2017. Il a abordé les sujets suivants :

- Bilan des FEI 2016
- Bilan des différentes familles de risque

**Le comité qualité** s'est réuni 5 fois en 2017. Il a traité les questions suivantes :

- Audits flash
- Mise à jour du compte qualité
- Tableau de bord d'indicateurs
- IPAQSS : retour sur la présentation des résultats

### Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS)

Président : **M. le Dr Guillaume QUEFFEULOU**

Vice-présidente : **Mme Christine DESCAMPEAUX**

3 réunions en 2017. 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 2017 avec 100 points sur 100.**



## Comité technique d'établissement

Président : **M. Maxime MORIN**

7 réunions en 2017

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 :

169

### **Demande d'informations DRH :**

- Nombre de stagiairisations, de départs à la retraite,
- protocole PPCR,
- demande de révision et validation protocoles de notation,
- Bilan des heures supplémentaires et de leur gestion ; mensualités de remplacement,
- modalités calcul prime de service,
- pourcentage des agents à temps partiels,
- nombre d'agents en disponibilité depuis plus de 10 ans dans chaque catégorie professionnelle,
- reclassement des manipulateurs radio,
- politique de gestion des agents R.Q.T.H,
- procédures de gestion des grèves, d'astreinte,
- primes diverses, durée des contrats de travail,
- Bilan centrale d'appels prise de RV + ambulanciers,
- retour sur les questionnaires sur les 12h.

### **Demande d'informations DSI :**

- Planification congés (été + fin d'année) : plannings à réaliser en avance pour garantir une meilleure organisation personnelle des agents, fermetures de lits,
- Demande de création d'un pôle de remplacement sur l'EHPAD,
- Organisations de travail en USI cardiologie, laboratoire, urgences,
- Demande fiches de postes et cycles de travail pour validation en instance,
- Bilan des remplacements des arrêts maladie,
- Bilan sur la chirurgie suite aux difficultés liées au manque de lits et de personnels,
- Bilan tests augmentation capacitaire en chirurgie et néphrologie, réorganisation de la pharmacie, MIMI, pool hôtelier et pool ménage,
- Remplacement des arrêts d'agents de dernière minute, mise en place des fiches de postes dégradées,
- Bilan des audits réalisés dans le service MIMI, du bureau des mouvements, plateau des consultations de médecines.

### **Demande d'informations Direction Générale :**

- Devenir Médecine polyvalente de Valognes,
- Urgences : Bilan du CSNP, financement et organisation du SMUR de Valognes, financement urgences PSM,
- avancée projet des SSR de Pneumologie, IFSI, soins palliatifs et IRM,
- Etat d'avancement du GCS, du GHT et organisations afférentes,
- Politique d'attractivité médicale et: recrutements médicaux,
- Transport infirmier inter hospitalier.

**Demande d'informations DL :**

- Organisation des navettes,
- vestiaire centralisé : point d'avancement et modalités de fonctionnement,
- Demandes d'achats de matériel (chemises « opéré », slips jetables, lits XXL...),
- Difficultés de stationnement,
- Bilan de déménagements, de travaux.

**Demande d'informations DAFSIM :**

- Situation budgétaire de l'établissement (déficit, dotations MIGAC, T2A,...)
- Avancement sur le DPI

**Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques**

Présidente : **Mme Véronique RIVAT-CACLARD**

3 réunions en 2017

Principaux sujets abordés :

- Certification rapport final
- Présentation stomatérapie
- Fonction ASG
- Hôpital en tension
- Livret de l'opéré
- Présentation du plan d'action hygiène
- Utilisation du matériel pour les obèses
- Fiche métier diététicien
- Dispositif d'annonce état des lieux
- Certification endoscopie
- Association Presqu'île en Rose
- Hop Soins
- Audit positionnement
- Présentation du métier agent de chambre funéraire

**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

171

## 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 financier du FIPHFP
- Point d'information sur l'aménagement d'un vestiaire central sur le site de Cherbourg
- Projet de réorganisation du Centre Périnatal de Proximité de Valognes
- Bilan des FEI 2016
- Projet sur l'étude des flux logistiques
- Nouvelle organisation de la DRH et DAM
- Présentation passage de la stérilisation en 12 heures
- Projet de gestion et de prévention de l'absentéisme
- Evaluation des 12 heures à 3 ans dans l'établissement
- CLACT 2017 – présentation et validation de l'appel à projet
- Projet d'étude de la charge en soins au sein du pôle F
- Information sur l'avenant n°1 du projet médico-soignant du GHT gériatrique
- Information sur la création du GCS Partenaires Santé du Cotentin
- Etude menée au sein de la centrale d'appel
- Bilan social 2016
- Expérimentation de la réduction des navettes Cherbourg-Valognes et externalisation des transports des examens de laboratoire vers Caen
- Projet de réorganisation des selfs
- Expérimentation de la distribution du linge sur le plateau III
- Bilan de l'expérimentation à l'EHPAD le Gros Hêtre nécessitant de faire tourner les équipes entre les unités d'un même étage
- Calendrier EHPAD : CPOM, audit organisation et architectural et UHR
- Travaux de restructuration de l'EFS et divers travaux
- Projet de crèche
- Avenir des Contrats d'aide à l'Emploi (CAE)
- Plan de sécurisation
- Information sur le choix du comité de sélection de l'audit « évolution de l'absentéisme et modalités de prévention » au CHPC
- Information sur la mobilisation pendant l'arrêt de travail (MOPAT)
- Bilan d'activité de la cellule d'aide à la mobilité
- Présentation du premier bilan d'activité de la cellule « écoute et médiation »
- Information sur le dispositif hivernal 2017-2018
- Révision de la procédure plan blanc
- Semaine de la sécurité du patient
- Audit « patient traceur »
- Fiches activités des ASH et le possible recours à la sous-traitance de la fonction hygiène de locaux sur le pôle F

## Questions des organisations syndicales

- Question relatives au fonctionnement du matériel dans divers services et de l'aménagement de locaux, aux travaux et aux équipements
- Changement d'horaires de la navette de Valognes-Cherbourg
- Charge de travail aux urgences, en chirurgie, heures supplémentaires en MIMI
- Questions relatives aux conditions de travail, les plannings
- Absentéisme, arrêts de travail, congés d'été
- Fermeture de lits
- Signalement de dangers graves et imminents
- Recours à l'intérim médical et paramédical
- Bilan des audits flashes
- Formation pour la sécurisation de l'établissement aux membres du CHSCT
- Incivilités verbales vis-à-vis des agents du standard
- Communication et signalisation des parkings
- Document unique
- Mise en place des TIIH

## Commissions administratives paritaires locales

Président : le président du conseil de surveillance ou son représentant : **M. Pierre COURSIER**, membre du conseil de surveillance.

3 séances en 2017 : 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	<b>M. Maxime MORIN</b>
Directeur des affaires financières et du système d'information	<b>M. Xavier BIAIS</b>
Directrice de la qualité, des relations avec les usagers	<b>Mme Bénédicte GASTEBOIS</b>
Directrice des ressources humaines et des affaires médicales	<b>Mme Hélène GENDREAU</b>
Directeur logistique	<b>M. Philippe CORGET</b> , et à compter du 8 mars 2017 :  <b>Mme Valérie ALBERT</b>

Directrice des soins	<b>Mme Véronique RIVAT-CACLARD</b>
Directrice des EHPAD, chargée de la filière gériatrique du GHT et directrice déléguée du site de Valognes	<b>Mme Clémence BURNOUF</b>

## Pôles

L'établissement est structuré en **5 pôles d'activités**

	<b>Chefs de pôle</b>	<b>Cadres de pôle</b>
<b>Pôle « I »</b> Services de médecines intensives	<b>Docteur Antony LE RENARD</b>	<b>Madame Michèle MABIRE</b>
<b>Pôle « F »</b> Femme enfant	<b>Docteur Thierry MAUGARD</b>	<b>Madame Nathalie JOLIVET</b>
<b>Pôle « M »</b> Spécialités médicales et SSR gériatrique	<b>Docteur Thierry COLIN</b>	<b>Madame Christine SITARSKI</b>
<b>Pôle « C »</b> Spécialités médico-chirurgicales	<b>Docteur Dominique SCHIEDTS</b>	<b>Madame Marie-Catherine LEPARQUOIS</b>
<b>Pôle « P »</b> Prestataires	<b>Madame Christine DESCAMPEAUX</b>	<b>Monsieur David LOIR</b>

# Annexe 2

- Intérim médical

**CHPC****Coût Intérim 2017 pour le personnel Médical en K€**

Service	Traitement brut	Traitement brut chargé	Frais Déplacement	Frais d'Agence	Coût Total 2017
Anesthésie	1 043	1 567	33	55	1 655
Chirurgie Orthopédique	42	63	4	1	68
Chirurgie Viscérale	11	17	1	1	19
Gynécologie	149	223	5	11	239
Imagerie Médicale	8	12	1	1	14
MIMI	103	155	6	13	174
Néonatalogie	30	45			45
Neurologie	12	18		1	19
Pneumologie	5	7			7
Urgences	567	852	38	42	932
UTH	53	80	2	7	89
Total général	2 023	3 039	90	132	3 261

# Glossaire

176

**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

**PMCT** : Poids Moyen du Cas Traité

**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<sup>ème</sup> 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).

**SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation

**TZA** : Tarification à l’Activité



UDM : Unité de Dialyse Mobile

**UHCD** : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

**UTH** : Unité Temporaire d'Hospitalisation

