



chpc

PROJET MEDICAL — 2016
2021

centre hospitalier public du cotentin



Sommaire



•	Préambule
•	Synopsis
•	1. Contexte et état des lieux
•	2. Adaptation de l'offre de soins
•	3. Qualité
•	4. Communication
•	5. Partenariats et travail en réseaux
•	6. Projets transversaux
•	7. Projets de service
•	8. Annexes
•	S. Sommaire détaillé

Préambule

Le CHPC est confronté à un triple défi, bien identifié par les audits et rapports d'expertise qui se sont succédés ces dernières années :

- ▶ adapter nos organisations à notre activité pour mieux répondre aux besoins de nos patients,
- ▶ poursuivre une politique active et ambitieuse de recrutement médical pour développer notre activité,
- ▶ rétablir notre situation financière pour retrouver les marges nécessaires à nos investissements.

Rejetant la solution du repli et du renoncement, notre projet médical fait au contraire le choix de l'ambition collective. Deuxième Etablissement public de Basse Normandie, Hôpital de recours sur un territoire enclavé, le CHPC se doit de continuer à apporter et à améliorer le service rendu à notre population de 200.000 Habitants.

Il a pour cela l'absolue nécessité de retrouver un équilibre financier seul à même de lui permettre de retrouver les capacités d'investissement nécessaires à ses activités actuelles et futures et à son attractivité.

Ce retour à l'équilibre ne peut s'envisager sans l'appui et l'accompagnement prolongé des autorités sanitaires régionales et nationales permettant notamment la mise en place de financements adéquats de nos secteurs de soins critiques, parfaitement nécessaires mais obligatoirement déficitaires compte tenu de nos spécificités géographiques.

Il nécessite de poursuivre les transformations profondes déjà mises en œuvre, adaptant les organisations, les structures, le capacitaire, l'activité, aux besoins de santé de la population.

Il s'agit d'accompagner la demande croissante de recours à l'ambulatoire, justifiée par les développements technologiques et humains, en Médecine et en Chirurgie.

Il s'agit de répondre de manière efficace et efficiente à la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques ou de polyopathologies fréquentes au grand âge. Celles-ci remettent en cause la notion de séjours centrés sur des disciplines au profit de la notion de parcours de soins dans lequel l'hôpital public est un maillon. De fait, elles imposent des liens forts et institutionnels avec le secteur de ville.

Il s'agit d'adapter nos organisations et structures, urgences, soins critiques, bloc opératoire, services et plateaux de soins, au profit d'un parcours patient efficient et fluide, accompagné d'un souci permanent de développer la qualité des soins mesurée régulièrement par des indicateurs ad hoc.

Il s'agit de renforcer nos équipes médicales au travers d'une politique d'attractivité et de recrutement dont la pierre angulaire est constituée par un partenariat équilibré avec le CHU de Caen. Une politique de recrutement territorial, en partenariat avec le secteur libéral est également nécessaire.

Il s'agit enfin de s'appuyer sur le caractère bi site de notre établissement pour développer et répartir nos activités.

Il s'agit donc de redonner à notre communauté hospitalière la légitime fierté d'apporter l'efficacité et la qualité des soins auxquelles notre population a droit.

Synopsis

Domicile, Personnes âgées et GHT

La volonté d'orienter l'hôpital public vers une activité de plus en plus technique, de plus en plus rapide, entraîne la prééminence du domicile comme lieu de vie et de soins pour tous (en tant que lieu le plus à même de permettre au patient de recouvrer son autonomie de vie). Le cycle du progrès médical, traitement assuré aujourd'hui en hospitalisation, demain en ambulatoire, après demain en externe va se poursuivre, dans toutes les disciplines, et pour (presque) tous les modes de prise en charge. Les divers modes d'intervention au domicile (HAD, équipes mobiles, télésurveillance, ...) sont donc destinés à se développer et constituent un axe permanent de notre réflexion médicale.

En parallèle, l'accroissement du nombre des personnes âgées vivant à domicile (ou en substitut du domicile, type EHPAD) nécessite de travailler à la fois sur la montée en compétences gériatriques de tous les professionnels de santé au sein de l'univers hospitalier et sur le repérage organisé et systématisé de la fragilité dans les lieux de vie des personnes.

C'est aussi la colonne vertébrale du projet médico-soignant partagé du GHT gériatrique du Cotentin, dont le CHPC est l'établissement support : évaluation et prévention de la perte d'autonomie, évitement des hospitalisations inappropriées, mise en commun et amélioration des compétences, coordination des prises en charge autour de la personne âgée en sont les principales orientations stratégiques.

Le CHPC, un hôpital bi-sites

L'organisation non redondante du CHPC, avec une implantation au centre du territoire de la nouvelle intercommunalité, est une force : les urgences, les secteurs intensifs et le plateau technique spécialisé sur Cherbourg-en-Cotentin ; la proximité, le Service de Soins de Suites et Réadaptation et l'ouverture ambulatoire sur Valognes.

► D'où le choix d'implantation d'une I.R.M en partenariat public-privé, la rénovation du fonctionnement du Centre Périnatal de Proximité (CPP), la création du Centre de Soins Non Programmés (CSNP), la présence du Centre de vaccination et de médecine du voyageur, et le développement stratégique des activités externes en général à Valognes.

L'organisation en plateaux de soins

Puissant moteur d'accompagnement du changement, la réorganisation des services d'hospitalisation en plateaux cohérents, favorisant la mutualisation des compétences, la rationalisation des supports logistiques et l'identification de filières de soins, introduit une nouvelle logique de fonctionnement.

► En découlent de nombreux projets destinés à améliorer la qualité de la prise en charge : définition et structuration des parcours patients, synchronisation des temps médicaux et paramédicaux, évolution de l'accueil médico-administratif dans les secrétariats médicaux, adaptation du rôle de l'encadrement, gestion des lits et des activités programmées.

La promotion et le développement de l'ambulatoire

L'activité ambulatoire est celle qui réclame le plus d'organisation pour tenir la « promesse » faite au patient. C'est au cours des dernières années le seul pan d'activité en constante progression au CHPC. Ce développement a guidé des évolutions très fortes :

► Création du plateau des consultations externes de Médecine, centralisation des activités endoscopiques, mise en place d'une centrale d'appels pour la prise de rendez-vous, identification d'un hôpital de jour thérapeutique de Médecine (hors chimiothérapie) regroupant progressivement toutes les disciplines, réinstallation d'une unité d'évaluation neuro-gériatrique associant l'ex unité « mémoire » et les consultations gériatriques.

La réponse aux besoins du territoire

La Commission Médicale d'Établissement élue en 2015 s'est positionnée pour la défense des grandes activités Médecine-Chirurgie-Obstétrique. La Chirurgie, largement restructurée, a reçu un fort soutien de la communauté hospitalière pour accroître son positionnement en activité programmée (ambulatoire, hospitalisation de semaine, consultations avancées à Valognes, venues d'équipes chirurgicales du CHU –

ORL et OPH –, efficacité du bloc opératoire).

Certains axes de la Médecine (médecine vasculaire, développement de l'infectiologie, implantation d'une activité de médecine interne, réflexion pour une unité transversale de nutrition) sont appelés à se renforcer et se déployer.

L'axe Onco-Hématologie a été également identifié : la sénologie avec le renforcement des capacités diagnostiques et des compétences médicales, l'extension de partenariat avec l'Institut d'Hématologie Régional de Basse-Normandie (IHRBN) pour constituer un important pôle de proximité, l'interrogation autour du renouvellement de l'accélérateur de Radiothérapie et l'accès aux technologies innovantes qui feront l'objet d'un projet médical partagé avec le Centre François Baclesse.

Enfin, le déblocage du Programme Régional de Santé (PRS) autour de l'implantation d'une coronarographie dans la Manche reste d'actualité. Seuls les indicateurs de santé publique doivent en la matière conduire les choix des pouvoirs publics. Ils mettent en évidence la situation isolée et éloignée du Cotentin et les risques générés pour la population.

La place centrale de l'utilisateur

Les évolutions de nos services sont en premier lieu pensées pour répondre aux besoins des populations. L'organisation en plateaux et circuits bien identifiés a pour vocation de guider le patient dans le « maquis » hospitalier : chacun doit trouver la réponse à son besoin spécifique sans avoir à connaître tout l'hôpital. Le développement des médiations, la rénovation du fonctionnement de la Commission Des Usagers (CDU), la collaboration quotidienne avec les représentants des usagers, mais aussi l'appui apporté aux audits de processus et à la méthode des patients traceurs issus des démarches de certification, démontrent l'implication vivement souhaitée des usagers au CHPC.

Le lien avec la ville

Les remarques des médecins généralistes et spécialistes de ville ont été prises en compte dans l'élaboration de ce projet médical. Leurs souhaits sont connus : pouvoir joindre aisément les praticiens hospitaliers pour obtenir des avis ou un accès direct pour leurs patients ; recevoir rapidement les données médicales de leur patient, nécessaire à la continuité des soins.

Pour y répondre, le CHPC a investi dans les modalités numériques et d'accessibilité fluide : extension progressive des lignes directes dans les services (numéro d'avis), alimentation du Dossier Médical Patient, envoi par messagerie (Apycript) depuis septembre 2016 des comptes-rendus d'hospitalisation, de consultations et de biologie, utilisation du « PRADO » en lien avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et les professionnels de ville, ouverture du PACS imagerie en projet.

La volonté de partenariat

Le CHPC entretient traditionnellement des liens avec son environnement sanitaire constitué d'établissements publics comme privés, généralistes (CHU, Mémorial Saint-Lô) comme spécialisés (Polyclinique du Cotentin, Groupe « Korian » de Siouville, Fondation Bon Sauveur ou le Centre François Baclesse). Ces différents partenariats se sont considérablement renforcés.

- avec la Polyclinique du Cotentin : signature d'un protocole général de coopération, demande de création d'un Groupement de coopération sanitaire (GCS) afin de partager les compétences médicales pour faire vivre et prospérer les autorisations, GIE d'IRM à Valognes, poste partagé d'interne en Chirurgie gynécologique.
- avec la Fondation Bon Sauveur : participation mutuelle aux créations ou projets récents de la PASS, du CAARUD, ou à l'évolution de l'Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire (USMP), de l'Unité Médico-Judiciaire (UMJ) ; mise en cohérence de nos projets médicaux ; association aux travaux du GHT.
- avec le Groupe « Korian » de Siouville : partage de temps médical et de filières patients.
- avec le Centre François Baclesse : projet médical de radiothérapie du territoire Nord-Cotentin.

L'implication dans la vie locale

Le CHPC développe des actions en matière de santé publique et d'éducation thérapeutique qui entrent en résonance avec le projet local de santé comme avec les attentes/besoins des populations et des associations de patients.

L'inscription avec ses partenaires (cf. ci-dessus) dans une mobilisation des collectivités locales, avant que l'échelle territoriale ne s'impose naturellement et administrativement, a été forte : mise en place de soirées d'accueil des internes (complétées depuis 2015 par le week-end des Paradis de Cherbourg) ; formation des

acteurs à la thématique des violences faites aux femmes ; renforcement de la réponse de Médecine légale sur le ressort judiciaire, tournée vers les victimes ; accueil des précaires (PASS).

Le CHPC est enfin très impliqué, du fait des spécificités du territoire, dans la préparation des crises. Il forme ses agents dans les domaines de l'intervention auprès de patients radio contaminés en ligne avec les grands industriels du secteur.

Qualité et gestion des risques

Le bureau Qualité associe le Président de la CME et le médecin gestionnaire des risques à la Direction Qualité. Il accompagne la diffusion partagée d'un tableau de bord des indicateurs qualité, le déploiement des évaluations de pratiques professionnelles (EPP) et des Comités de Retour d'Expérience (CREX). La CME met en valeur des résultats d'audits flash et de RMM, lorsqu'elle porte sur des problématiques transversales ou transposables.

Une équipe d'auditeurs internes, mêlant médecins et non médecins, a été formée. Pilotée par le service Qualité, elle mène régulièrement des analyses sur le terrain, dans tous les services, selon 5 grandes thématiques : la culture qualité, l'hygiène, le médical, les urgences vitales, les droits du patient.

Le même travail de fond est mené sur la Gestion des risques (GDR) : à la compréhension des incidents ou dysfonctionnements est associée une analyse « a priori » des risques dans de nombreux secteurs (prise en charge à risque, blocs et secteurs d'endoscopies, risque infectieux, prise en charge médicamenteuses, etc ...). Le succès de la « Chambre des Erreurs » auprès des agents du CHPC montre que cette culture de prévention et d'anticipation des risques diffuse dans tous les corps de métier ainsi qu'au risque attentats.

Déploiement du DPI

La gestion informatisée du dossier patient est désormais un impératif. L'accès rapide, entre les spécialités au sein de l'hôpital, à une informatisation la plus complète possible de « l'historique de prise en charge » (ou « passé médical ») du patient est la garantie à la fois du meilleur traitement possible et de la pertinence des choix (actes, interventions) le concernant.

Avec les échanges par messagerie cryptée, le lien avec les pharmacies d'officine via l'accès au dossier patient (DP), l'accès à venir à l'imagerie pour les médecins traitants, c'est aussi un engagement de continuité des soins entre ville et hôpital. Dans la gestion des rendez-vous ou la connaissance des lits disponibles, l'outil informatique apporte des gains de temps et d'efficacité.

Communication

Les supports classiques (journaux internes, Intranet, Internet) continuent d'être largement utilisés par le CHPC. Ont été mis en œuvre plus récemment des outils plus modernes (Facebook, Twitter, Blogs internes, etc...) qui associent les agents et les usagers du CHPC à l'entretien d'image et de réputation auprès des populations.

Cette concurrence en termes de communication se déploie aussi désormais par une communication plus ciblée : vers les candidats potentiels à des postes vacants, notamment médicaux, via la mobilisation du territoire et des collectivités pour développer notre attractivité ; vers les patients par une prompt réponse à leurs demandes et sollicitations, qu'elles soient d'envoi de dossiers médicaux ou de suivi des réclamations ; vers les professionnels, en assurant des formations ou des informations (EPU à destination des médecins de ville, action collective autour de la lutte contre les violences faites aux femmes, mise en évidence en partenariat avec la Polyclinique du Cotentin sur la prise en charge du cancer du sein).

Qualité de vie au travail

Les aspirations des jeunes diplômés sont connues. Elles vont vers un exercice salarié, l'envie de carrières plus ouvertes, un meilleur équilibre vie privée – vie professionnelle.

Le travail mené par la CME sur le temps de travail des urgentistes démontre l'importance du temps non clinique, favorisant l'implication dans les projets institutionnels, les groupes de travail et commissions, associant globalement toute l'équipe médicale à la fois aux besoins du service et aux attentes collectives.

La CME et la Direction des affaires médicales se sont aussi organisées pour répondre à une demande plus importante de suivi des carrières et des situations individuelles : sont ainsi prodiguées dès l'internat (via un membre désigné de la CME), pendant l'assistantat (au travers des chefs de pôle), à la prise de poste et quelques mois après, la plus grande attention et une écoute permanente, en somme un accompagnement personnalisé. Enfin, l'engagement de la CME autour de la thématique synchronisation des temps médicaux et paramédicaux illustre le constat que la question des conditions de travail dans les services de soins est au croisement des organisations collectives.



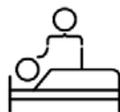
CENTRE HOSPITALIER PUBLIC DU COTENTIN

- CHIFFRES CLEFS 2016 -

CAPACITÉ

929 lits et places

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



URGENCES

59 446 passages aux urgences

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

1 passage sur 4 est suivi d'une hospitalisation

DELAIS : pour 100 patients accueillis aux urgences,

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



SMUR

1 463 interventions extérieures

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

MATERNITÉ

1 855 naissances

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



AUTOUR DU SOIN

Recherche clinique

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

Pharmacie

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

Informatique

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

Hygiène

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

ACTIVITÉ (+3,2% / 2015)

45 134 hospitalisations & séances (MCO)

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

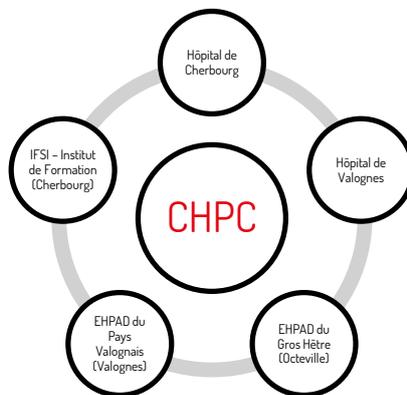
213 157 consultations externes

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

20 222 patients du Cotentin

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

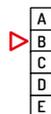
5,8 jours (durée moyenne d'hospitalisation, hors 0 jour)



QUALITÉ

Certification HAS niveau B

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



LOGISTIQUE

1 245 tonnes de linge traité

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

782 280 repas

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



soit plus de 2 000 repas préparés et servis chaque jour

Surfaces & Espaces verts

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

UNE JOURNÉE ORDINAIRE

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

ÉQUIPEMENTS

Imagerie médicale

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

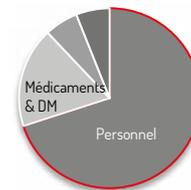
Plateaux techniques

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

BUDGET

160 M€ de dépenses

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



6 M€ d'investissement

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

RESSOURCES HUMAINES

EFFECTIFS [ETP:]

308 [235] médecins dont 60 internes

Personnel non médical : 2 145 [2 042]

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



WAKE ME UP

WILLEN'S

FAMOUS

1

Contexte et état des lieux

1. Positionnement stratégique.
2. Organisation structurelle du CHPC.
3. Activité.
4. Démographie et recrutement.
5. Recommandation PHME, IGAS et ANAP.



1. Positionnement stratégique

La Manche, bordée en grande partie par la mer, est un département tout en longueur composés de 3 territoires (nord, centre et sud).

Le bassin d'attractivité du CHPC correspond au territoire nord. Il est composé de 14 cantons, 163 communes, 183 369 habitants. Il s'étend sur une superficie de 1441,4 km², ce qui représente une densité de population de 127,22 hab/km². Il est à la fois rural, semi-rural et urbain.

La plus grosse commune est Cherbourg en Cotentin qui représente à elle seule 93 875 habitants, soit presque la moitié de la population totale du territoire nord.

Sur les 183 369 habitants, 42 432 personnes ont plus de 60 ans (soit 23,14%), et parmi elles 17 147 ont plus de 75 ans (9,35%).

A l'échelle du territoire Nord Cotentin, la concentration des populations de plus de 60 et 75 ans est davantage rurale qu'urbaine.

La zone d'attractivité du Centre Hospitalier public du Cotentin (rayon dans lequel l'établissement réalise 80% de son activité) se situe dans un rayon de 30 km autour de Cherbourg, ce qui constitue un espace géographique limité dans les terres.

La quasi-totalité de l'activité réalisée par le CH public du Cotentin se situe dans un bassin de santé de 40 km. 98% des séjours pris en charge par l'établissement se situent en effet dans ce rayon.

Sur les bassins en proximité de Cherbourg de 10 km à 50 km, le CHPC constitue l'offreur de soin principal, et doit faire face à un seul acteur installé sur le bassin, la polyclinique du Cotentin, dont le positionnement est ciblé sur un segment d'activité principal, la chirurgie.

2014 Libellé	CHPC		Polyclinique du Cotentin	
	Nombre de séjours	Nombre de jours PMSI	Nombre de séjours	Nombre de jours PMSI
Médecine	34921	104651	2987	1415
Chirurgie	4960	19839	7449	12117
Obstétrique	2934	11686	37	12
Total	42815	136176	10473	13544

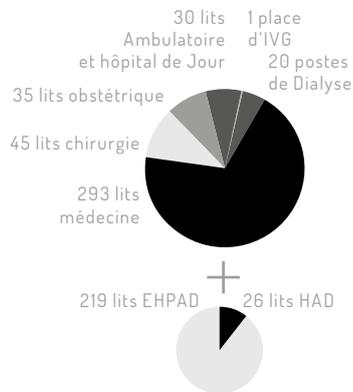
Même si 23% des séjours sont pris en charge par des établissements situés en dehors du bassin de santé, ces mouvements de patients sont à nuancer en fonction du rôle de recours et d'expertise du CHU.

Géographiquement éloigné, positionné sur un territoire étendu mais avec une zone d'attractivité et de recrutement très resserrées, le CHPC se trouve d'autant plus dépendant des dynamiques populationnelles locales.

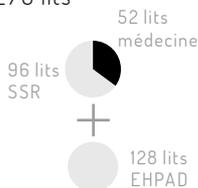
L'attractivité constitue également un enjeu fort pour le CHPC au niveau de l'attractivité médicale. Le départ de praticiens dans des équipes limitées, expose d'autant plus le CHPC à une perte d'activité. Une spirale descendante peut alors se créer. Il est en effet d'autant plus difficile de recruter des praticiens que les équipes sont limitées ou à reconstruire.

2. Organisation structurelle du CHPC

CHERBOURG – 669 lits



VALOGNES – 276 lits



2.1. Organisation sur deux sites

L'activité est répartie sur deux sites :

Cherbourg : 669 lits et places répartis en 293 de Médecine, 45 de Chirurgie, 35 d'Obstétrique, 30 places d'Ambulatoire et Hôpital De Jour (HDJ), 1 place d'IVG, 20 postes de Dialyse, 26 d'Hospitalisation à domicile (HAD) et 219 lits d'Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). A noter que ce site regroupe l'ensemble des services de soins critiques (réanimation, neurovasculaire, cardiologie, néonatalogie, urgences)

Valognes : 276 lits répartis en 52 de Médecine, 96 lits de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et 128 d'EHPAD. Ce site comprend également une antenne du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) et un centre de soins non programmé.

2.2. Modalités de la prise en charge des patients

Les différents rapports et audits réalisés au cours des années 2012 et 2013 ont permis de mettre en évidence :

- surdimensionnement capacitaire corrélé aux DMS attendues.
- activités ambulatoires et programmées trop faibles et surtout mal organisées en l'absence de structures dédiées.
- parcours patient insuffisamment structuré.

Les secteurs de prise en charge programmée étaient dispersés sur des capacités relativement faibles. Cela ne permettait pas d'optimiser les avantages d'organisation et de fonctionnement comme l'utilisation des moyens, notamment en personnels, que ces modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation traditionnelle étaient censés générer. La mutualisation des capacités de prise en charge sur des plateaux de soins calibrés pour atteindre une taille critique, rapprochant les différents modes de prise en charge des spécialités proches, n'était pas mise en œuvre.

3. Activité

3.1. Médecine – chirurgie – obstétrique (MCO)

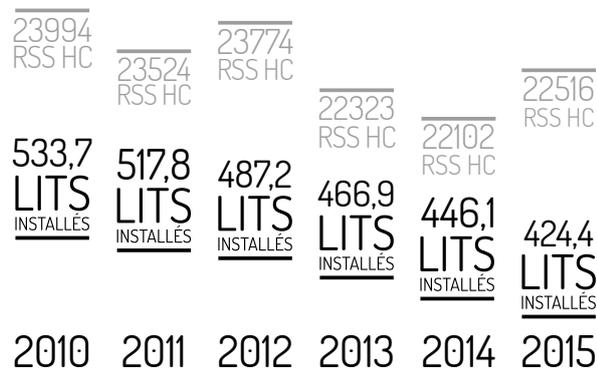
Le CHPC fait face à une évolution structurelle de son activité. La diminution constatée de l'hospitalisation complète (-6,2%) est associée à une augmentation très significative des prises en charge courtes voire ambulatoires (+13% 0 jour hors séance, +39% séances).

Face à cette évolution, le CHPC a mis en place une modification très substantielle de ces organisations avec notamment une diminution de son capacitaire en HC.

Le nombre de lits et place en MCO est passé de 597 en 2009 à 470 lits en 2016 (soit 127 lits ou places en moins) réparti ainsi :

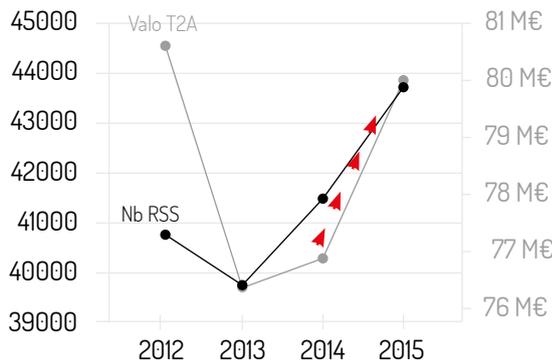
- hospitalisation complète : baisse de 133 lits
- hospitalisation de jour incluant la chirurgie ambulatoire : augmentation de 6 places

ÉVOLUTION DU CAPACITAIRE DISPONIBLE ET DU NOMBRE DE RSS (RÉSUMÉ DE SORTIE STANDARDISÉ) EN MCO - Hospitalisation complète depuis 2010



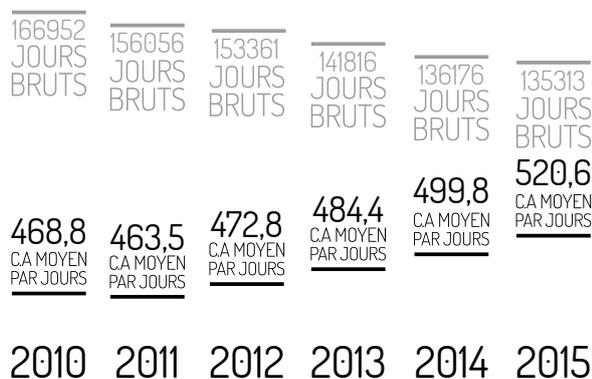
L'année 2015 est marquée par une hausse d'activité, qui n'est qu'une réponse aux besoins de la population et la traduction d'une reprise d'une partie des fuites hors territoire. Cette évolution a résulté d'une politique assumée d'orientation vers une attractivité majorée auprès des médecins, en commençant par les plus jeunes.

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE SÉJOURS ET DE LA VALORISATION T2A (SÉANCES INCLUSES) - Hors Radiothérapie



En 2015 nous apercevons une forte hausse de la tarification à l'activité (T2A).

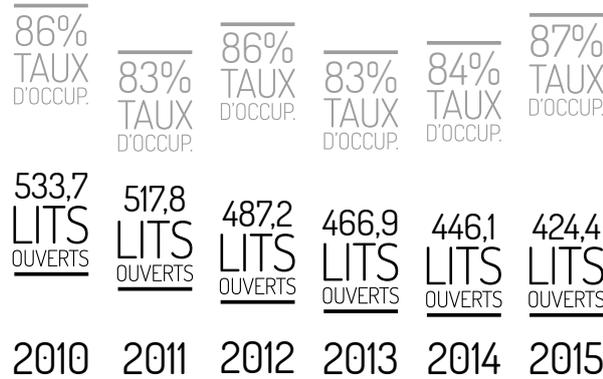
ÉVOLUTION DU NOMBRE DES JOURNÉES ET DU CA MOYEN PAR JOUR EN MCO - Hospitalisation complète depuis 2012



L'occupation moyenne des lits en MCO se situe autour de 90%.

ÉVOLUTION DU TAUX D'OCCUPATION ET DU NB DE LITS OUVERTS EN MCO

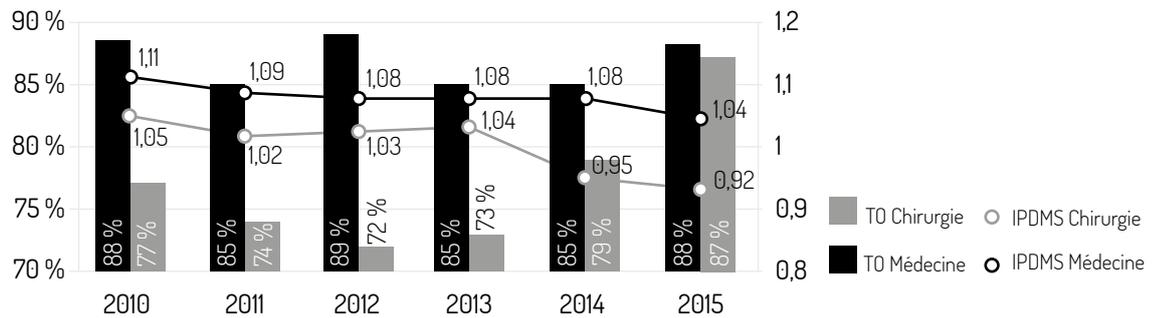
- Hospitalisation complète depuis 2010



L'indicateur de performance de la durée moyenne de séjours (IPDMS : mesure de la performance des professionnels, comparée via une typologie de séjours/patients équivalente) est de plus en plus proche des standards nationaux passant de 1,08 en 2010 à 1,02 en 2015 concrétisant les efforts réalisés sur la maîtrise des durées de séjours.

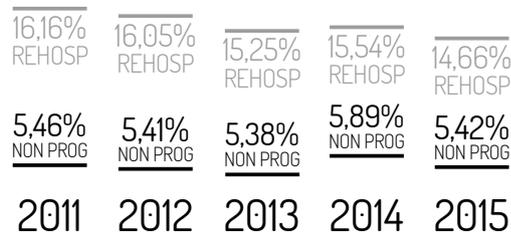
ÉVOLUTION DU TO ET DE L'IPDMS EN MCO

- Hospitalisation complète depuis 2010



POURCENTAGE RÉHOSPITALISATION

- Tous services



Parallèlement le taux de réhospitalisation précoce (à un mois) ne s'est pas élevé.



3.1.1. Activité de médecine

Avec une diminution de 75 lits de médecine en hospitalisation complète entre 2010 et 2016 (soit -16%), le secteur de médecine conserve une activité soutenue représentant plus de 80% de l'ensemble des séjours du CHPC.

On constate un gain en performance (IPDMs passant de 1,11 à 1,04). Le nombre de séjours en hospitalisation complète est en légère diminution (-1,7%) accompagnée d'une augmentation significative du nombre de séjour de 0 jour (+6%) et de séances (+39%).

L'hospitalisation de jour est en cours de restructuration : d'une organisation éclatée et foraine, le CHPC met en place des structures dédiées pluridisciplinaires et optimisées : hôpital de jour pluridisciplinaire de médecine (8 places), hôpital de jour évaluatif neuro-gériatrique (mise en place janvier 2017 avec X places)

Les cinq domaines d'activité les plus importants en nombre de séjours réalisés après les séances sont les domaines digestif, respiratoire, cardio-vasculaire et neurologique.

En hospitalisation complète, l'évolution de l'activité et les indicateurs de performance sont variables selon les spécialités, ce secteur restant marqué par une grande fragilité liée aux effectifs médicaux. L'organisation du secteur libéral influe également sur ces variations d'activité.

Urgences	0,99	0,92	0,92	0,92	0,98	1,05
Réanimation	1,3	1,24	1,37	1,15	1,18	1,22
RDED	1,18	1,28	1,33	1,2	1,16	1,05
Pneumologie	1,23	1,24	1,2	1,14	1,14	1,07
Pédiatrie	0,91	0,91	0,99	1,01	1,05	0,98
Oncologie	1,02	0,94	0,99	0,97	0,99	0,97
Neurologie	1,23	1,26	1,15	1,18	1,15	1,25
Néphrologie	0,88	0,85	0,89	0,9	0,93	0,86
Néonatalogie	1,09	0,99	1,01	1,06	1,16	1,05
Médecine polyvalente Valognes	1,3	1,19	1,25	1,26	1,27	1,27
Médecine polyvalente Cherbourg	1,13	1,06	1,02	1,15	1,05	1,15
Médecine gériatrique	1,25	1,18	1,05	1,05	1,11	1,12
Médecine Alzheimer				1,38	0,95	0,95
Hépatogastroentérologie	1,14	1,12	1,05	1,12	1,14	1,06
Cardiologie	1,11	1,13	1,07	1,02	0,93	0,89
	2010	2011	2012	2013	2014	2015



3.1.2. Activité de chirurgie

Soumis à une succession de fermetures de lits et de déménagements depuis trois ans, à une rénovation en profondeur du fonctionnement d'un bloc opératoire, à une cible nationale et régionale en matière d'efficacité, de développement de l'ambulatoire, de réduction capacitaire, ce secteur dans son ensemble et plus particulièrement le bloc opératoire a dû se réformer

Le taux d'utilisation des créneaux opératoires mis à disposition des chirurgiens passe de 57% en 2013 à 90% en 2015

rapidement et prouver sa pertinence via une batterie d'indicateurs. Ceux-ci ont aujourd'hui atteint un niveau exceptionnel : le taux d'occupation a bondi de 77 à 87% (hors ambulatoire) quand beaucoup de services au plan national tournent encore entre 60 et 70%. Et le gain en performance se traduit par une évolution significative de l'IPDMS (1,05 à 0,92 entre 2010 et 2015).

La montée en charge de l'ambulatoire (+29,4%) s'accompagne par une baisse des séjours d'hospitalisation complète (-34,7%) encore très influencée par les orientations depuis les urgences, même si celles-ci passent de 64% en 2012 à 53% en 2015.

Les efforts considérables de réorganisations des blocs opératoires (6 salles 6 équipes en 2013 à 5 salles 4 équipes en 2015) se traduisent par une nette amélioration des TROS (taux d'utilisation des créneaux opératoires mis à disposition des chirurgiens) qui sont passés de 57% en 2013 à 90% en 2015. L'augmentation constatée sur 2015 et 2016 de l'activité chirurgicale pose la question de la disponibilité des créneaux opératoires.

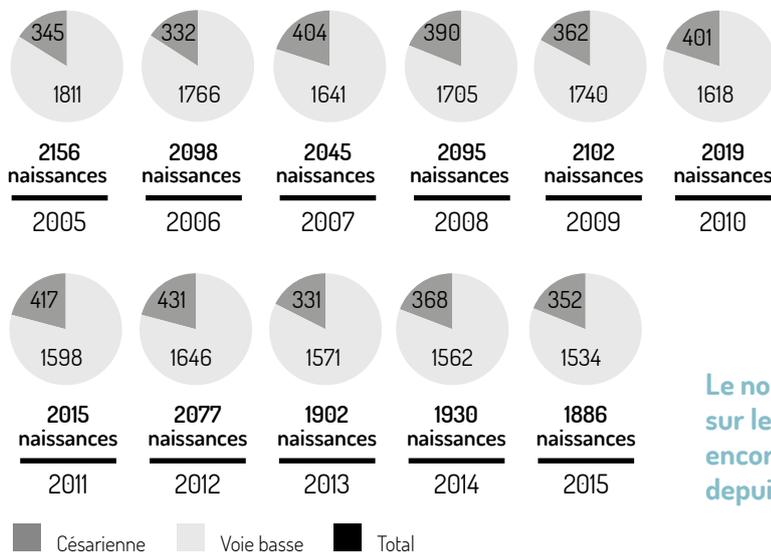


3.1.3. Activité d'obstétrique

En raison de la démographie du bassin de population du Cotentin, le nombre d'accouchement décroît depuis plus de 10 ans et reste sous la barre des 2000 accouchements pour la 3ème année consécutive. Toutefois le CHPC avec une maternité de niveau 3 conserve une position très dominante sur sa zone d'attractivité réalisant plus de 95% des accouchements du territoire.

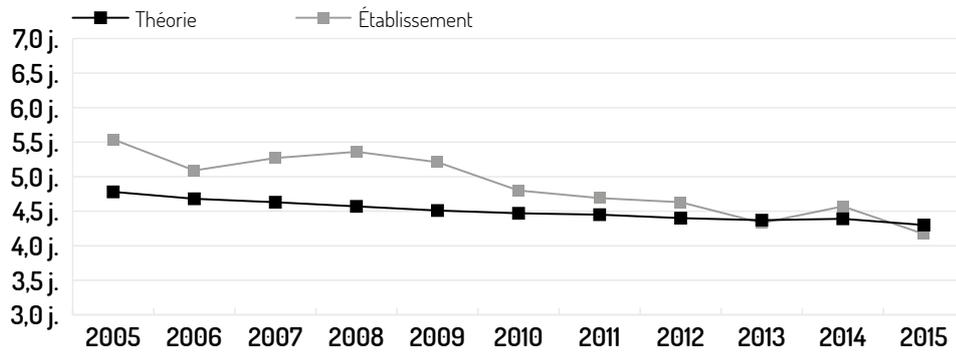
ÉVOLUTION DES ACCOUCHEMENTS

- De 2005 à 2015

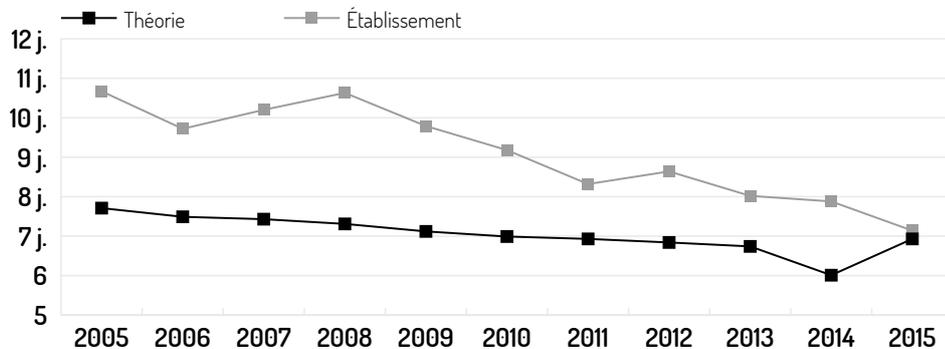


Le nombre d'accouchements sur le territoire du Cotentin reste encore sous la barre des 2000 depuis 2013.

**ÉVOLUTION DES DMS (DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR) DES ACCOUCHEMENTS
VOIE BASSES - De 2005 à 2015**



**ÉVOLUTION DES DMS DES CÉSARIENNES
- De 2005 à 2015**



3.2. Soins de suite et de réadaptation (SSR)

Le Service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) du CHPC situé à Valognes a une orientation gériatrique. Il dispose de 80 lits répartis en 4 unités et de 10 lits supplémentaires d'UCC qui permet la prise en charge de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Il existe, de plus, une unité de 6 lits dédiés aux patients neurovégétatifs.

L'essentiel des séjours sont des séjours post MCO CHPC. Les prises en charge majoritaires en SSR faisaient suite à des fractures fémorales, à des accidents vasculaires cérébraux, à des syndromes post-chutes.



3.3. Hospitalisation à domicile (HAD)

La capacité actuelle est de 26 lits pour 50 lits autorisés et reste sous-utilisée pour des raisons intrinsèques et extrinsèques.

Les modes de prise en charge principale sont majoritairement les soins palliatifs puis dans une moindre mesure le traitement par voie veineuse et les pansements complexes et soins spécifiques. Pour 70% des séjours, l'indice de Karnofsky est inférieur ou égal à 50%.



3.4. Consultations externes

Le nombre de venues en consultation externe a progressé de 10% entre 2010 et 2015.



3.5. EHPAD

Le CHPC dispose de 2 Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) : l'un, le Gros Hêtre, situé à Cherbourg en Cotentin d'une capacité de 219 lits dont 5 lits destinés à l'accueil en hébergement temporaire, l'autre, le Pays Valognais, situé à Valognes, avec une capacité de 128 lits.

Chaque EHPAD dispose de médecins gériatres exerçant à la fois les fonctions de médecins coordonnateurs et de médecins traitants des résidents.

Les caractéristiques de la population de résidents accueillis se présentent comme suit :

	Le gros Hêtre	Le pays Valognais
GMP	691	775
Pathos J	248	250
Répartition des G.I.R (Groupe Iso-Ressources : correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée)	42 personnes en GIR 1 74 personnes en GIR 2 34 personnes en GIR 3 42 personnes en GIR 4 8 personnes en GIR 5 13 personnes en GIR 6	25 personnes en GIR 1 64 personnes en GIR 2 17 personnes en GIR 3 19 personnes en GIR 4 2 personnes en GIR 5 0 personne en GIR 6

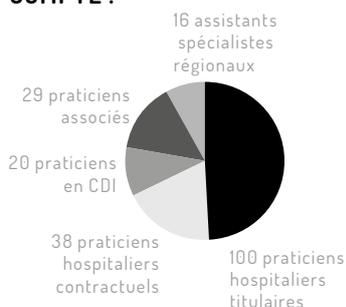
Chacun des deux EHPAD propose un accueil dédié et protégé à destination de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentée présentant des troubles du comportement et une forte tendance à la déambulation.

Depuis 2016, le Gros Hêtre dispose d'un PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés) à destination de ses résidents à hauteur de 14 places.

4. Démographie et recrutements

4.1. Les médecins au CHPC, des statuts divers, source de richesse

L'ÉTABLISSEMENT COMPTE :

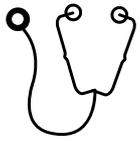


= GRANDE OFFRE DE SOINS

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

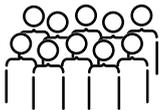
- 100 praticiens hospitaliers titulaires (dont 11 à temps partiels),
- 38 praticiens hospitaliers contractuels,
- 20 praticiens attachés en CDI, qui réalisent des vacances,
- 29 praticiens attachés associés, titulaires de la procédure d'autorisation d'exercice et en cours de validation des compétences techniques,
- 16 assistants spécialistes régionaux (5 au titre de la session novembre 2015-novembre 2017 et 11 au titre de la session novembre 2016-novembre 2018), médecins autonomes qui complètent leur formation avec le CHU de Caen ou le Centre François Baclesse.

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.

LA MANCHE :

0,97 Médecin

=



1000 habitants

LE COTENTIN :

23 EPHAD

=

1665 places
d'hébergements**4.2. Démographie (voir annexe)****4.2.1. Professions médicales**

La Manche se caractérise par sa faible densité en médecin généralistes libéraux (0,97 méd/1000 hab contre 1,06 méd/1000 hab en France). Avec 0,79 méd/1000 hab, le territoire Nord Cotentin est très nettement en dessous de cette moyenne.

Le constat est le même pour les médecins spécialistes (tous modes d'exercice confondus) puisque le taux pour 100 000 habitants s'élève à 105,8 dans le territoire nord Cotentin alors qu'il est de 184,7 en France métropolitaine.

4.2.2. Autres professions et dispositifs de prise en charge

Les infirmiers libéraux, quant à eux, sont plutôt plus nombreux dans la Manche que dans le reste du territoire national (1,54 IDE/1000 hab contre 1,46 IDE/1000 hab en France). Toutefois, on note que le territoire Nord Cotentin est nettement sous-doté avec seulement 1,05 IDE/hab.

Les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) sont plutôt bien représentés sur le territoire. Avec un taux d'équipement à 22,38 lits/1000 pers âgées de 75 ans et plus, le niveau d'équipement est sensiblement égal au niveau départemental qui lui-même, est supérieur à la moyenne nationale. On note toutefois des disparités importantes entre cantons qui pondèrent ce constat.

Concernant les autres professions de santé et les paramédicaux, la région, le département et le territoire ont un niveau d'équipement inférieur à la moyenne nationale.

Le Cotentin compte 23 Établissements d'hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) dont 18 sont habilités à l'aide sociale départementale, soit 1665 places d'hébergements (dont 225 places spécialisées Alzheimer, 35 places d'Hébergement temporaire autorisées et 34 places d'accueil de jour).

Cela correspond à un taux d'équipement de 97,07 lits/ 1000 personnes pour les 75 ans et plus sur le territoire, contre 102,2 pour la Manche, 112,2 pour la Basse-Normandie et 103,3 pour la France Métropolitaine (DRESS-ARS-FINESS au 01/01/2012).

Concernant les structures de prise en charge des enfants avec lesquelles collabore le service de pédiatrie du CHPC (cf. annexe 3), elles relèvent principalement :

- du conseil général (exemple : aide sociale à l'enfance)
- d'associations (exemple : Centre médico psycho pédagogique)
- de structures hospitalières (exemple : fondation Bon Sauveur)

Le taux d'équipement de ces structures d'aide sociale à l'enfance est nettement inférieur aux chiffres nationaux avec seulement 305 places pour 100 000 jeunes de moins de 20 ans alors que la moyenne nationale est de 481.

4.2.3. Conséquences pour le CHPC

Les données précédentes ont un impact significatif sur l'activité du CHPC :

- recours aux soins primaires de ville difficile entraînant un surcroît de passage aux urgences
- relais des soins primaires difficiles limitant le recours au secteur ambulatoire et à l'HAD
- insuffisance de structures et de lits d'aval expliquant en partie les DMS allongées

4.3. Répondre aux besoins d'aujourd'hui et anticiper ceux de demain

4.3.1. Maintenir la diversité de notre offre de soins : un défi à relever à court, moyen et long terme

L'anticipation des départs en retraite des seniors, la hausse du nombre d'internes accueilli depuis quatre ans, la fidélisation des ASR permettent de répondre à une partie des besoins de l'établissement, qui fait face à un déficit de médecins dans de nombreux services.

30 à 40 postes vacants sont publiés deux fois par an, à l'occasion du tour de recrutement des praticiens hospitaliers, tandis que le recours à l'intérim contribue à combler les besoins quotidiens. Ainsi, l'intérim est source de dépenses non négligeables pour l'établissement (3 M€ en 2014, toutes charges comprises, 2,7 M€ en 2015 et 3,5 M€ en 2016). Par ailleurs, l'intérim permet d'adapter les organisations aux évolutions d'activité : ces deux derniers hivers, la prise en charge médicale des patients de l'unité temporaire d'hospitalisation a été assurée par des médecins intérimaires. Tout au long de l'année, les intérimaires complètent nos besoins aux urgences, en anesthésie, en imagerie...

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.

4.3.2. Anticiper les départs en retraite

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

4.3.3. Faire connaître et reconnaître le CHPC comme établissement de référence : un défi à relever collectivement sur le long terme

► Devenir un lieu de stage prisé par les internes et les externes

EN 2013

**35 NOUVEAUX
INTERNES**

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

EN 2016

**65 NOUVEAUX
INTERNES**

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

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

Nouveaux objectifs pour 2017 et suivantes :

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

► Fidéliser les assistants spécialistes régionaux (ASR)

Le Centre Hospitalier Public du Cotentin a fait le choix de participer pleinement au dispositif régional largement développé et soutenu par l'ARS Normandie des Assistants Spécialistes Régionaux (ASR). Ces jeunes médecins viennent de terminer leur internat, ils ont passé leur thèse et leur inscription à l'ordre des médecins de la Manche est en cours de finalisation. Ils sont autonomes dans leurs fonctions au quotidien. Pendant deux ans, ils vont partager leur temps entre un exercice de la médecine au CHPC et un temps de formation complémentaire au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Caen ou plus exceptionnellement au Centre François Baclesse. L'Agence Régionale de Santé (ARS) de Normandie, pilote de la politique de santé au sein du territoire, finance une part significative du coût de ces emplois médicaux. Ce dispositif existe depuis huit ans mais un rééquilibrage territorial, fruit d'une concertation entre l'ARS et la Fédération Hospitalière de France (FHF) régionale, a eu lieu en 2012 permettant depuis lors au CHPC de recruter 2 médecins en 2015 (parmi les 2 accueillis) et 7 médecins en 2016 (parmi les 11 accueillis).

Nombre de ces médecins choisissent ensuite de rester au CHPC au terme de ces deux années d'assistantat. Par exemple, des entités aussi différentes que le pôle Femme-enfant, la pharmacie ou encore les urgences ont accueilli puis retenu ces jeunes médecins dynamiques, qui connaissaient déjà l'établissement et son environnement et qui ont eu envie de s'y investir. En fait, plus de deux tiers (70 %) des médecins qui ont été ASR au CHPC y sont restés.

► Démarche partenariale d'attractivité du territoire

- + POLYCLINIQUE DU COTENTIN (PCC)
- + FONDATION BON SAUVEUR
- + SSR KORIAN DE SIOUVILLE
- + LES COLLECTIVITÉS



Proposent à ces jeunes médecins :

- Temps d'échange et de découverte conviviaux
- Mise en valeur les atouts du territoire

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'échange et de découverte conviviaux à ces jeunes médecins et pour mettre en valeur les atouts du territoire.

La mobilisation des acteurs territoriaux (du soin mais aussi des collectivités) doit se poursuivre car elle est un facteur très positif dans des démarches fortement concurrentielles entre les territoires. Dans ce cadre, la reconstruction de l'Internat (sur le foncier dégagé par le déménagement de l'IFSI vers la propriété AFPA) est la prochaine priorité, en raison de l'éclatement actuel des conditions de logement des internes et externes accueillis par le CHPC. Cette opération, impossible sans le soutien des collectivités, marquerait notre engagement collectif envers l'attractivité médicale et permettrait d'ouvrir des possibilités de logement, y compris pour des professionnels envers lesquels nous n'avons pas d'obligation mais qui sont sensible à cet effort (par exemple les internes de Médecine générale en stage chez le praticien de ville sur la ville de Cherbourg-en-Cotentin).

4.3.4. Développement professionnel continu et amélioration de la qualité de vie au travail : deux axes à consolider

le CHPC accompagne les praticiens en leur permettant de réaliser leur parcours de formation.

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

Les formations demandées sont très variées, on peut notamment répertorier :

- des formations visant le maintien des compétences dans le domaine d'activité initial des praticiens ;
- en lien avec les axes prioritaires nationaux ;
- pilotage de pôle et management d'équipe.

La formation constitue un levier pour développer des synergies entre professionnels : Par ailleurs, le CHPC est fier d'appliquer la réforme du temps de travail des médecins exerçant dans les structures de médecine d'urgence⁴ 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). 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.

5. Recommandations PHME, IGAS et ANAP

Les difficultés auxquelles le CHPC se trouve confronté (isolement géographique, recrutements médicaux..), ayant notamment conduit à une situation financière fortement dégradée, plusieurs organismes ont aidé l'établissement sur les années 2012-à 2014 à engager des réorganisations.

5.1. PHME (voir annexe 4)

P H M E (Pilotage Hospitalier – Management Economique) Conseil est un cabinet d'Etude et de Conseil spécialisé en gestion des établissements de santé qui est intervenu au CHPC du 14 mai au 8 novembre 2012. Il s'agissait pour l'hôpital de disposer, dans un délai resserré, d'une analyse complète permettant d'identifier un certain nombre de leviers d'actions à retenir dans une démarche de réorganisation des activités de l'établissement, qui pourrait être proposée à l'Agence Régionale de Santé (ARS) en soutien de la mise en œuvre d'un nouveau Plan de

⁴ 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.

retour à l'équilibre budgétaire et financier. L'objet de la mission d'appui était de proposer une « feuille de route » permettant à l'établissement d'alimenter sa réflexion dans le cadre de la démarche de retour à l'équilibre déjà engagée, l'élaboration même de ce plan de redressement restant de la responsabilité de l'hôpital et ne faisant pas partie, en tant que telle, du cahier des charges de la mission.

Les trois principaux apports proposés concernent la mise en place :

- des plateaux de soins,
- d'unités dédiées à l'hospitalisation programmée (ambulatoire ou hospitalisation de semaine),
- de plateaux centralisés de consultations.

5.2. Rapport IGAS

La mission d'appui au CHPC menée par deux Conseillers Généraux des Établissements de Santé (CGES) a démarré en janvier 2014 et s'est achevée en juin 2014.

Ce rapport a souligné les très grandes difficultés du CHPC.

Selon les CGES, dans un bassin de patientèle limité, le CHPC avait une activité importante et irremplaçable mais des difficultés de mise en œuvre. En effet, d'une part, l'activité médicale présentait des déséquilibres : la chirurgie était sous représentée, les durées de séjours étaient longues, le pourcentage des hospitalisations en provenance des urgences était élevé, les taux de fuite étaient importants et il existait des difficultés de recrutement médical.

D'autre part, depuis plusieurs années, l'activité du CHPC était en diminution.

De plus, les dépenses de personnel étaient très élevées : les dépenses pour le personnel non médical avaient explosé en 10 ans alors que les dépenses de personnel médical étaient plus contenues. Parallèlement, il existait une situation sociale caractérisée par une forte résistance au changement même si des efforts de réorganisation avaient été faits.

Enfin, l'image du CHPC était en décalage avec la réalité notamment au travers de son rôle d'établissement de référence et la réalisation d'activités de pointe sans rapport avec les volumes d'activité.

Ces éléments ont contribué à une forte dégradation de la situation avec des résultats budgétaires qui ont enchaîné les déficits, une capacité d'investissement insuffisante malgré les besoins et une situation de trésorerie très inquiétante.

Pour autant, cette situation, n'a pas entraîné de démarche contractualisée avec l'ARS de Basse Normandie : le SROS n'a pas été restructurant, il n'y avait pas de document d'orientation politique générale (CPOM et Projet d'établissement abandonnés, pas de contrat de retour à l'équilibre financier).

Suite à ce constat, les CGES ont proposé quelques éléments de solution. Pour se reconstruire, retrouver de manière pérenne les moyens d'investir et d'attirer de nouvelles équipes médicales performantes, le CHPC devait travailler dans 6 directions :

- **ramener les effectifs au niveau de la productivité moyenne des établissements comparables.** En effet, les ratios de productivité étaient globalement peu satisfaisants mais différents selon les catégories de personnel. Les CGES ont proposé une méthode : le « re-maquettage » des services de soins.
- **améliorer la performance du circuit des patients** en améliorant la facturation des consultations et actes externes et en recherchant l'intégralité du codage des séjours.
- **redéfinir le périmètre de certaines activités** en réduisant le périmètre d'activités insuffisamment utilisées ou non obligatoires réglementairement (niveau 3 de la maternité, garde d'anesthésiste dédié à la maternité, réanimation et surveillance continue, sites d'urgence et de SMUR, réorganisation du bloc opératoire, réorganisation de différents services (Dialyse, PUI, Stérilisation, UHCD)) et en créant des activités manquantes telle qu'une unité de soins palliatifs.
- **associer les acteurs aux transformations à venir** en mettant en œuvre une politique active de recrutement médical et en renforçant la gestion par pôle.

- **développer les coopérations** avec les établissements publics, la médecine libérale et la polyclinique du Cotentin.
- **écrire les documents de programme et contractualiser avec l'ARS** : élaboration avec l'ARS d'un Contrat de Retour à l'Equilibre Financier (CREF) qui devrait à la fois fixer les objectifs et la feuille de route du CHPC et définir les aides qui devront lui être apportées car on ne voit pas aujourd'hui comment le CHPC pourrait régler seul ses difficultés.

5.3. ANAP

L'intervention de l'Agence Nationale d'Amélioration de la Performance (ANAP) a eu lieu en 2014. L'ANAP s'est concentrée, au-delà d'un diagnostic médico-économique, sur quatre chantiers qu'elle a traités dans le programme de performance :

- gestion des lits :
 - Consolider et mettre en œuvre l'organisation des plateaux
 - Développer et organiser la prise en charge ambulatoire
 - Adapter le capacitaire en lits à l'activité réelle avec des durées de séjours maîtrisées et optimisées
- fonctionnement du bloc opératoire :
 - Sortir les activités externes du circuit du bloc opératoire
 - Redéfinir la planification
 - Adapter les ressources à l'activité avec réduction des équipes paramédicales
 - Renforcer la gouvernance et le pilotage du bloc opératoire
- circuit du médicament et dispositifs médicaux :
 - Optimiser la gestion des stocks de dispositifs médicaux stériles dans les unités de soins sur le site de Cherbourg
 - Optimiser le service de stérilisation en adéquation avec l'activité du bloc
 - Informatiser la traçabilité des dispositifs médicaux implantables au niveau du bloc central et du bloc cardiologie
 - Projet de mise en place de la dispensation individuelle nominative automatisée au CHPC
- circuit de facturation recouvrement :
 - Optimiser le codage
 - Améliorer le délai de facturation des soins externes
 - Améliorer le délai de facturation en hospitalisation

WHATEVER
IT
TAKES



2

Adaptation de l'offre de soins

1. Objectifs.

2. Plateaux - capacitaire.

3. Parcours patient.



1. Objectifs

1.1. Réorganisation structurelle et fonctionnelle

Dans le cadre du nouveau projet médical, la présentation des activités est réalisée par pôle et par service. Les pôles ont été réorganisés en 2013. Ces pôles ont été pensés en suivant une logique clinique ou de prestation de service.

La réorganisation structurelle et fonctionnelle des activités en « plateaux de soins » intégrés, représente un puissant moteur de changement, et introduit une nouvelle logique de fonctionnement.

La réorganisation menée et le présent projet médical mettent en exergue une transversalité des projets centrée sur le parcours patient. Le CHPC doit poursuivre son adaptation à l'évolution des besoins des patients.

L'ambition est d'améliorer de manière continue la qualité des soins et le développement de nouvelles pratiques, en prenant en compte les réalités économiques.

○ FLUIDIFIER LE PARCOURS	- fluidifier le parcours médical, soignant et médico-administratif du patient et de l'utilisateur, en favorisant une amélioration de la qualité de prise en charge et du service rendu ;
○ OPTIMISER LES MOYENS	- optimiser l'utilisation des moyens, en ressources humaines et en ressources matérielles, par une meilleure organisation des activités médicales sur l'ensemble des secteurs cliniques (en hospitalisation et en consultation) et médico-techniques (pour des patients hospitalisés comme pour des patients externes) ;
○ MUTUALISER LES COMPÉTENCES	- mutualiser les compétences des professionnels paramédicaux, y compris médico-administratifs, et adapter l'utilisation de ces moyens en ressources humaines non médicales, dans le cadre du regroupement, sur des « plateaux de soins » intégrés, des activités dont les prises en charge sont proches.
○ DÉVELOPPER L'OFFRE ET LA PERFORMANCE	- développer en parallèle la performance et l'offre de soins.

1.2. Les pôles et le DPI

Le nombre des pôles d'activités est de 6 :

- pôle A : Administratif
- pôle C : Médico-chirurgical
- pôle F : Femme-enfant
- pôle I : Services de médecines intensives
- pôle M : Spécialités médicales
- pôle P : Prestataires

Le redécoupage en pôles d'activités est concomitant à la décision de restructuration des activités en « plateaux de soins ».

Le déploiement du Dossier patient informatisé (DPI) est en cours et indispensable à la réalisation des réorganisations proposées.

Le dossier patient est un élément clé de la coordination des soins dans le cadre d'une prise en charge globale pluridisciplinaire.

Sa tenue, actuellement hétérogène, devrait s'harmoniser avec le DPI.

1.3. Restructuration des unités d'hospitalisation

La réduction du nombre de lits va imposer une organisation optimum du séjour du patient.

La restructuration par plateaux regroupant des unités par cohérence de prise en charge va permettre une optimisation de la taille des différentes unités d'hospitalisation.

Cette organisation va cependant nécessiter un travail sur le parcours patient, l'élaboration de protocoles de prise en charge pour les pathologies courantes et un accompagnement du personnel en termes de formation.

Les modes de fonctionnement ainsi que les espaces de soins devront être harmonisés entre les différents services d'un plateau.

Cette restructuration va permettre une optimisation de la tailles des différentes unités d'hospitalisation.

La diminution du capacitaire va de pair avec un développement des alternatives à l'hospitalisation complète et aux hospitalisations de semaine. Pour ce faire, une profonde révision des organisations médicales et paramédicales doit être effectuée. Cette révision doit s'accompagner d'une amélioration de la qualité des soins et du parcours patient. Cela favorisera une meilleure lisibilité des prises en charge tant au sein de l'établissement que vis à vis des intervenants extérieurs.

2. Plateaux – capacitaire

Le CHPC a opté résolument pour le regroupement cohérent de disciplines médicales ou chirurgicales sur un même niveau (plateaux de soins) avec des structures dédiées à l'ambulatoire (hôpitaux de jour communs) et aux hospitalisations programmées (hôpitaux de semaine - chirurgie ambulatoire).

Les plateaux de soins d'hospitalisations complètes et d'hôpitaux de semaine ont un capacitaire adapté par discipline et service selon l'activité constatée et avec un objectif d'efficacité sur les durées de séjour (IPDMS < ou = à 1).

Ils permettent également, sans faire disparaître les services structurés autour d'une ou plusieurs disciplines ou spécialités, une certaine mutualisation du personnel paramédical et une collaboration entre ces disciplines et services regroupés.

Les hôpitaux de jour (médecine, chirurgie) regroupent ainsi des disciplines et spécialités différentes en raison du dimensionnement de l'établissement.

Les plateaux de soins sont définis comme suit :

- plateau de chirurgie (hospitalisation continue et ambulatoire)
- plateau de médecine (Rhumatologie, dermatologie, endocrinologie, diabétologie, médecine interne et maladies infectieuses et médecine gériatrique)
- plateau de spécialités (oncologie, gastroentérologie, pneumologie)
- plateau de médecine intensive (cardiologie, neurologie, néphrologie)
- plateau femmes-enfants (néonatalogie, gynécologie, obstétrique, pédiatrie).

► Remarque

Si certains services ne sont pas directement concernés par la restructuration géographique, tous participent à l'objectif général d'amélioration du parcours patient (Réanimation, services médico-techniques, HAD, SSR gériatrique et EHPAD, Médecine polyvalente site de Valognes, Urgences...).

3. Parcours patient

3.1. Consultation

Les consultations sont, pour l'essentiel, localisées dans des espaces dédiés, facilitant le circuit du patient avec une possibilité de prise de rendez-vous centralisé selon le schéma suivant :

- consultations externes de chirurgie
- consultations de médecine
- consultations du plateau femmes-enfants
- consultations externes du site de Valognes (toutes spécialités confondues)

Les consultations externes qu'offre l'hôpital doivent proposer à la population une qualité de prise en charge en lien avec le plateau technique disponible au CHPC et une aide dans le parcours de soins coordonnés.

Au CHPC, le nombre de consultation externes en 2015 (toutes spécialités confondues) est de l'ordre de 210 000 consultations. L'une des pistes de développement du CHPC passe par l'augmentation du nombre de consultations.

La prise en charge du patient est facilitée par une organisation efficiente des consultations externes notamment en termes d'accueil et de suivi post-consultation.

En raison de certaines spécificités (proximité des plateaux techniques) certaines spécialités médicales ne sont pas intégrées aux plateaux des consultations externes du site de Cherbourg à savoir :

- consultations de pneumologie
- consultation de cardiologie
- consultation de néphrologie
- consultation neuro-gériatrique en lien avec l'hôpital de jour

3.2. Admission

L'objectif est de favoriser les hospitalisations programmées et les admissions directes sans passage par les urgences et de fluidifier l'admission dans les services des patients, venant des urgences, nécessitant une hospitalisation.

3.2.1. Admission programmée

Elle est décidée suite à une consultation, à un séjour antérieur, à un contact téléphonique avec un professionnel de santé.

L'hospitalisation programmée est la base du parcours patient :

- prévision des dates d'entrée et des dates de sortie
- prise anticipée des rendez-vous pour les différents examens, actes techniques, et consultations spécialisées
- utilisation d'une fiche de programmation.
- nécessité de mise en place d'une procédure de rappel des patients

3.2.2. Formaliser une procédure d'admission directe,

La structure des Urgences ne doit pas être considérée comme la seule « porte d'entrée » possible dans une prise en charge au sein du CHPC.

La notion d'« admission directe » correspond à la mise en place d'une organisation permettant au patient d'accéder directement dans la structure d'hospitalisation appropriée chaque fois que cela est possible.

Cela répond à deux objectifs complémentaires :

- limiter le recours aux urgences aux situations qui le nécessitent
- améliorer les relations entre les professionnels hospitaliers et les professionnels de santé de la Médecine de Ville

Un circuit d'« admissions directes » dans les secteurs d'hospitalisation de l'établissement doit être organisé et favorisé en mettant en place une ligne téléphonique dédiée par service accessible aux praticiens extérieurs à l'établissement.

Ces règles de fonctionnement devront être intégrées dans les « chartes de fonctionnement » des plateaux de soins évaluées et ajustées au fil du temps.

3.2.3. Améliorer le circuit d'admission via le service des Urgences

Le circuit d'admission doit permettre au service des Urgences de ne pas être saturé par une activité qui souvent ne répond pas aux critères d'une Médecine d'urgence et donc de diminuer le délai d'attente des patients et permettre aux urgentistes de travailler dans de meilleures conditions (perte de temps passé à la recherche de lits, patients ne relevant pas des urgences).

Sept pistes peuvent être envisagées :

- **LITS ACTUALISÉS**
 - il est indispensable pour le CHPC et pour les structures d'Urgences en particulier, de pouvoir disposer, en temps réel, d'un état des lits actualisé et fiable avec un outil actuellement en cours de développement.
- **UN PRATICIEN RÉFÉRENT**
 - il est nécessaire de mettre en place une fonction de « praticien référent » clairement identifié sur les tableaux de service des structures d'hospitalisation d'aval, pour permettre aux équipes médicales et soignantes des Urgences, de disposer d'un interlocuteur clairement identifié et joignable sur une ligne dédiée au niveau de chaque spécialité, pour répondre aux avis spécialisés et décider de l'orientation du patient sur un lit d'aval approprié.
- **ORGANISATION DE L'HÉBERGEMENT**
 - il faut améliorer l'organisation de l'« hébergement » dans un secteur de prise en charge ne correspondant pas à la pathologie du patient. Cette organisation doit être formalisée dans une « charte de fonctionnement », en tenant compte de la réorganisation des capacités de prise en charge sur des « plateaux de soins » intégrés.
- **MISSION ET RÔLE DE L'UHCD**
 - redonner à l'UHCD sa mission et son rôle propre au sein de l'hôpital :
 - Hospitalisation pour les patients pris en charge par les Urgences et nécessitant une surveillance de moins de 24h avant le retour à domicile
 - Hospitalisation pour observation de moins de 24h de patients dont l'état de santé ne permet pas dans l'immédiat de décider formellement d'une hospitalisation conventionnelle
 - À ce jour, l'UHCD a de grandes difficultés à faire face à ces missions en raison d'un certain dysfonctionnement du circuit patient (cf. supra) et de l'obtention dans les meilleurs délais des avis spécialisés .
- **LITS RÉSERVÉS**
 - lits réservés : le besoin d'hospitalisation au quotidien à partir des Urgences pour chaque service a été déterminé au vu des statistiques établies par le service des Urgences, l'enjeu étant que chaque service s'organise pour mettre chaque jour ces lits à disposition des Urgences



- pour les prises en charge « non urgentes », organiser la possibilité de proposer au patient un rendez-vous en consultations externes avec son médecin traitant ou à l'hôpital.

- le Dossier patient informatisé (DPI) doit améliorer les échanges d'information entre les équipes des Urgences et les services d'hospitalisation d'aval, dans l'objectif d'une continuité dans l'utilisation du dossier médical et soignant.

3.3. Hospitalisation

3.3.1. Organisation médicale performante centrée sur le patient

Dans un but d'optimisation des ressources sans sacrifier à la qualité des soins, chaque plateau de soins élaborera une charte de fonctionnement centrée sur les organisations médicales en adéquation avec les organisations paramédicales.

La mise en œuvre d'une planification fixe et suffisamment anticipée par discipline ou service des absences médicales (au minimum à 4 mois) permettra une régulation efficace des capacités de prise en charge et des moyens, notamment en ressources humaines, tenant compte du temps médical disponible ainsi que de l'évolution des activités. L'objectif est de faciliter le travail médical en limitant au maximum la dispersion des activités (consultations, visites, avis, actes techniques, temps administratif...) dans la journée.

Les organisations soignantes transversales sont déterminantes pour le fonctionnement des plateaux de soins et devront être mises en place conjointement entre la direction des soins et le chef de pôle.

3.3.2. Restructuration des unités d'hospitalisation

La réduction du nombre de lits impose une organisation optimum du séjour du patient et de sa sortie :

Pour les hospitalisations programmées :

- en mentionnant systématiquement une durée prévisionnelle de séjour (DPS). Le patient, acteur de sa prise en charge doit également être informé de sa DPS. Son but est d'optimiser le parcours patient et d'anticiper la sortie ;
- en prévoyant des horaires d'arrivée décalés, en particulier dans une unité d'hospitalisation de jour, en Médecine comme en Chirurgie.

Pour les hospitalisations non programmées :

- gestion des lits avec réservation pour les urgences
- élaboration de protocoles de prise en charge pour les pathologies courantes et un accompagnement du personnel en termes de formation.
- anticipation des sorties et privilégier les sorties avant 12 h

3.3.3. Bloc

La restructuration du bloc opératoire repose sur les recommandations de l'ANAP (cf. paragraphe X). Ainsi, la prise en compte de l'activité chirurgicale a conduit à l'organisation suivante :

- les interventions programmées sont prises en charge par trois équipes paramédicales,
- la programmation opératoire est basée sur une répartition des créneaux d'intervention nominatifs et/ou par spécialité,
- une équipe paramédicale assure les interventions d'urgence H24, et ce, quelque soit la spécialité.

La montée en charge de l'activité chirurgicale constatée suite au développement d'activités chirurgicales nouvelles et aux recrutements de nouveaux chirurgiens conduit à une augmentation progressive des plages opératoires.

L'objectif est d'adapter l'organisation du bloc opératoire au fil de l'eau en prenant en compte les files d'attente des patients et les contraintes liées aux locaux.

La réorganisation du bloc opératoire a été facilitée avec la poursuite des travaux d'un conseil de bloc instauré depuis 2000 et dont le président est un anesthésiste depuis 2013.

Ce conseil s'est réuni 6 fois en 2014, en relation avec les nombreux changements à impulser, conformément d'ailleurs aux recos du décret (tous les 2 mois), 3 fois par an pour 2015 et 2016.

Depuis 2013, les principales actions du conseil de bloc ont été les suivantes :

- réécriture et adoption d'une charte et d'un règlement intérieur,
- élaboration et distribution des plages opératoires en fonction de l'activité des opérateurs en visant un taux d'occupation et de débordement se rapprochant de la cible ANAP,
- réorganisation de la permanence des soins,
- poursuite et renforcement du rôle du staff de programmation du jeudi qui est devenu une institution,
- mise en place d'un système de recueil d'indicateurs d'activité et publication régulière.

L'organisation du bloc opératoire en terme de plages opératoires basée sur 3 équipes dédiées aux interventions programmées et sur une équipes dédiée aux interventions d'urgence, permet une prise en charge des patients optimisée.

Les évolutions à venir sont les suivantes :

- augmentation des plages opératoires des interventions programmées au regard de l'activité,
- organisation de la prise en charge des patients en urgence et en semi urgence.

Le nombre de plages opératoires contraint liées aux recommandations de l'ANAP augmente les délais d'un certain nombre d'exams ou d'interventions et s'avère être un frein au recrutement de praticiens et au développement d'activités nouvelles. Une forme de mutualisation des équipements sur le territoire apparaît comme une solution difficile mais possible dont la mise en œuvre repose sur la création d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) avec la polyclinique du Cotentin.

3.4. Filières d'aval



3.4.1. HAD

L'HAD intervient dans un territoire d'environ 200 000 habitants et sur un rayon de 50km. Ce mode de prise en charge permet des soins curatifs ponctuels ou de réadaptation tout en permettant au patient de rester à domicile. Au CHPC, l'autorisation est donnée pour 50 lits. Des perspectives de développement sont en cours (cf. projet de service).

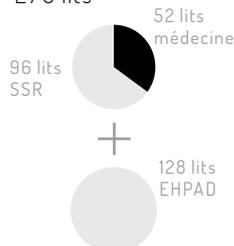


3.4.2. SSR

Le CHPC dispose de 90 lits de SSR Gériatrique situés sur le site de Valognes. Ce service accueille préférentiellement les sujets âgés de 75 ans et plus, venant pour l'essentiel des services de court séjour chirurgicaux ou médicaux du CHPC.

Ses missions sont de proposer des soins de rééducation et de réhabilitation fonctionnelle, d'assurer la prise en charge et la stabilisation de pathologies chroniques évolutives, d'organiser la sortie en privilégiant le retour à domicile (70% des sorties).

VALOGNES – 276 lits



La vocation gériatrique de ce service permet une vigilance particulière en ce qui concerne le dépistage de grands syndromes gériatriques par l'évaluation gériatrique globale (cognition, chute, dénutrition, dépression, troubles du comportement, continence, iatrogénie médicamenteuse).

Au sein de ce service de Soins de Suite et de Réadaptation Gériatrique, l'Unité Cognitivo-comportementale (UCC) composée de 10 lits a une place particulière en accueillant des patients de tous âges, présentant des troubles sévères du comportement en rapport avec une pathologie neuro-dégénérative.

L'admission en SSR est une prescription médicale et répond à un projet individualisé. Son caractère d'aval potentiel du MCO n'est pas exclusif, les admissions directes venant du domicile sont possibles, avec ou sans relais par l'HAD.

Le parcours classique, à savoir :

- urgences,
- service de court-séjour intégrant l'attente d'une place en SSR,
- entrée en SSR,
- retour au domicile

peut être largement amélioré.

L'optimisation du fonctionnement du SSR passe par :

- des délais d'admission brefs pour permettre une réhabilitation précoce du patient dès la phase aigue contrôlée.
- la stabilisation et le renforcement des équipes dédiées à la rééducation fonctionnelle (notamment kinésithérapeute) permettant une prise en charge plus intensive et plus rapide et donc potentiellement de raccourcir la durée de la moyenne de séjour en SSR (35 à 40 jours aujourd'hui).
- le déploiement d'un secteur d'hospitalisation de jour en SSR gériatrique qui contribuerait également à raccourcir ces durées de séjour tout en assurant la poursuite d'une rééducation pluridisciplinaire non disponible en ville.

Un partenariat étroit avec les EHPAD hospitalières permet de fixer un objectif de 50 % de ces admissions en EHPAD à partir du SSR, ce partenariat pouvant à terme, éventuellement dans le cadre du GHT, être élargi aux autres EHPAD du territoire.



3.4.3. EHPAD

Les EHPAD sont des lieux de vie, accueillant le plus souvent jusqu'à leur décès, des résidents âgés, fragiles, dépendants et poly-pathologiques.

L'admission dans les deux EHPAD du CHPC se fait principalement à partir du domicile, du SSR et plus rarement du MCO. Les deux établissements réalisent ensemble environ une centaine d'admissions par an. En interne au CHPC, les demandes d'admission se font quasi intégralement par le logiciel Via Trajectoire. S'agissant des demandes extérieures, l'utilisation du support papier reste prédominante, avec notamment un frein majeur d'une partie des médecins traitants libéraux à l'utilisation de Via Trajectoire.

Les deux EHPAD du CHPC réalisent une centaine d'admission par an grâce au logiciel Via Trajectoire.

La constitution d'un GHT gériatrique le 30 juin 2016 a pour vocation de réunir à terme l'ensemble des EHPAD du territoire et structures médico-sociales d'appui du territoire. Il doit permettre le renforcement des collaborations avec le CHPC (filiale d'hospitalisation directe, formation des personnels, évaluation sur place des situations complexes, admissions préférentielles, ...) dans une logique gagnant / gagnant. Il repose notamment sur la création d'une équipe mobile externe d'évaluation gériatrique et d'un dispositif de concertation gériatrique du territoire développé dans le volet gériatrique de ce projet médical.

3.4.4. Domicile

Le raccourcissement des durées de séjours, de développement de l'ambulatoire nécessitent aujourd'hui encore plus qu'hier une collaboration étroite entre la médecine de ville et l'hôpital public. Suite à de nombreuses rencontres entre médecins hospitaliers et médecins de ville, un groupe de pilotage pour un travail collaboratif s'est mis en place réunissant les membres du bureau de CME et responsables des groupes qualités (GQ).

Deux groupes de travail ont été proposés :

- circulation échange de l'information et optimisation des outils informatiques
- parcours patient et attente conjointe hôpital et médecine de ville.

Ce travail portera par la suite sur la gestion de situations concrètes (AVK, HAD, ...).



**WANT
BETTER
NOT
MORE!**

Anthony Burrill for Schoolhouse Electric & Supply Co.

3

Qualité

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

La compréhension et la satisfaction des attentes et besoins des patients représentent aujourd'hui une orientation fondamentale de la démarche qualité du CHPC. Elles conditionnent le positionnement et le développement de l'établissement.

La commission médicale d'établissement pilote la politique qualité de l'établissement dont la gouvernance, restructurée en 2015, est organisée ainsi :

- un comité qualité : Il définit le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Il s'appuie sur deux sous-comités :
 - Le comité gestion des risques et vigilances : gestion à priori et à posteriori des risques
 - Le comité EPP : développe et accompagne la culture d'évaluation
- un bureau qualité : Il constitue l'organe exécutif du comité qualité. Ce comité se réunit mensuellement. Il est composé :
 - Du président de la CME
 - De la Directrice Générale de Coordination des Soins
 - Du médecin gestionnaire des risques
 - De la Directrice de la qualité
 - Du responsable qualité et gestion des risques

La politique qualité du CHPC s'articule autour de quatre thématiques :

- Renforcer le déploiement d'une culture qualité et impulser la culture de l'évaluation dans l'établissement
- Poursuivre la maîtrise des risques
- Respecter l'usager et le rendre acteur de sa prise en charge
- Promouvoir la qualité de vie au travail

1. Renforcer le déploiement d'une culture qualité et impulser une culture de l'évaluation

1.1. Le déploiement d'une culture qualité au sein du CHPC

La politique qualité de l'établissement est basée sur la méthode PDCA laquelle s'impose à l'ensemble des professionnels de l'établissement.

La méthode PDCA est la suivante :

Plan : **J'écris ce que je fais**

Do : **Je fais ce qui est écrit**

Check : **Je contrôle** que ce qui est fait correspond bien à ce qui est écrit

Act : **Je réajuste** avec des mesures correctives pour améliorer les pratiques

Elle s'appuie sur la cellule qualité pour mettre en œuvre une démarche qualité pour la prise en charge des patients.

Cette démarche qualité repose sur deux actions majeures :

- un Plan d'amélioration de la Qualité intégré dans un outil informatisé dénommé « compte qualité » obligatoirement réactualisé tous les deux ans.
- le pilotage de 24 processus par des référents institutionnels composés de personnels médicaux et paramédicaux.

La dernière visite HAS en 2016
a abouti à une certification de
l'établissement en niveau B

La dernière visite HAS effectuée en 2016 et ayant abouti à une certification de l'établissement en niveau B a conforté l'engagement retenu de s'inscrire

dans un compte qualité proche du terrain et dans le choix des pilotes de processus. Néanmoins, il a été remarqué par les experts visiteurs un manque d'appropriation du plan d'Amélioration de la Qualité par les professionnels.

Le déploiement du Dossier Patient Informatisé, avec une équipe pluridisciplinaire dédiée à ce projet depuis fin 2012, constitue un projet institutionnel majeur qui contribue à l'amélioration de la qualité des soins à travers :

- l'effectivité d'une traçabilité des soins
- l'homogénéisation des pratiques médicales
- l'application d'un formalisme requis en lien avec les indicateurs qualité de la HAS

Le déploiement du DPI à tous les services permet d'améliorer la qualité des soins de l'établissement.

Le DPI est un projet qui se déploie sur plusieurs années service par service. Après la mise à disposition à tout le corps médical d'un accès informatisé à tous les résultats des examens de biologie, d'imagerie et à tous les comptes rendus d'hospitalisation et comptes rendus opératoires, il s'agit, depuis 2015, de déployer la prescription informatisée service par service. De nombreuses actions correctives inscrites dans le plan d'amélioration de la qualité des soins de l'établissement passent par le déploiement de cette informatisation du dossier patient.

1.2. L'impulsion d'une culture de l'évaluation au sein du CHPC

La commission médicale d'établissement souhaite s'impliquer dans le développement d'une culture de l'évaluation. Celle-ci passe par la construction et le suivi d'un certains nombres d'indicateurs complémentaires aux IPAQSS (Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins). Des indicateurs institutionnels seront proposés et pourront être choisis par chaque service afin que ces derniers soient dotés d'un tableau de bord d'indicateurs qualité pertinents par rapport à leur activité. L'analyse de ces tableaux de bords sera organisée au sein de chaque pôle.

En dehors de ce tableau de bord en cours d'élaboration, plusieurs méthodes d'évaluation sont utilisées et proposées aux professionnels :

- les Évaluations de Pratiques Professionnelles (EPP) : Elles sont systématiquement proposées pour les formations éligibles au DPC. Elles peuvent également être mises en œuvre à l'initiative des médecins avec l'appui de la cellule qualité. Le réseau régional qualité met à disposition du CHPC une plateforme de saisie afin de faciliter l'analyse d'une EPP.
- les Audits de processus : Ils ont été mis en œuvre en 2016 dans le cadre de la préparation de la visite de certification V2014. Ils sont réalisés par les pilotes accompagnés par la cellule qualité dans cette mission. Les pilotes de processus sont en principe constitués en binômes associant un personnel médical et un personnel paramédical. La désignation des pilotes a été validée en directoire.
- les patients Traceurs : Cet outil a été testé en interne pour la première fois en début d'année 2016 dans le cadre de la préparation de la visite des experts de mars 2016. Le déploiement de cet outil est programmé à compter de 2017 avec une formation de référents internes en charge d'utiliser cet outil dans plusieurs services autres que ceux dans lesquels ils exercent. A été également privilégiée pour cet outil, la formation de binômes constitués de professionnels médicaux et paramédicaux.
- les Cellules de Retour d'Expériences (CREX) ou Revues Morbidité Mortalité (RMM) : Les CREX sont systématiquement proposées et organisées par la cellule qualité à chaque déclaration d'un évènement indésirable associé aux soins concernant l'identité du patient ou le médicament. Des RMM sont systématiquement organisées et programmées à l'initiative du médecin chef de service dans un certain nombre de services. La commission médicale d'établissement s'engage à œuvrer pour que ce dispositif se déploie de façon organisée et régulière au sein de l'ensemble des services de l'établissement. D'autres CREX ou RMM peuvent également être proposées par la cellule qualité en cas de déclaration d'un évènement indésirable d'une particulière gravité.

- les Audits internes : Une équipe d'auditeurs internes comprenant tous les corps de métiers y compris médical, formé à la technique générale de l'audit, est régulièrement sollicitée par la cellule qualité pour réaliser des audits à la demande d'une direction ou d'une instance interne. Depuis 2016, des audits flash ont été déployés dans tous les services de l'établissement pour mesurer la qualité sur cinq thématiques :

- La culture qualité
- L'hygiène
- Le médicament
- Les urgences vitales
- Les droits des patients

Une pérennisation de ces audits est organisée à compter de 2017 avec la mise en place de deux tours annuels.

2. Poursuivre la Maîtrise des risques

► Organisation institutionnelle

L'organisation institutionnelle est basée sur un comité des vigilances et de gestion des risques. Ce comité est composé des représentants des différents secteurs à risques du CHPC, au sein desquels l'ensemble des risques a été identifié à partir d'une cartographie institutionnelle des risques élaborée en 2012 et complétée en 2015 par une cartographie des processus dans le cadre de l'élaboration du compte qualité de l'établissement.

Ce comité des vigilances est chargé de la gestion des risques a priori et a posteriori.

► L'identification des risques

Cette identification passe par une catégorisation des risques par typologie.

On distingue ainsi :

UTILISATION D'UNE TECHNIQUE COMPLEXE

- les risques inhérents à l'utilisation d'une technique complexe : C'est le cas de l'endoscopie.

COMPLEXITÉ D'UNE ACTIVITÉ MÉDICALE

- les risques inhérents à la complexité d'une activité médicale : L'imagerie interventionnelle, la radiothérapie, la biologie, le bloc opératoire, la salle de naissance, la prise en charge aux urgences sont des activités médicales plus particulièrement identifiées comme génératrice de risques.

Concernant la radiothérapie, cette activité, bien que réalisée au sein de l'établissement relève de l'autorisation du Centre François BACLESSE et relève donc de la certification du CFB. Il est à noter que la biologie fait l'objet d'une démarche qualité spécifique et d'une évaluation dénommée accréditation réalisée par un organisme national le COFRAC. Cette accréditation se déploie progressivement par famille d'analyses :

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

Le laboratoire du CHPC est en cours d'accréditation depuis 2015. En 2015, 6% des analyses effectuées en son sein ont fait l'objet d'une accréditation.

En 2016, c'est 54.6 % des analyses qui ont fait l'objet d'une visite COFRAC.

RISQUE D'INFECTION

- le risque infectieux : Ce risque est pris en compte dans le cadre de règles d'hygiène de base à titre préventif mais également pour éviter les transmissions croisées lorsqu'une infection est connue (règles d'hygiène complémentaires). Le linge, les déchets, l'eau, l'air et les surfaces font l'objet de prélèvements réguliers dont les résultats sont centralisés et suivis par l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène. C'est cette équipe qui intervient sur le terrain à titre préventif et curatif.

VIGILANCES SANITAIRES

- les vigilances sanitaires : Elles sont spécifiques au monde hospitalier. Elles comprennent :

- L'identitovigilance : il s'agit de s'assurer que les soins dispensés le sont au bien au bon patient c'est-à-dire qu'il n'y ait pas d'erreur d'identité.
- La pharmacovigilance : il s'agit de faire remonter tous les effets indésirables ou allergie ou problématique en lien avec l'administration d'un médicament ou l'utilisation d'un dispositif médical.
- La matériovigilance : il s'agit de déclarer tout dysfonctionnement en lien avec l'utilisation d'un matériel.
- L'hémovigilance : il s'agit de sécuriser l'utilisation des produits sanguins labiles.

PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE

- les risques liés à la prise en charge médicamenteuse : Il s'agit de sécuriser le circuit du médicament et des dispositifs médicaux, de respecter nos engagements institutionnels inscrits dans le contrat de bon usage du médicament signé avec l'Agence Régionale de Santé, de lutter contre la iatrogénie, de s'engager dans une démarche de conciliation médicamenteuse pour tous les patients de plus de 80 ans hospitalisés et dont le traitement à leur admission dépasse 10 médicaments par jour mais également de promouvoir le bon usage des antibiotiques. Le COMEDIMS est l'instance en charge de l'élaboration et du suivi d'une politique institutionnelle du médicament.

RUPTURE DANS LA CONTINUITÉ DES SOINS

- les risques liés à la rupture de la continuité des soins : La prise en charge d'un patient à l'Hôpital constitue une étape spécifique dans un parcours de santé plus global d'un individu. Cependant la fin d'hospitalisation requiert un passage de relais pour permettre la continuité des soins médicaux, infirmiers, de rééducation et autre. L'établissement est engagé dans différents dispositifs permettant d'améliorer la coordination entre l'hôpital et la ville :

- la conciliation médicamenteuse entre l'hôpital et les pharmacies de ville pour les patients âgés, poly pathologiques.
- L'envoi des CRH, des examens biologiques et des examens d'imagerie via une messagerie sécurisée, à destination des médecins traitants et spécialistes de ville.
- le déploiement d'une lettre de liaison au patient le jour de sa sortie d'hôpital.

En interne, le parcours de soins d'un patient peut requérir un accompagnement dans différents services. Ainsi la fluidité du parcours de soins interne au CHPC fait l'objet d'un processus regroupant des actions institutionnelles communes aux quatre grandes filières de prise en charge :

- la médecine polyvalente et les spécialités médicales
- la chirurgie
- l'obstétrique et la pédiatrie
- les Soins de suite et de réadaptation

Différentes actions sont entreprises pour fluidifier le parcours du patient interne à l'établissement, entre le service des urgences et le service d'aval, entre le service d'hospitalisation et le service de soins de suite et de réadaptation. Le déploiement de l'outil Trajectoire depuis plusieurs années contribue à fluidifier le parcours du patient hospitalisé en chirurgie et nécessitant un projet de rééducation avant son retour à domicile.

SITUATION DE TENSION / CRISE

- les risques liés à une situation de tension ou de crise : Une situation inhabituelle liée à une très forte activité aux urgences, un besoin important d'hospitalisation et une incapacité à y répondre en raison d'une occupation complète des services peut engendrer

un encombrement et une situation de tension. Des indicateurs Hôpital en tension ont été définis dans une procédure enregistrée sous APTA. Chaque année, un dispositif hivernal permettant de faire face à un besoin accru d'hospitalisation en période épidémique est également élaboré et disponible sous APTA. Une situation inhabituelle liée à un afflux massif de patients dépassant nos capacités habituelles de prise en charge et qualifiée de situation de crise peut engendrer le déclenchement d'une cellule de crise et éventuellement le déclenchement d'un Plan blanc pour y faire face. Une situation inhabituelle liée à l'identification d'un risque potentiel Nucléaire, Radiologique, Biologique ou Chimique engendre le déclenchement d'une cellule de crise spécifique visant à déclencher notre dispositif permettant de prendre en charge des blessés contaminés.

► Le traitement a priori des risques

Le traitement « a priori » se fait grâce à :

- l'analyse des risques effectuée pour chaque processus et dont les actions correctives sont inscrites dans notre compte qualité et dans notre Plan d'Amélioration de la Qualité.
- la diffusion de procédures, protocoles de soins rappelant les bonnes pratiques. Un certain nombre de comités institutionnels se réunit régulièrement pour élaborer des protocoles adaptés à leur domaine.
 - le CLAN pour les protocoles en lien avec l'alimentation,
 - le CLUD pour les protocoles relatifs à la douleur,
 - le CLIN pour les procédures relatives à l'hygiène et à la prévention des infections nosocomiales.
 - Le groupe « Escarres » pour les protocoles de prévention et de prise en charge des escarres
 - Le groupe « Bienveillance » propose des actions concrètes en lien avec la bienveillance des patients, le respect des droits des patients.
 - Le groupe « Prévention des chutes » propose des protocoles de prévention des chutes. À chaque fois, le corps médical est représenté au sein de ces comités. Ces comités peuvent s'appuyer sur des réseaux régionaux qui proposent également des recommandations de bonnes pratiques.

Le CHPC participe ainsi à de nombreux réseaux qui lui permettent d'améliorer la qualité de ses pratiques médicales :

- Réseau OncoBasseNormandie relatif à l'oncologie
 - Réseau de Périnatalité de Basse Normandie
 - RÉPPOP relatif à la prévention de l'obésité
 - Réseau régional douleur en Basse Normandie
 - ARLIN relatif à la prévention des infections nosocomiales
 - Réseaux d'assistance à la prise en charge des plaies de Basse-Normandie (TELAP)
 - Réseau radioprotection Grand Ouest
 - Espace Régional d'Education Thérapeutique (ERET)
 - Réseau Qualité Qual'Va
- la sensibilisation annuelle de tous les soignants invités à participer à une « chambre des erreurs » pendant la semaine de la sécurité du patient en novembre. Ce dispositif vise à rappeler les bonnes pratiques aux soignants, de façon ludique, en les invitant à retrouver toutes les erreurs de prise en charge d'un patient qui est un mannequin installé dans une chambre d'hôpital. La commission médicale d'établissement s'engage à promouvoir cet action et à inviter le corps médical et en particulier les internes accueillis dans les services à y participer.
 - la mise en place de plans de crise régulièrement évalués indiquant les consignes à suivre face à une situation de tension ou face à une situation de crise.
 - l'organisation d'exercices de simulation de crise. Actuellement, l'établissement participe

à deux exercices annuels relatifs au risque NRBC en raison de sa situation géographique à proximité d'industries nucléaires. L'établissement souhaite améliorer cette prévention avec en 2017 :

- La mise à jour de son plan blanc comprenant notamment un volet damage control relatif à la prise en charge de victimes d'attentats.
- La formation des membres pressentis de la cellule de crise
- La mise en place d'un exercice relatif à l'afflux massif de patients non contaminés

► Le traitement a posteriori des risques

La survenue d'un risque doit en principe faire l'objet d'une déclaration de signalement d'évènement indésirable. Une cellule analyse chaque semaine toutes les déclarations et désigne un pilote en charge de traiter le dysfonctionnement.

Cependant, tous les dysfonctionnements en lien avec une problématique d'identito-vigilance ou de médicaments ou de biologie ou d'une particulière gravité, sont automatiquement traités dans le cadre d'une Cellule de Retour d'expérience réunissant des professionnels de différents corps de métier afin d'approfondir les causes de survenance et développer des actions correctives limitant les récurrences.

3. Respecter l'utilisateur et le rendre acteur de sa prise en charge :

La commission médicale d'établissement s'engage à promouvoir :

○ PARCOURS ADAPTÉ	- un accueil adapté de l'utilisateur : Cet accueil doit être protocolisé et adapté en fonction du parcours programmé ou non du patient. Chaque service est invité à rédiger son livret d'accueil et sa procédure d'accueil.
○ RESPECT DE SES DROITS ET LIBERTÉS	- le respect de ses droits et libertés : Les choix du patient doivent être pris en compte et faire l'objet d'une attention particulière de tous les soignants : respect du choix d'une personne de confiance, respect des directives anticipées du patient, respect du secret médical, respect de l'intimité du patient, de son droit à l'information et à la communication de son dossier médical.
○ PRISE EN CHARGE EN CONTINU	- la continuité de la prise en charge : La notion d'hébergement au sein des services de médecine a été supprimée par la Commission médicale d'établissement afin que chaque patient hospitalisé dans un service de médecine soit automatiquement pris en charge médicalement par l'équipe de ce service même si la prise en charge du patient requiert un avis d'une autre spécialité médicale.
○ PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	- l'évaluation et la prise en charge de la douleur : La prise en compte et le soulagement de la douleur du patient constitue un engagement essentiel du corps médical. Les équipes paramédicales sont également sensibilisées à travers les IPAQSS à l'importance d'une évaluation normée et tracée de la douleur dans le dossier de soin même en l'absence de douleur.
○ BIEN-ÊTRE	- la promotion de la bien-être : Il s'agit d'une démarche institutionnelle à laquelle participe le corps médical mais également l'ensemble des équipes soignantes, de considérer chaque patient comme un être humain à part entière, soigné avec respect et en tenant compte de ses propres choix.
○ ÉDUCATION À LA SANTÉ	- l'éducation à la santé : L'établissement est engagé dans une démarche d'éducation des patients atteints de pathologies chroniques mais également dans une démarche de

MÉDECINS
MÉDIATEURS

promotion de la santé à l'égard de tout public. Un cadre de santé est en charge de cette thématique. Des journées à thème sont régulièrement organisées dans le hall d'entrée du site de Cherbourg pour sensibiliser le public au dépistage et à la prévention de certaines pathologies en lien étroit avec les services concernés et les associations d'usagers porteuses.

- la place donnée aux représentants des usagers : Le corps médical est impliqué dans la gestion des plaintes et réclamations des usagers avec la participation de plusieurs médecins médiateurs à leur traitement. Ces médecins médiateurs rencontrent les usagers mécontents pour leur apporter des explications et assurent un retour de ces échanges auprès des praticiens impliqués dans la prise en charge. Une formation spécifique à la communication leur sera proposée en 2017 pour optimiser ces rencontres. Les médecins médiateurs siègent en Commission des Usagers où sont examinées toutes les réponses apportées aux insatisfactions.

COMITÉ
ÉTHIQUE

- la réflexion éthique : Elle est intégrée à la pratique médicale quotidienne. Au niveau institutionnel, un comité, né en 2012 et reconfiguré en 2016 propose trois assemblées annuelles à ses membres pour réfléchir à une thématique spécifique. Le corps médical de toutes les activités déployées dans l'établissement est représenté au sein du comité éthique. Participent également à ce comité des professionnels extérieurs au CHPC et intéressés à la réflexion éthique par leur domaine professionnel.

4. Promouvoir la qualité de vie au travail des professionnels

Le corps médical est impacté comme tous les professionnels et même souvent en première ligne par la restructuration profonde engagée en 2013 dans l'établissement et comprenant :

- le redimensionnement du capacitaire
- le développement d'alternatives à l'hospitalisation complète
- la réduction des durées de séjour
- le regroupement de spécialités en plateau avec une mutualisation des compétences paramédicales
- la centralisation des consultations.

Cette restructuration a complexifié les conditions de travail en multipliant les déménagements avec des opérations à tiroir et en imposant des changements culturels importants dans les pratiques.

La relance de l'activité médicale constatée en 2015 a permis de conforter le bien fondé de cette politique. Néanmoins, un accompagnement au changement continue d'être nécessaire.

La relance de l'activité médicale en 2015 témoigne du bien fondé de la procédure de restructuration entamée en 2013.

Le corps médical s'implique dans cet accompagnement en participant :

- au projet de synchronisation des temps médicaux et non médicaux lancé en 2014 dans certains services pilotes faisant l'objet d'un accompagnement par l'Agence Nationale d'Accompagnement à la Performance et actuellement généralisé à tous les services.
- à la mise à jour du document unique lancée en 2017 visant à identifier les risques professionnels propres à chaque unité de travail et à y apporter des actions préventives.
- à la politique offensive de recrutement médical à travers la participation de plusieurs praticiens à la cellule de recrutement, à l'implication dans l'accueil et l'accompagnement d'internes et d'assistants spécialistes au sein de chaque service.
- à la politique institutionnelle de formation continue, de gestion des métiers et des compétences, de gestion des conflits par un espace de médiation institutionnel.



4

Communication

1. Communication interne.
2. Communication externe.

Comme toute entreprise, le CHPC se doit de développer une politique de communication tant en interne que vers l'extérieur. Son objectif est de faire percevoir le CHPC comme établissement de référence pour la population et les professionnels de santé et d'informer l'environnement de toute évolution de l'offre ou de l'organisation des soins.

1. Communication interne

Une communication efficace permettant une optimisation de la prise en charge du patient repose à la fois sur la relation soignant-patient et sur celles entre les professionnels de santé.

1.1. Le patient

1.1.1. Accès à une information claire

La Loi 2002-303 du 4 mars 2002 pose comme principe légal le droit d'une personne d'être informée sur son état de santé. L'obligation d'information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Une information doit être délivrée à la demande du patient concernant son état de santé et son évolution mais aussi sur l'ensemble des actions diagnostiques et thérapeutiques proposées au patient. De plus, le patient ou son représentant légal a le droit d'accéder à son dossier s'il en fait la demande. L'analyse des réclamations des usagers faite en Commission des Usagers montre que cette information n'est pas toujours suffisante auprès du patient comme de son entourage ou de la « personne de confiance » qu'il a choisie.

La loi de mars 2002 oblige le personnel à informer le patient sur son état de santé et à rendre accessible son dossier médical.

Cette donnée a été prise en compte dans la modification du circuit de gestion des plaintes et réclamation lequel favorise depuis 2016 une rencontre de l'utilisateur mécontent afin de lui apporter des explications en lui consacrant un temps d'échanges et d'écoute qui a souvent fait défaut au cours de sa prise en charge. En fonction de la cause de l'insatisfaction, le médiateur institutionnel qui participe à cette rencontre pourra être un professionnel médical ou paramédical. Lorsque le médiateur est médical, la présence du médecin concerné par la prise en charge reste possible en fonction de son propre choix. S'il fait le choix de ne pas participer à la médiation, le médecin médiateur institutionnel s'engage à lui faire un retour de la médiation. A chaque fois, l'utilisateur a la possibilité d'être accompagné à ces rencontres par un représentant des usagers.

Le consentement éclairé doit être tracé et les directives anticipées doivent être recherchées. Des protocoles institutionnels ont été élaborés en 2016 et enregistrés sous APTA pour faciliter le recueil du consentement éclairé en particulier dans le domaine de la chirurgie mais également concernant les directives anticipées et la possibilité de désigner une personne de confiance.

Pour les patients non francophones, des interprètes sont joignables.

1.1.2. Aspect relationnel

La relation soignant-patient constitue le maillon essentiel de la démarche de santé car celle-ci garantit :

- l'éthique médicale, fondamentale à l'exercice de la profession ;
- le diagnostic, l'écoute du patient et la prise en compte de sa situation et de son histoire ;
- le choix thérapeutique, comme solution à la situation personnelle du patient ;
- l'équilibre économique global de la santé en préservant l'intérêt du patient ;

- la santé collective et individuelle.

Cette relation usager-professionnel a été placée au cœur de la réflexion nationale ayant permis d'aboutir à la rédaction de la charte du parcours de Santé adoptée en juillet 2016 par la Conférence Nationale de Santé.

La commission médicale d'établissement s'engage dans la diffusion et l'application de cette charte dont elle partage les principes et les objectifs.

Les trois principes de la charte sont les suivants :

- usagers et professionnels sont dans une relation partenariale
- tout usager prend, avec le professionnel de santé, les décisions concernant sa santé
- usagers et professionnels partagent des responsabilités collectives vis à vis de notre système de santé et de solidarité.

Les objectifs de la charte sont ceux-ci :

- agir pour la promotion de la santé, la prévention et le maintien de la santé tout au long du parcours.
- assurer l'accès de tout usager aux professionnels, aux établissements et services de santé, quelque soit sa situation sociale, économique, géographique, d'état de santé, de handicap et de dépendance.
- élaborer le parcours de santé personnalisé dans une démarche de co-construction entre usager et professionnel de santé.
- garantir la qualité, la continuité et la sécurité de la prise en charge tout au long du parcours de santé personnalisé de l'utilisateur.

1.2. Les professionnels de santé du CHPC

Une communication adaptée entre acteurs de soins au CHPC facilite la coordination des soins au bénéfice du patient. Elle implique une coopération entre ces professionnels. Celle-ci ne signifie ni transfert de compétences ni délégation de tâches, que ce soit entre les médecins ou avec les autres professionnels de santé. Il s'agit plutôt d'un partage, d'une mise en commun, d'un croisement des compétences des uns et des autres au service de la qualité des soins et d'une meilleure organisation des activités des professionnels. La communication entre professionnels de santé favorise le travail d'équipe et permet de forger un esprit d'appartenance au CHPC.

Il est donc nécessaire qu'un partenariat entre corps médical et autres professionnels de santé du CHPC s'établisse. Le projet de synchronisation des temps médicaux et non médicaux déployés à compter de 2014 sur certains services pilotes accompagnés par l'ANAP et en cours de déploiement sur tous les services doit permettre d'améliorer la collaboration entre professionnels médicaux et non médicaux.

La formation commune associant des professionnels médicaux et non médicaux est également souvent un moyen d'échanges fructueux, créateurs de liens favorisant une amélioration des relations interprofessionnelles.

Plusieurs formations institutionnelles réalisées ces dernières années ont contribué à cet objectif. C'est le cas de la formation relative à l'annonce de dommages liés aux soins et la formation relative à l'annonce d'un diagnostic grave. En 2017, la formation de binômes composés de médecin et de cadre de santé à l'outil du patient traceur devrait également contribuer à renforcer les liens. De même la formation à la communication, programmée en 2017 à destination des médiateurs institutionnels médicaux et non médicaux participera à introduire et conforter ce partenariat indispensable à la qualité de la prise en charge des usagers. L'organisation des pôles avec à leur tête un médecin chef de pôle associé à un cadre supérieur de pôle permet également d'asseoir la volonté de la direction de faire travailler ensemble les personnels médicaux et non médicaux.

Une communication adaptée entre professionnels du CHPC bénéficie d'abord aux patients.

1.3. Les outils de communication interne :

1.3.1. Intranet :

Grâce à un réseau intranet mis en place dans l'établissement, les professionnels ont accès aux dernières informations concernant les événements internes au CHPC ainsi que les documents de travail en lien avec le soin (protocoles thérapeutiques, vigilances...)

1.3.2. Dossiers partagés :

Les professionnels concernés par un thème donné peuvent échanger et interagir entre eux grâce à des dossiers partagés (système informatique de l'établissement). Leur utilisation est prônée en raison de leur meilleure efficacité et moindre coût que tous les échanges de mails ou de versions corrigées et enregistrées par les participants à un travail collectif.

1.3.3. Le DPI :

Par l'intermédiaire du Dossier Patient Informatisé, les comptes-rendus d'hospitalisation et d'opération, les résultats des examens d'imagerie et de biologie sont accessibles à tous les médecins de l'établissement. Ce projet est un élément majeur de l'évolution actuelle de l'établissement. Il permet de faciliter la communication entre médecins pour une prise en charge plus coordonnée du patient. Il nécessite un investissement important de la commission médicale d'établissement, notamment pour s'accorder sur l'élaboration d'un dossier médical commun et favoriser les usages dans les pratiques professionnelles.

1.3.4. Les réunions de la CME :

Depuis 2014, la Commission Médicale d'Etablissement se réunit mensuellement entre 12h30 et 14h30. Certaines CME exceptionnelles et complémentaires sont organisées en soirée vers 18 heures. Malgré ces changements d'horaires, il reste difficile de mobiliser la communauté médicale. La Commission s'engage à travailler à l'attractivité de ses réunions en élaborant en 2017 un questionnaire sur le sujet à l'attention des médecins membres de la CME.

1.3.5. Le projet de Trombinoscope :

La réalisation d'une base photographique des médecins du CHPC sous la forme d'un trombinoscope disponible sur intranet facilitera les relations entre les différents membres du corps médical. Les internes, dont le nombre est désormais important et qui changent tous les semestres, y sont associés.

1.3.6. Le journal interne Hop'Cotentin :

Afin de faire connaître le travail accompli au sein des services ainsi que les projets développés dans l'établissement un journal interne au CHPC Hop'Cotentin, paraît tous les deux mois. Il est adressé à chaque professionnel par voie postale avec sa fiche de paye. Il est également disponible sur intranet.

1.3.7. Les journaux internes Hop'jectif :

La revue Hop'jectif permet de proposer un focus d'information aux salariés de l'établissement

sur les différents projets du CHPC (DPI, plateaux de soins, politique qualité, visite de certification, etc.). Sa parution est en lien avec la réalisation des projets et ses modalités de diffusion sont identiques au Hop'Contentin.

2. Communication externe

Il existe une Direction de la communication. Ce service s'attache à faire connaître vers l'extérieur toutes les activités développées par le CHPC ainsi que tous les événements autour du soin et du patient :

2.1. Les moyens utilisés :

- **PORTES OUVERTES** - des journées portes ouvertes sont proposées par certains services : soins palliatifs, imagerie médicale (IRM et scanner).
- **JOURNÉES À THÈMES** - des journées à thèmes sur la prévention et le dépistage de certaines pathologies sont proposées dans le hall d'entrée de l'établissement en partenariat avec les associations d'utilisateurs en lien avec la thématique.
- **BULLETIN D'INFO** - publication de Médico'Tentin bulletin d'information du CHPC à destination des médecins de ville depuis juin 2011
- **MAISON DES USAGERS** - une Maison des usagers a été créée en octobre 2010 commune au CHPC et à la Fondation Bon sauveur. Elle est située à l'entrée principale du CHPC et regroupe une trentaine d'associations œuvrant dans le domaine de la santé ; elle permet aux personnes en souffrance d'avoir un lieu d'écoute et d'orientation. Pour améliorer son fonctionnement et en particulier la régularité des permanences, des jeunes en missions de service civiques viendront renforcer l'équipe de bénévoles à compter d'avril 2017.
- **SITE INTERNET** - un site internet, entièrement reconfiguré en 2015, permet de présenter l'établissement et d'apporter des réponses aux usagers notamment en termes d'orientation et de parcours de soins.
- **PLAQUETTES D'INFOS** - des plaquettes d'information sont régulièrement éditées et mises à disposition du public dans les lieux de consultations externes mais également adressées aux professionnels de santé de ville en vue d'une diffusion au public.
- **CHAÎNE TV** - une chaîne de télévision interne et gratuite, entièrement locale, est disponible pour les patients hospitalisés dans l'établissement. Elle propose des reportages sur l'hôpital, réalisés en interne.
- **JOURNALISTES** - les relations régulières avec les journalistes de la région sont favorisées. Des communiqués de presse sont ainsi régulièrement proposés aux médias locaux pour les informer d'événements particuliers (dépistages, journées portes ouvertes ...), de l'avancée de nos projets et ainsi relayer l'information au public. Les décisions essentielles prises en conseil de surveillance font par ailleurs l'objet d'une communication à la presse signée du Président du Conseil de surveillance.

2.2. La mobilisation en faveur d'une communication renforcée avec les autres acteurs de santé :

L'organisation de petits déjeuners mensuels ont permis d'améliorer les échanges et la considération entre l'hôpital et les professionnels de la ville.

L'établissement s'est investi en 2013 et 2014 via l'organisation de petits déjeuners mensuels à destination des médecins de ville afin de les rencontrer en petits groupes (jamais plus de 5) et entendre leur appréciation sur l'hôpital pour mieux identifier les contraintes et les attentes de ces acteurs de santé. Ces rendez-vous ont ensuite laissé place à d'autres rencontres entre professionnels de santé organisées en soirée sur les liens ville hôpital.

Ces rencontres ont permis d'améliorer l'échange et la considération entre l'Hôpital et les professionnels de ville, tout en orientant le développement de solutions plébiscitées. Le constat fut d'une difficulté à joindre les médecins hospitaliers et d'un retard à la fois dans les transmissions de données utiles au suivi du patient (délai) mais aussi dans les outils de dématérialisation. Ainsi, en 2014, une ligne téléphonique directe d'accès à un praticien hospitalier gériatre pour obtenir un conseil ou organiser une hospitalisation en direct et éviter un passage par les urgences a été mise en place à destination des médecins libéraux. Cette solution (ligne directe) a vocation à se généraliser dans tous les services. En 2016, l'inscription à une messagerie sécurisée a été proposée à tous les professionnels de santé pour leur permettre un accès plus rapide aux Comptes Rendus Hospitaliers. L'accès aux images et l'envoi des messages d'information sur le statut du patient (entrée, sortie, décès, mutation) sont à l'étude dans les prochaines années.

Les équipes médicales s'efforcent de communiquer, plus régulièrement, auprès de ces professionnels de ville, les nouveautés de l'établissement en termes d'activités médicales mais également d'organisation des soins ou de prise en charge des patients. Des Cycles d'EPU ont ainsi été relancés avec succès et doivent se poursuivre, y compris en partenariat avec la Polyclinique du Cotentin.

2.3. La mobilisation en faveur de l'attractivité médicale du territoire :

L'établissement est investi dans un projet de développement de l'attractivité médicale du territoire en partenariat avec d'autres acteurs comme la Polyclinique du Cotentin et les collectivités territoriales du Cotentin.

Chaque année un week-end sportif et festif intitulé « les Paradis de Cherbourg » est organisé à destination des internes de la région pour les inviter à venir s'installer dans le Cotentin.

Le CHPC affiche également un partenariat fort avec la Polyclinique du Cotentin à la fois pour favoriser le recrutement de médecins pouvant intervenir sur les deux établissements et à la fois pour offrir une réponse coordonnée aux besoins de la population et ainsi éviter la fuite des patients. Un axe fort de cette coopération porte sur la communication médicale.

Une soirée commune sur le cancer du sein a ainsi pu être organisée en 2016 conjointement par la CHPC et la PCC pour informer tous les professionnels de santé du Cotentin des nouvelles possibilités de prise en charge développées conjointement par ces deux acteurs pour répondre localement aux besoins spécifiques au cancer du sein.

2.4. La mobilisation en faveur de la prévention des violences faites aux femmes :

Depuis 2014, en lien avec le contrat local de santé, le CHPC est engagé dans un partenariat avec la commune de Cherbourg en Cotentin, avec la justice, avec la police et avec diverses associations locales pour mener des différentes actions de prévention, de dépistage et de prise en charge coordonnées des femmes victimes de violence.

Toutes les actions menées dans le cadre de ce projet font l'objet d'une médiatisation importante renforçant le positionnement du CHPC comme un acteur investi sur ce sujet.

2.5. La mobilisation en faveur de la réputation de l'établissement :

Un travail a été démarré sur le sujet en 2016 avec l'intervention d'un prestataire extérieur Chattermark auquel l'établissement avait fait appel en 2015 pour élaborer une plaquette d'information relative à l'HAD.

Ce prestataire a organisé des entretiens avec différents représentants des professionnels du CHPC pour analyser les leviers d'action qui permettraient d'améliorer la réputation de l'établissement. Cette analyse a conduit à identifier la nécessité d'élaborer un nouveau projet d'établissement comprenant les valeurs partagées par tous les professionnels et la nécessité de regrouper et de valoriser tous les projets novateurs qui contribuent à créer une image positive de l'établissement à la fois pour les salariés qui y exercent mais également pour la population qui y a recours. Il est ainsi nécessaire de s'investir pour que les professionnels soient fiers de leur travail, pour que celui-ci ait un réel sens afin d'améliorer la qualité du service rendu à l'utilisateur et améliorer ainsi la réputation de l'établissement.



GOOD

VIBES

ONLY

5

Partenariats et travail en réseaux

1. Polyclinique.
2. Le S.S.R DE « Korian L'Estran ».
3. Coopération inter-GHT : CH. Saint-Lô et CH.
Avranches-Granville.
4. Convention d'association avec le Centre
Hospitalier universitaire de Caen.
5. Convention de coopération avec le Centre François Baclesse
de Caen pour la radiothérapie.
6. GHT
7. Axes communs entre la Fondation Bon
Sauveur et le Centre hospitalier Public du Cotentin.
8. Médecins généralistes.
9. Télémédecine.
10. Recherche clinique.

1. Polyclinique

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

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

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

- d'une part, l'offre hospitalière aux évolutions de la démographie médicale et au développement de nouvelles pratiques médicales et chirurgicales,
- d'autre part, leurs structures d'hospitalisation respectives en termes d'efficacité, d'amélioration de la qualité et de maîtrise des dépenses de santé.

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

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

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

Les objectifs de la coopération sont doubles :

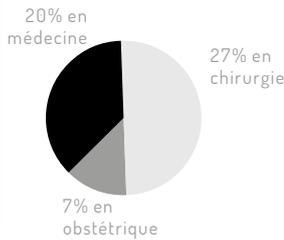
Le premier objectif majeur et commun au CHPC et à la PCC est d'assurer et de renforcer l'attractivité médicale du territoire. Une partie des fuites apparaît liée aux autorisations non présentes sur le territoire (cardiologie interventionnelle, neurochirurgie, activités de recours, etc...) ; en revanche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

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

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

TAUX DE FUITE

- Selon les spécialités



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

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

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

Il s'agit, entre autres, pour y parvenir, d'améliorer la performance des deux plateaux techniques (CHPC et PCC), tout en favorisant et en dynamisant le recrutement médical partagé afin d'assurer la prise en charge d'un maximum de patients sans sortie du territoire. Partant, cette démarche s'inscrit dans la recherche de la pérennité économique à plus ou moins long terme des deux établissements qui constitue le second objectif de la coopération.

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

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

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

Cette coopération entre le CHPC et PCC va permettre aux deux établissements d'associer leurs forces et d'amoinrir leurs faiblesses.

SYNTHÈSE DES APPORTS DU GCS

PRESTATIONS CROISÉES	AVANT LE GCS	APRÈS LE GCS
	Possibilité de prestations croisées (intervention de l'un chez l'autre)	Couverture juridique et modalités de rémunération des établissement/praticiens
DEPUIS LA PCC VERS LE CHPC (un opérateur PCC auprès d'un patient au CHPC, dans le bloc du CHPC)	Possible, nécessite un contrat spécifique, paiement sous forme de vacations	<ul style="list-style-type: none"> • Couverture assurantielle par le CHPC, • Séjours GHM touchés par l'hôpital, • Praticiens libéraux rémunérés à l'acte (NGAP/CCAM) - redevance accès bloc
DEPUIS LE CHPC VERS LA PCC (un opérateur du CHPC auprès d'un patient à la PCC, dans le bloc de la PCC.)	Très difficile, voire impossible, convention, pas de possibilité de remboursement du CHPC	<ul style="list-style-type: none"> • Couverture assurantielle par la PCC • Séjours GHM touchés par la PCC, • CHPC remboursé du temps médical à l'acte - redevance accès bloc

INTÉRÊT POUR LES PATIENS	• « transparent » en terme de prise en charge (assumée par l'établissement dans lequel ils se rendent, et par le praticien qui les a opérés)	MODÈLE ASSURANTIEL	• Simple : celui (établissement + praticien) qui prend en charge le patient « assure » les activités
INTÉRÊTS POUR LES ÉTABLISSEMENTS	• Meilleure « couverture » des activités et de la permanence des soins, • Possibilité de mutualiser des ressources, de rentabiliser des plateaux et de garantir la pérennité des autorisations.	MODÈLE JURIDIQUE	• Simple : les établissements ne changent pas de statut, les praticiens non plus; le GCS n'est pas un établissement de santé, il est un « chapeau ».
INTÉRÊT POUR LES PRATICIENS	• Couverture assurantielle, possibilité de pratiquer des activités pour lesquelles l'établissement de rattachement n'est pas autorisé (ex : Cancérologie).	MODÈLE FINANCIER	• Simple : c'est le modèle libéral qui s'applique ; à l'établissement de santé le séjour, au praticien l'acte (toutefois, les praticiens hospitaliers étant salariés, l'acte est reversé à l'hôpital).

2. Le S.S.R. de « Korian L'Estran »

Le CHPC entretient de longue date une coopération approfondie avec l'établissement de proximité de soins de suite et réadaptation du Groupe « Korian » situé à Siouville-Hague. Ce dernier assure les activités suivantes :

Les autorisations d'activités délivrées par l'ARS portent sur :

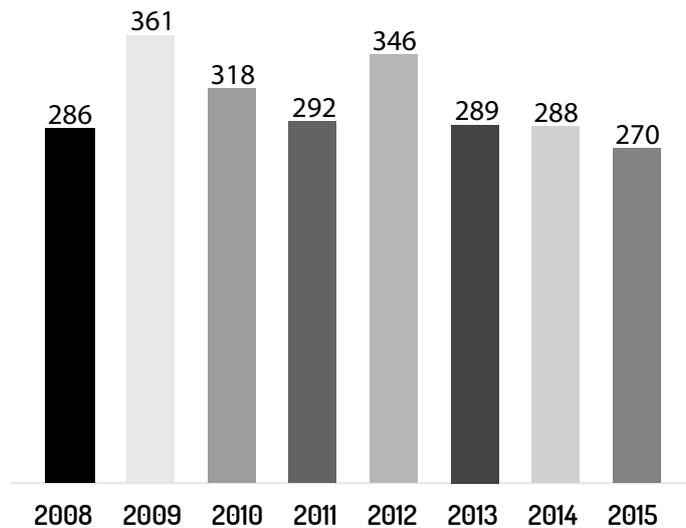
- SSR adulte non spécialisé en hospitalisation complète et à temps partiel (environ une vingtaine de lits).
- prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles :
 - Des affections de l'appareil locomoteur en hospitalisation complète et à temps partiel (environ 60 lits)
 - Des affections du système nerveux en hospitalisation complète et à temps partiel (environ 30 lits)

Des prises en charge spécifiques avec :

- un programme d'éducation thérapeutique sur le thème « réadapter son mode de vie après un AVC »
- des consultations appareillage toutes les semaines réalisées avec Protéor.
- une évaluation des fauteuils roulants électriques sur des demi-journées d'hospitalisation de jour.
- une évaluation des capacités de la reprise à la conduite automobile incluant une mise en situation avec une auto-école de Cherbourg.
- une spécificité dans la prise en charge de la main.

L'adressage des patients issus des services MCO du CHPC est relativement constant sur la dernière période.

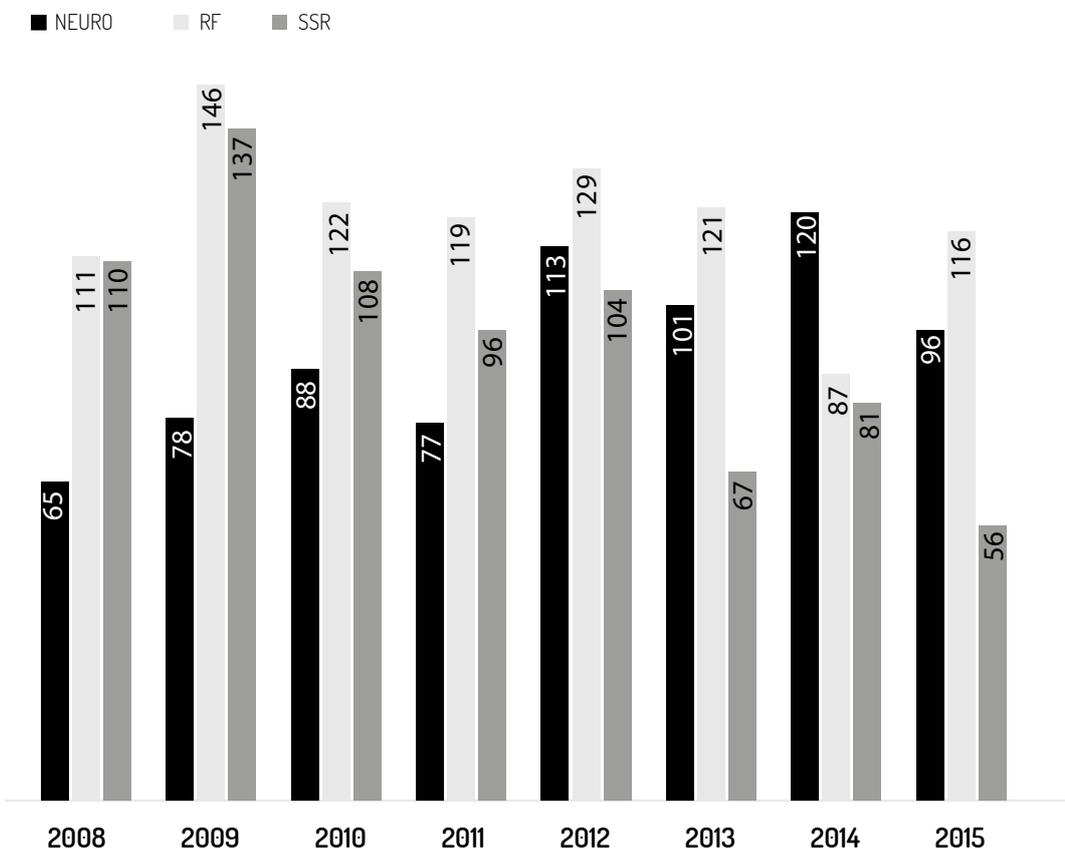
NOMBRE DE PATIENTS ADMIS EN HC EN PROVENANCE DU CHPC



Elle a progressivement évolué avec le temps, les patients de Neurologie prenant progressivement une proportion plus importante, à la suite notamment de la création en 2008/2009 des Unités de Soins Intensifs Neuro-Vasculaires et soins continus en Neurologie du CHPC.

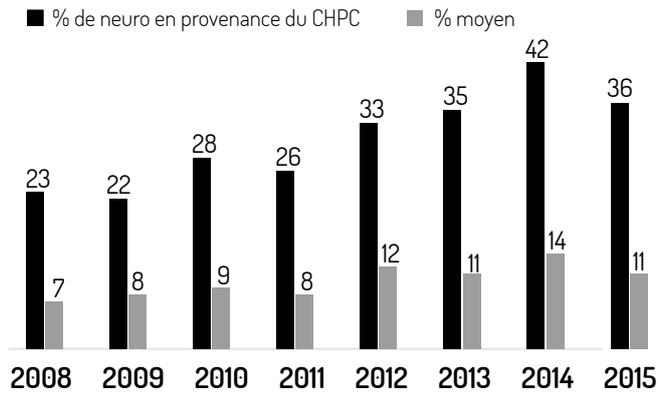
A contrario, la part de patients adressés en SSR polyvalent a diminué, celle de rééducation de l'appareil locomoteur (qui se situe en complément de l'offre interne du CHPC spécialisée en personnes âgées) restant relativement constante.

RÉPARTITION DES PATIENTS PAR SPÉCIALITÉS



PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT, DANS SON ENVIRONNEMENT

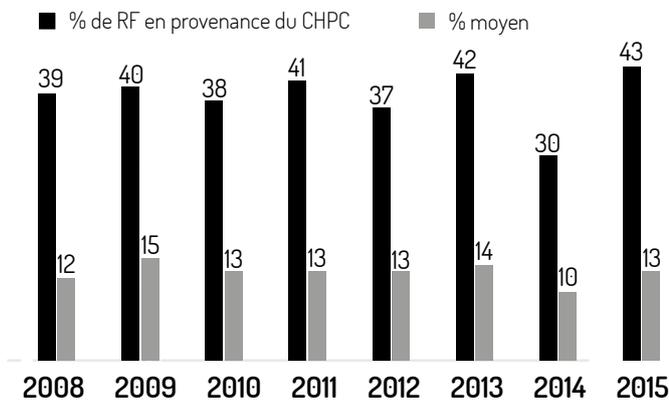
- Pourcentage neurologie



Les patient de Neurologie ont prit une proportion de plus en plus importante depuis 2008.

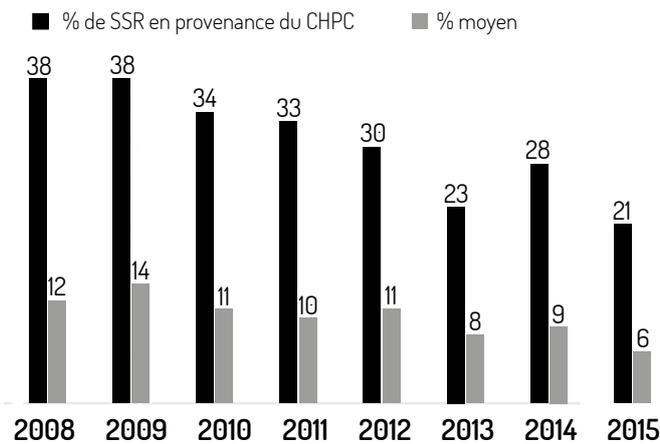
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT, DANS SON ENVIRONNEMENT

- Pourcentage Rééducation fonctionnelle

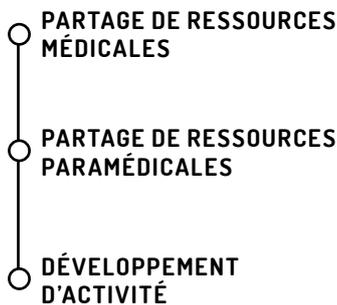


PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT, DANS SON ENVIRONNEMENT

- Pourcentage SSR



Plusieurs pistes de travail autour de ce partenariat sont déjà pensées.



Le CHPC a le souhait de travailler selon plusieurs axes avec le SSR « Korian » :

- partage de ressources médicales : un médecin partage son temps de travail entre les deux établissements, une convention pour assurer la visite d'un chirurgien existe, l'hypothèse de recrutements en commun ou partagés de médecins rééducateurs reste posée ;
- partage de ressources paramédicales : la recherche de personnel de rééducation (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens ...) et leur utilisation sur des segments d'activité complexe (type HAD) devra être étudiée.
- projet de développement d'activité : rapprochement sur les consultations post-AVC, toxine botulique, projet d'hôpital de jour en Médecine Physique et Réadaptation notamment.

Une convention de partenariat a été signée le 1er avril 2016. Tout rapprochement géographique du SSR « Korian » au sein de la zone urbaine de Cherbourg serait l'occasion de renforcer et faciliter un partenariat sur les axes médicaux précités.

3. Coopération inter-GHT : CH.Saint-Lô et CH.Avranches-Granville

Différents points de vigilance ont été mis en évidence par l'ARS dans le cadre de l'approbation des conventions constitutives des trois G.H.T (Groupement Hospitalier de Territoire) de la Manche : HAD, Urgences, Neurologie, Cardiologie.



3.1. Hospitalisation à domicile

Les trois établissements support disposent d'un service d'HAD rattaché. Une problématique de « frontières » subsiste dans le Sud Manche, puisque l'HAD de Vire intervient largement sur les zones concernées (Mortain, Saint-Hilaire, etc...), mais aussi en termes de cohérence de territoire GHT/HAD/Maïa pour les filières gériatriques notamment entre Centre et Nord Manche.

Les trois services fonctionnent correctement, mais l'activité reste améliorable (nombre de lits, TOC, nombre de séjours, identification des activités). Il est également convenu de travailler sur les sorties d'HAD (difficiles dans certains territoires).

Orientations retenues :

- recherche d'un accord CPAM pour coordonner la communication vers les libéraux pour le développement de l'HAD.
- développement des conventions avec les SSIAD.
- mise en place d'un COPIL annuel HAD inter-GHT (réunissant les trois services).
- demande aux 3 DIM une analyse comparative des territoires.
- saisine de l'ARS sur la question des territoires et de leurs « frontières ».



3.2. Urgences

Les trois établissements support ont déjà travaillé ensemble, notamment autour de la question de l'organisation des transports SMUR secondaires afin d'économiser la ressource médicale. La perspective, à terme, de tendre sinon vers une équipe médicale de territoire, en tout cas de pousser à toutes les solutions d'échanges et de mutualisation, est partagée par tous. Sur les thématiques soulevées, l'analyse partagée est la suivante :

Faiblesses :

- niveau des effectifs d'urgentistes
- doctrines d'engagement, localisation des SMUR à partager

Risques :

- intérim médical en fort développement
- dégradation des conditions de prise en charge des patients et de travail des professionnels
- fermeture/réorganisation de services/versus autorisation/recours au T.A.

Forces :

- projet commun sur les transports secondaires
- évaluation expérimentation du C.S.N.P. sur Valognes en cours.

Les ambitions :

- expérimentation TIHH sur les deux sites (Saint-Lô – Cherbourg) sous réserve de financement.
- partage d'information entre Directions des affaires médicales des 3 GHT :
 - communication des plannings mensuels entre sites
 - mise en commun du niveau des tarifs et « liste noire » de l'intérim médical
 - mise en place de convention TTA entre les deux sites (pour aide ponctuelle mutualisable entre équipes sur les plannings)
 - accord de non proposition contrats/intérim entre établissements de la Manche.
- élaboration d'une doctrine SAMU sur l'engagement des SMUR du Département.



3.3. Neurologie

Le projet de garde mutualisé de week-end entre cherbourg et Saint-Lô va être réactivé.

Le projet de garde mutualisée de week-end, partagée un week-end sur deux entre Cherbourg et Saint-Lô avait été construit dans le cadre du projet régional Télé-AVC et interrompu en 2016 du fait de manque ponctuel d'effectif médical au CHPC. Le CHPC retrouvant des effectifs, le projet va pouvoir être réactivé (les investissements matériels ont été faits). L'analyse partagée est la suivante :

Faiblesses :

- niveau global des effectifs médicaux

Risques :

- fragilité/pérennité du dispositif (liée aux effectifs) + coût de la garde.

Forces :

- réseau régional Télé-AVC structuré et en place.

Ambitions :

- mettre en place la garde partagée / amélioration de la prise en charge
- participation pour le territoire de la Manche à l'activité de recours régional
- demande aux médecins neurologues du CHAG d'une participation à la garde de week-end.



3.4. Cardiologie

Les trois établissements support pensent justifié l'octroi d'une implantation de Cardiologie interventionnelle dans la Manche, au vu du niveau d'activité régionale et de problématiques de santé publique (délai d'accès pour les patients du Nord Cotentin en dehors des recommandations et impact du coût des transports, activité USIC contrariée par la distance). Le CHU tient un registre sur le recours/traitement des pathologies cardiaques dans la région. Les 3 GHT demandent une analyse objective de l'impact en termes de santé publique sur les populations du département pour déterminer l'inscription au SROS d'une implantation supplémentaire (si elle est justifiée). La question de la localisation doit intervenir en fonction de cette nécessité.

3.5. Autres thématiques proposées

Les trois établissements support ont l'ambition de rapprocher et développer des activités transversales communes ou présentes à juste titre sur chacun des secteurs géographiques concernés.

► UMJ - UAMJ

Travail commun sur les modes de fonctionnement des deux unités du CHPC et de Saint-Lô COPIL annuel avec le Conseil Départemental.

► Développement des PMO

Présence d'une équipe de préleveurs (foie/rein) au CHAG
Mise en place d'une réunion annuelle des équipes PMO de la Manche.

4. Convention d'association avec le Centre hospitalier universitaire de Caen

Le CHU de Caen est un partenaire historique du CHPC, tant au niveau de l'affectation des internes que des postes médicaux partagés ou encore de la mise en place de consultations avancées. Le CHPC a par ailleurs signé une convention en 2013 de partenariat avec la Direction de la Recherche Clinique (DRCI) du CHU pour développer une activité de recherche clinique sur le site du CHPC (cf. supra).

Les éléments de cette collaboration s'inscrivent désormais dans la convention d'association du CHU avec l'établissement support - qu'est le CHPC - du G.H.T gériatrique du Cotentin.

4.1. Le principe d'association du CHU pour les activités hospitalières et universitaires

Tous les GHT s'associent à un CHU au titre des activités suivantes :

- les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ;
- les missions de recherche, dans le respect de l'article L.6142-1 du code de la santé publique ;
- les missions de gestion de la démographie médicale ;
- les missions de référence et de recours.

4.2. La formalisation de l'association du CHU

L'association du CHU au GHT se traduit à un ou plusieurs niveaux. :

- dans le projet médical partagé du GHT : le projet médical partagé du GHT comprend les conditions de mise en œuvre de l'association du CHU pour l'ensemble des activités hospitalo-universitaires précédemment visées ;
- dans une convention d'association : la coopération concrète est mise en œuvre par une convention passée entre le CHU et l'établissement support. Cette convention a vocation à inclure les conditions de mise en œuvre du partenariat, de son suivi et de l'évaluation des parcours patients et filières de soins partagées, ainsi que les modalités de gouvernance partagée dans les domaines des projets médicaux communs, relatifs aux missions rappelées ci-dessus ;
- dans le projet médical du CHU : le projet médical du CHU a également vocation à inclure les conditions de mise en œuvre de l'association avec chaque GHT concernée, pour l'ensemble des activités hospitalières et universitaires précédemment visées.

4.3. Les axes de coopération existants

4.3.1. Formation initiale

Le CHPC a entrepris en 2013 de relancer une politique ambitieuse d'augmentation du nombre d'internes accueillis en stage. Le nombre de stages validants est aujourd'hui de 73. (cf. tableau en annexe).

Le nombre maximum d'internes que peut accueillir le CHPC se situe autour de 70/75 (certains services ne disposant pas encore d'internes de spécialités ; d'autres accueillent des FFI en période estivale notamment).

Deux services accueillent par convention des externes. Cette possibilité doit être développée dans d'autres services volontaires afin de répondre aux besoins de l'Université.

Les spécialités intéressées doivent pour cela élaborer les projets pédagogiques permettant d'encadrer les externes dans des conditions validées par le Doyen de la faculté de Médecine de Caen.

4.3.2. Formation continue et accès au plateau technique

Le CHPC a également investi massivement dans le recrutement d'assistants, en bénéficiant de la politique régionale des assistants spécialistes régionaux (ASR) (cf. supra).

Ainsi, depuis 2012, Le CHPC a accueilli 25 Assistants spécialistes. Le taux de jeunes praticiens restés au CHPC après cette phase de post-internat est de 70 %. Il s'agit aujourd'hui de la première source de recrutement pérenne de praticiens. Le CHPC y est très attaché.

L'attrait pour ce dispositif vient de la possibilité d'accéder et de se former à des examens ou actes techniques ou prises en charges spécialisés réalisés uniquement ou principalement au CHU. Il est très important que cet accès au plateau technique spécialisé du CHU soit ouvert à tout praticien (y compris senior) qui souhaite se former dans des conditions financières équilibrées entre les établissements

4.3.3. Activités de recours et de références

La liste est trop longue des spécialités pour lesquelles le CHU constitue le recours régional ou celles existantes des centres de référence. Les services du CHPC sont tous invités préférentiellement à travailler avec les services du CHU.

En parallèle, l'un des objets de la convention CHU-GHT est également de faire reconnaître les

recours territoriaux ou infrarégionaux que le CHPC peut assumer de son côté : il en va ainsi de la Maternité niveau III (seule en dehors du CHU en Normandie occidentale), du travail collaboratif mené avec l'Institut régional d'Hématologie de Basse-Normandie (notamment sur le parcours ganglion), du projet de recherche européen auquel participe le Laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques (qui régulièrement effectue des actes au profit du CHU), du lactarium du CHPC, seul à usage externe de la région normande.

Il est souhaité par ailleurs que soient trouvées des solutions équilibrées sur toutes les facturations, notamment en biologie avec les B.H.N ou sur les interprétations de télémedecine, voire sur les accès au plateau technique en fonction de l'activité réalisée par les praticiens du CHPC (listing clair et partagé entre formation et activité).

4.3.4. Parcours patients

Dans certains services où cela se justifie par la complexité des prises en charge, le CHPC souhaite et travaille à la mise en place de parcours « régionaux » identifiés et structurés afin que l'adressage de patients et leur suivi en proximité soient organisés au meilleur niveau de qualité.

L'axe Hémato-Cancérologie, qui passe également par le Centre François Baclesse, en est un exemple. L'accès formalisé au plateau régional d'endoscopies gastriques (pour les actes non réalisables au CHPC) et simplifié en est un autre. L'éloignement du CHPC du centre de l'hémi-région justifie que les accès en urgence à des actes opératoires ou interventionnels soient simplifiés (avis senior, délai de réponse, usage de la plateforme régionale de télémedecine pour des avis formalisés...)

Le CHPC souhaite voir mis en place un protocole régional de consultations décentralisées d'anesthésie pour les interventions réalisées hors site, et plus particulièrement au CHU de Caen (y compris pour les activités techniques de Gastro-Entérologie). Nos équipes y travailleront en association avec celles du CHU.

4.3.5. Postes médicaux partagés et consultations avancées

Le CHU a par le passé souvent apporté beaucoup d'aide au CHPC en soutenant certaines équipes par l'apport de temps partagés. C'est le cas en ORL – OPH – Stomatologie, ainsi qu'en Hématologie principalement. C'est un axe qui doit être poursuivi car il permet le maintien de spécialités en proximité dans notre territoire, d'éviter d'adresser sans filtre dans le cadre de l'urgence des patients venant encombrer les services universitaires, mais aussi la possibilité de récupérer des activités interventionnelles conventionnelles pour les équipes du CHU.

Plusieurs disciplines (pathologies professionnelles, Médecine interne, Pneumologie, Chirurgie, etc...) ont pu ou bénéficient de consultations avancées, parfois associées à un staff ouvert aux services du CHPC.

Cette opportunité, lorsqu'elle peut être développée est riche d'enseignement, de collaboration et garantit des filières partagées solides. Elle doit être collectivement privilégiée.

4.3.6. Recherche clinique

Le Centre Hospitalier Public du Cotentin souhaite conformément aux orientations nationales, mettre en avant l'accès à l'innovation pour ses patients. Dans ce but, un Département de Recherche Clinique a été ouvert depuis Août 2015 pour structurer et développer cette activité.

Ce projet a pu être mis en œuvre grâce à deux sources de financements externes non pérennes :

- financement GIRCI Nord Ouest, avec l'appel à projet TECCHNO : « Soutien au développement de l'activité de recherche dans les établissements non universitaires »
- financement du Cancéropôle Nord Ouest dans le cadre de l'étude ERNU : Essai

randomisé évaluant l'intervention du Cancéropôle Nord Ouest pour le développement de la recherche clinique dans les établissements de soin non universitaires. L'activité de Recherche Clinique n'est pas nouvelle dans l'établissement ; depuis 1994, cette activité existe, mais sans valorisation, c'est-à-dire sans « portage institutionnel ». Les « recherches impliquant la personne humaine » font parties des protocoles de soins de demain et permettent de mettre en avant des qualités de prestations cliniques très réglementées. L'attractivité médicale peut en être améliorée, car cette activité permet à de jeunes médecins de rester dans une dynamique d'activité hospitalo-universitaire. L'objectif est aussi d'améliorer la prise en charge des patients, la qualité des prestations de soins, l'état de santé de la population et de permettre la mise en œuvre rapide du progrès médical localement.

Cette structuration a permis de :

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

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

Grâce à l'investissement des docteurs KALUZINSKI, SAUNEUF et le CHU d'Amiens, il y a 28 essais en cours dans le département de Recherche clinique

La structuration du Département de Recherche Clinique, grâce d'une part à l'investissement des Docteurs KALUZINSKI, responsable du Service d'Oncologie, et SAUNEUF, responsable du service de Réanimation, et d'autre part à l'accompagnement par le CHU d'Amiens, permet en fin d'année 2016 d'annoncer 28 essais en cours, 227 patients inclus dans ces essais et 5 essais en attente d'ouverture.

Cette activité dans les services est grandissante, et s'articule un peu plus chaque jour avec la recherche fondamentale, déjà bien présente au sein du CHPC notamment au laboratoire d'Anatomie et Cytologie pathologiques, qui porte le Projet PLANUCA entre autre.

Enfin le CHPC souhaite offrir la possibilité au corps médical et paramédical d'avoir un soutien pour devenir promoteur de projets « impliquant la personne humaine », sur place, en développant une cellule de promotion interne au CHPC.

La dynamique recherche au CHPC est lancée, c'est sur cette base qu'il faut capitaliser et devenir un centre de référence, aussi en matière de recherche clinique.

5. Convention de coopération avec le Centre François Baclesse de Caen pour la radiothérapie

5.1. Transfert de l'autorisation de radiothérapie au Centre François Baclesse

Depuis 2007 l'autorisation de traitement du cancer par radiothérapie ne peut être accordée à un établissement exploitant un site ne comportant qu'un seul accélérateur de particules. L'autorisation de mettre en oeuvre l'activité de traitement du cancer par la thérapeutique de radiothérapie externe mentionnée au 2° de l'article R. 6123-87 ne peut être délivrée ou renouvelée qu'à un demandeur qui dispose d'un plateau technique comprenant sur le même site au moins deux accélérateurs de particules, dont l'un au moins est émetteur de rayonnements d'énergie égale ou supérieure à 15 MeV.

Toutefois, elle peut exceptionnellement être accordée à titre dérogatoire à un demandeur qui dispose d'un seul appareil accélérateur de particules émetteur de rayonnements d'énergie égale ou supérieure à 15 MeV, 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.

Cette autorisation dérogatoire ne peut cependant être accordée qu'à un demandeur qui dispose sur un autre site, dans la même région ou dans une région limitrophe, du plateau technique prévu au premier alinéa.

C'est la situation de l'Unité associée de radiothérapie installée dans le Centre hospitalier public du Cotentin (CHPC) en association avec le Centre François Baclesse (CFB), depuis 1987. Un seul accélérateur est exploité et la patientèle est quantitativement insuffisante pour l'installation et l'exploitation, dans de bonnes conditions médico-économiques, d'un deuxième appareil.

Les deux établissements se sont rapprochés pour empêcher la fermeture de l'Unité associée de radiothérapie (UAR) afin de maintenir, au bénéfice de la population du Cotentin, une offre de soins de qualité en cancérologie.

Un état des lieux, tant médical qu'organisationnel et financier a été effectué grâce à un travail précis et exhaustif mené par les équipes du CHPC et du CFB.

En raison des qualités professionnelles et de l'expérience de l'équipe du CHPC affectée à l'UAR, il est apparu qu'il était plus rationnel de ne pas bouleverser l'organisation existante. Par ailleurs, pour maintenir une gestion efficace, les moyens matériels sont restés sous la responsabilité du CHPC. En revanche, la responsabilité médicale et scientifique ainsi que la gestion de la radiophysique médicale relèvent du CFB.

► Une convention de partenariat a été signée le 24 octobre 2012. Ce qu'elle stipule :

L'autorisation d'exercer l'activité de traitement du cancer par la radiothérapie détenue par le CHPC a été cédée au CFB, établissement qui répond aux exigences réglementaires.

Cette cession a été décidée par le Conseil de surveillance du CHPC et acceptée par le Conseil d'administration du CFB. Elle a été autorisée par l'Agence Régionale de Santé.

L'autorisation a été attribuée au CFB par décision du 8 novembre 2012.

Les patients 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.

En cas de difficulté, notamment en raison des disponibilités financières du CHPC, l'ARS est sollicité pour concilier.

5.2. 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 Sécurité Nucléaire, etc...), il est temps pour les deux acteurs de passer à l'étage supérieur 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 :

5.2.1. 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 :

- augmenter le niveau de qualité des traitements.
 - faciliter l'accès aux techniques complexes (IMRT, Tomothérapie)
 - assurer la continuité des soins entre sites
- améliorer la démarche qualité (organigramme partagé, évaluation des risques, CREX et revue de direction organisées)
- favoriser l'attractivité du site pour les patients et les professionnels
- évoluer vers une gouvernance plus « intégrée » (soit par convention, soit de type GCS)

5.2.2. Augmenter le niveau de qualité des traitements

ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ CHERBOURG

- 2014/2016

ANNÉE	NOMBRE DE PATIENTS	NOMBRE DE MISE EN TRAITEMENT	NOMBRE DE SÉANCE
2014		430	9212
2015	396	425	9273
2016	395	425	9233
ÉCART	stable	stable	stable

5.2.3. Augmenter le niveau de qualité des traitements

Diagnostic	NB de prépa. 2015	NB de prépa. 2016	% de l'activité 2016	Traitement idéal IMRT	Nb de traitement potentiel IMRT
ORL	21	24	5,6%	oui	24
Crâne	4	11	2,6%	oui	11
Digestif	57	34	8%	oui pour oesophage canal anal	?
Urologie	44	39	9%	oui	39
Gynéco	22	10	2,4%	oui	10
Peau	2	4	1%	non	0
Sein	143	164	38,6%	oui pour CMI	?? environ
Thorax	27	33	7,8%	oui pour 50% des cas	17
Hémato	2	4	1%	oui	4
Tissus mous/mésotélioma 1	5	5	1,2%	oui	5

Au minimum 20% des traitements (110 tt) réalisés en 2016 à Cherbourg relèveraient de l'IMRT

5.2.4. Propositions « ressources humaines »

► Premier temps : stabiliser les effectifs médicaux

- arrivée d'un assistant pour se former et renouveler l'effectif
- 2 jours par semaine au CHPC dès le passage du Dr BENABID à temps partiel (0,6 ETP)

L'objectif partagé vise à définir l'organisation médicale du service de Cherbourg en lien avec le CFB (participation aux staffs, temps inclus sur le CFB, accès aux nouvelles technologies ...).

► Deuxième temps : ajustement des effectifs médicaux

- départ définitif du Dr BENABID en juin 2018 à confirmer
- nouvelle organisation proposée :
 - Dr. « Y » : temps partagé 0,75 ETP CHPC et 0,25 CFB
 - Dr. « X » : temps partagé 0,75 ETP CHPC et 0,25 CFB
 - Dr. GOKARN : temps plein
- augmentation des effectifs de 0,5 ETP sur les deux sites
- meilleure coordination entre CHPC et CFB
- répondre au besoin de formation pour l'IMRT (éventuellement d'autres techniques)
- réactualiser les ETP avec l'arrivée de l'IMRT sur le CHPC :
 - 212 tts x 2h délinéation = 424h soit 8 heures par semaine
 - validation des dosimétries plus importantes (impact radiophysiciens ou dosimétristes)
 - validation imageries hebdomadaires (2h)

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.

5.2.5. Propositions « Équipement »

Récemment :

- mise en place de « Mosaïq » en 2014
- nouveau scanner en 2016

À venir :

- nouveau TPS identique au CFB (2017)
- homogénéisation des systèmes de « délinéation » (demande incluse dans le cahier des charges) :
 - Base de données commune.
 - Facilité de visualisation des dossiers, avis, discussion commune ...
- homogénéisation des accélérateurs (2018/2019)

5.3. Conclusion

L'unité de radiothérapie du CHPC a besoin de perspectives solides et partagées :

- 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.

L'ARS sera saisie de cette question qui doit être traitée dans le cadre du prochain SROS.

Quel avenir pour cette unité de Radiothérapie, à la fois trop petite et devant répondre aux mêmes obligations que tout autre site autorisé ? Son maintien emporte une perspective de développement dont les modalités restent à fixer.

Si le rattachement au Centre François Baclesse est aujourd'hui clairement identifié, il faut construire désormais un projet médical partagé pour donner lisibilité et garantie de qualité de la prise en charge.

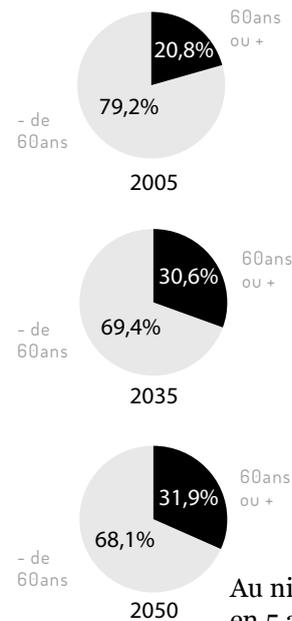
6. GHT

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

D'après le territoire défini par l'ARS, le CHPC est le seul établissement public de son territoire.

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

RÉPARTITION DE LA POPULATION FRANÇAISE



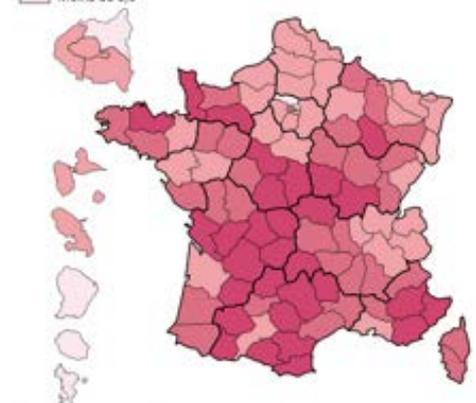
Parmi les instances constitutives du GHT, le collège de gériatrie a été conforté. D'ores et déjà existant au CHPC dans le cadre de la filière gériatrique de l'établissement, en plus des médecins gériatres du CHPC, celui-ci intègrera dorénavant les médecins coordonnateurs des établissements sociaux et médico-sociaux membres ou associés au GHT. À raison d'un minimum de 2 réunions par an, il propose des actions visant à améliorer la fluidité du parcours des personnes âgées du territoire. Le contexte démographique actuel conforte la nécessité de développer la filière gériatrique du territoire. En effet, les filières de soins hospitaliers et de ville notent une prévalence croissante de la prise en soins des sujets âgés de plus de 75 ans.

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

Au niveau local, et à titre d'exemple, si le nombre de séjours au CHPC a augmenté de 22% en 5 ans, il apparaît que sur cette même période le nombre de séjours des plus de 75 ans a augmenté de 34%. Cette hausse s'élève à 50% pour les séjours de personnes de 85 ans et plus. Enfin, en 2016, 32% des séjours hospitaliers du CHPC concernent les patients de plus de 75 ans. Cette évolution n'est pas sans conséquence puisqu'on sait que les sujets dépendants fragiles et poly pathologiques nécessitent une prise en charge spécifique qui implique de faire coordonner entre eux les acteurs du champ sanitaire, social et médico-social du territoire. Le « virage ambulatoire » qui se traduit par un raccourcissement des durées de séjours hospitaliers, n'a de sens en gériatrie que si le réseau de soins primaires est en capacité d'assurer les relais nécessaires, et si la coordination des acteurs aboutie à une anticipation et une organisation des sorties.

La prise en soins repose sur un plan d'action personnalisé, notamment pour les sujets à haut risque d'hospitalisation ou de ré-hospitalisation (fragile ou dépendant). L'évaluation gériatrique est l'élément fondateur de ces temps d'action personnalisés et d'une orientation adéquate. Pour être efficace, elle nécessite un suivi régulier des recommandations et des réévaluations régulières. La prévention de la perte d'autonomie est également un objectif majeur de toute intervention gérontologique. Elle passe par le dépistage de la fragilité des facteurs individuels qui y concourent, que ce soit au domicile ou à l'hôpital. En effet, la prévention de la perte d'autonomie nosocomiale (intra-hospitalière) est un enjeu majeur qui doit se traduire par des pratiques adaptées de prise en soins

Population par sexe et âge au 1er janvier 2016 : comparaisons départementales dont part des 75 ans ou plus (%)



Source : Insee, estimations de population

dans les services hospitaliers non gériatriques.

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

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

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

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

- le repérage des sujets âgés fragiles, et notamment à risque de décompensation en cascade, de prolongation de séjour et de ré-hospitalisation.
- évaluation systématique de l'autonomie des sujets âgés fragiles repérés avant le séjour, à l'entrée et en cours de séjour par l'Equipe Mobile d'Evaluation Gériatrique.
- le renforcement de l'Equipe Mobile d'Evaluation Gériatrique interne au CHPC avec une infirmière référente gériatrique par plateau de soins dont la mission est de suivre et de réévaluer les recommandations apportées par l'équipe mobile, mais également de veiller aux bonnes pratiques gériatriques sur le modèle de la prévention de la confusion.
- le développement de plates-formes de consultation et d'évaluation qui s'inscrit dans la continuité de la création en février 2017 d'une unité d'évaluation neuro-gériatrique destinée à des situations de type troubles de la mémoire, chutes répétées, troubles de la marche, AVC, oncogériatrie, fragilité.

► Axe 2 : Améliorer la coordination entre les EHPAD et le CHPC

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

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

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

- diffuser aux médecins traitants et médecins coordonnateurs du numéro d'accès unique à la filière gériatrique, pour avis, éventuelle orientation et hospitalisation programmée.
- créer une équipe mobile externe d'évaluation gériatrique pour les suivis d'hospitalisation avec les retours à domicile qui seraient pressentis comme étant fragiles, toujours en lien et avec l'accord du médecin traitant.
- répondre aux demandes des médecins traitants et médecins coordonnateurs d'EHPAD pour une évaluation et une expertise au domicile.
- systématiser et développer l'utilisation d'outils communs d'évaluation de l'autonomie afin de faciliter les échanges.
- structurer le partenariat avec le PSLA (Pole de Santé des Libéraux Ambulatoires) et la maison de santé
- repérer les situations de fragilité en ville à travers le développement de l'unité d'évaluation neuro-gériatrique vers l'évaluation des facteurs de fragilité.

► Axe 4 : Mettre en place un dispositif de coordination gériatrique de territoire

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

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

7. La Fondation Bon Sauveur

Reconnue d'utilité publique, la Fondation Bon Sauveur est une institution regroupant une douzaine d'établissements sur la Manche, et a pour vocation d'œuvrer dans les domaines du sanitaire et du médico-social, au service de la santé mentale de la population, de l'insertion des handicapés psychiques, de l'accueil des personnes âgées dépendantes et de la formation du personnel soignant.

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

► Axe 1 : Prise en charge des détenus de la Maison d'arrêt de Cherbourg-en-Cotentin

Depuis 2009, la réglementation précise que la prise en charge des patients détenus relève du Ministère de la Santé et que chaque lieu d'incarcération est sous la responsabilité médicale de la structure de soin du 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 et c'est dans ce contexte que le CHPC a été investi de la mission de prise en charge des détenus de la Maison d'Arrêt de Cherbourg-en-Cotentin et y a associé la Fondation Bon Sauveur.

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

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, antenne de la Fondation Bon Sauveur à la Glacière, 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'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) de Rennes.

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

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

Durant cette même année 2015, 914 consultations médicales généralistes ont été réalisées et près de 450 consultations à orientation psychiatrique.

Dans ce contexte de collaboration déjà étroite, une volonté de travail sur des axes communs d'intervention a émergé et trois objectifs principaux se sont imposés au fil de nos rencontres :

- l'évaluation du risque suicidaire
- la prévention en addictologie
- la pluridisciplinarité des prises en charge

Sont venues se rajouter, deux interventions qui sont apparues secondairement nécessaires :

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

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

► Axe 2 : Gériatrie et Gérontopsychiatrie

La mise en cohérence des projets médicaux du CHPC et de la Fondation Bon Sauveur incite fortement à mener une réflexion sur les parcours patients notamment en identifiant un axe dédié à la personne âgée et ayant des troubles psychiatriques.

L'accueil au CHPC de cette population de patients nécessite souvent des aménagements et des adaptations dans la prise en charge médicale et paramédicale.

C'est dans ce cadre que le CHPC travaille au côté de la Fondation Bon Sauveur. Leur mission commune consiste à :

- optimiser la formation et la sensibilisation des équipes soignantes aux troubles psychiatriques,
- envisager la mise en place de créneaux ambulatoires dédiés (pour l'imagerie notamment),
- poursuivre les collaborations avec les structures d'accueil existantes et notamment les Unités Cognitivo-Comportementale de la région via la mise en place de réunions d'équipes, le développement d'outils de prise en charge communs, le partage des retours d'expérience, la création d'un poste médical partagé.
- mener une réflexion autour de la création d'une équipe mobile externe pour l'accueil et le suivi des patients psychiatrique en EHPAD.

► Axe 3 : Pédopsychiatrie

La prise en charge des enfants et des adolescents dans un établissement public de santé fait l'objet d'une attente toute particulière de la part de nos tutelles. La dimension psychiatrique de cette prise en charge a conduit à l'intégration des équipes de la Fondation Bon Sauveur au sein même des locaux du CHPC.

Le Centre Médico Psychologique (CMP) assure les consultations de diagnostic et de suivi, des actions de prévention, des visites à domicile ou encore des soins ambulatoires. Le CMP représente LA structure de coordination et d'accueil en milieu ouvert et constitue une des portes d'entrée dans le système de soin.

Pour pallier aux situations d'urgence, une Antenne Médico Psychologique (AMP) fait aujourd'hui partie intégrante du service des Urgences Pédiatriques du CHPC.

Une fois encore, notre mission commune sera de faciliter l'accès aux soins (et notamment pendant les week-ends, les jours fériés et les vacances), de rendre spécifique la prise en charge des adolescents (16-18 ans), de favoriser les actions de réseau pour éviter essentiellement les hospitalisations itératives et délétères.

Le CHPC souhaite porter une attention toute particulière aux adolescents avec aujourd'hui une réflexion menée sur la création d'une équipe mobile spécifique qui interviendrait en aval des hospitalisations en pédiatrie. Cette équipe irait au-devant des adolescents, au sein des lieux de vie et d'hébergements, en soutien aux équipes en charges de ces adolescents (familles d'accueil, foyers, collèges...) et ciblerait les situations de rupture sociale, éducative ou de soins.

► Axe 4 : Urgences psychiatriques adultes, addictologie et risques suicidaire

Sur le même modèle que la prise en charge des enfants et adolescents, le Service des Urgences Adultes du CHPC héberge une Antenne Psychiatrique d'Urgence (APU) de la Fondation Bon Sauveur qui participe à l'accueil des patients, à la prise en charge des comportements addictifs et à l'orientation vers les services spécialisés de La Fondation Bon Sauveur.

De nombreux objectifs communs sont poursuivis, notamment :

- l'amélioration de l'accueil du patient, impliquant une évaluation psychiatrique aux urgences,
- la réalisation d'un contrôle d'éthylémie systématique en cas de demande d'évaluation psychiatrique ou d'addictologie,
- la formation des personnels des urgences à l'évaluation du potentiel suicidaire d'un patient et l'intégration de la psychiatrie et des conduites addictives dans les cursus des internes du CHPC.

En conclusion, ce partenariat, basé sur des valeurs solides et communes est une réelle opportunité pour la population et laisse encore de belles perspectives de collaboration entre les professionnels.

8. Médecins généralistes

L'hôpital public est un maillon, à un moment, dans les parcours de santé des patients hospitalisés.

Le travail collaboratif avec les médecins généralistes et les autres acteurs de soins ambulatoires relève donc à la fois de la nécessité et de l'évidence.

La diminution capacitaire en hospitalisation complète, la tendance aux raccourcissements des séjours, les éléments conduisant aux virages ambulatoires, justifient encore plus un travail collaboratif afin de respecter la qualité et la sécurité des soins.

Les axes de ce travail collaboratif sont les suivants :

► Amélioration de la transmission de l'information

- sortie avec compte-rendu d'hospitalisation (transmission APYCRIP) ou lettre de sortie.
- transmission électronique sécurisée des CR d'imagerie et de laboratoire, de synthèse de passage aux urgences.
- document médical de synthèse établi par les médecins généralistes pour l'ensemble des patients en ALD et ou de plus de 75 ans. Mise en place systématique d'un dossier de liaison unique, actualisé, pour tout patient en EHPAD et transmis le jour de l'hospitalisation.

► Facilitation des liens ville-hôpital

- généralisation de lignes téléphoniques dédiées par spécialité, ouvertes aux médecins généralistes pour avis, conseils, orientation.
- créneaux de consultation « d'urgence » (48 h) pour l'ensemble des spécialités.
- disponibilité de l'hôpital de jour thérapeutique de médecine pour les transfusions à réaliser rapidement hors contexte d'urgence absolue.
- l'ensemble de ces outils doivent permettre de recourir aux plateaux techniques et à la compétence des spécialistes hospitaliers sans passage par les urgences.

► Développer les capacités de l'hôpital à se projeter « hors les murs », déplaçant l'expertise vers les patients à la demande des médecins généralistes

- disponibilité de l'équipe mobile de soins palliatifs.
- utilisation de l'hospitalisation à domicile à chaque fois qu'elle est possible et souhaitable.
- création d'une équipe mobile externe de gériatrie.
- conciliation médicamenteuse : lien Ville Hôpital entre médecins pharmaciens hospitaliers et médecins pharmaciens de ville

► Mise en place de groupes de travail mixtes, médecins généralistes, praticiens hospitaliers afin d'élaborer protocoles ou procédures dans des situations archétypales

- soins palliatifs.
- gestion des anticoagulants.
- troubles cognitifs ou/et comportementaux chez les patients atteints de maladie neurodégénérative.
- tout autre sujet qui serait validé conjointement par un groupe de travail permanent.

9. Télémédecine

Le Centre Hospitalier Public du Cotentin a engagé depuis plusieurs années une démarche de développement de l'usage de la télémédecine, permettant ainsi aux patients du Nord Cotentin, des plus jeunes aux plus âgés, de bénéficier rapidement d'avis de spécialistes, tant en hospitalisation qu'en consultation.

La télémédecine se développe autour notamment des avis de neuro-chirurgie, des interprétations d'électroencéphalographie (télé-EEG) pour les enfants et les adultes, du dépistage de la rétinopathie diabétique pour les bébés de néonatalogie (Retcam), du suivi des plaies (Domoplaies), du partage du dossier médical avec l'agence de Biomédecine dans le cadre de l'activité de prélèvement d'organes, ou encore des avis croisés pour les AVC (Télé-AVC), et des avis discutés en RCP en oncologie, avec la Polyclinique du Cotentin et le Centre François Baclesse de Caen.

Au fur et à mesure du développement des pratiques, le CHPC migre ses outils de télémédecine vers ceux mis à disposition par le GSC Télé-Santé de Normandie, qui a vocation à assurer l'accélération des projets au niveau régional et leur coordination pour plus de complémentarité, au bénéfice des patients. Ces usages s'appuient systématiquement sur des conventions signées avec d'autres établissements, et notamment le CHU de Caen en pivot. Ces plateformes et outils permettent d'envisager de nouveaux usages, pour plus d'efficacité dans le parcours global du patient, en s'appuyant sur des ressources médicales rares et présentes en dehors du territoire. Outre la volonté de développer les télé-consultations, le CHPC envisage à court terme une modernisation des outils et des pratiques pour son activité croissante d'imagerie médicale, d'une part en « ouvrant » son PACS à la médecine de ville et d'autre part en ayant recours à la télé-interprétation, afin de pouvoir se concentrer sur les activités à forte valeur ajoutée.

La télé-médecine, mise en place depuis quelques années, est un élément essentiel pour construire le CHPC de demain.

En complémentarité avec la stratégie relative l'attractivité médicale, la télé-médecine constitue un élément essentiel pour construire le CHPC de demain. Chaque spécialité, tant en MCO qu'en SSR, Ehpad et sites distants du CHPC (USMP, PASS notamment), est interrogée pour se projeter sur l'impact de la télémédecine des outils numériques connectés pour sa discipline dans les 5 prochaines années, afin d'optimiser la logistique de consultations et le parcours patient. Cette stratégie s'étendra également à l'ensemble des membres du GHT gériatrique du Nord Cotentin.

10. Recherche clinique

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

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

L'activité de Recherche Clinique n'est pas nouvelle dans l'établissement ; depuis 1994 cette activité existe, mais sans valorisation, c'est-à-dire sans « portage institutionnel ». Les « recherches impliquant la personne humaine » font parties des protocoles de soins de demain et permettent de mettre en avant des qualités de prestations cliniques très réglementées. L'attractivité médicale peut en être améliorée car cette activité permet à de jeunes médecins de rester dans une dynamique de centre hospitalo-universitaire. L'objectif est aussi d'améliorer la prise en charge des patients, la qualité des prestations de soins, l'état de santé de la population et de permettre le progrès médical localement.

Cette structuration a permis :

- de créer un réseau intra hospitalier pour fluidifier les interactions entre services nécessaire à l'activité de recherche.
- communiquer et former les équipes médicales et paramédicales à la réglementation autour de cette activité
- mettre en place des recherches organisées et pratiquées sur l'être humain tous cadres réglementaires confondus.
- assurer un soutien logistique aux médecins pour l'inclusion de patient et le suivi
- avoir une centralisation des informations liées à la gestion administrative, financière et logistique des essais de l'ensemble de l'établissement
- décharger le corps médical des tâches administratives chronophages.

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

L'ambition du CHPC est que la recherche clinique, qui existe depuis 1994, devienne une réelle activité d'établissement.

Enfin le CHPC souhaite offrir la possibilité au corps médical et paramédical d'avoir un soutien pour devenir promoteur de projets « impliquant la personne humaine », sur place, en développant une cellule de promotion interne au CHPC. La dynamique recherche au CHPC est lancée, c'est sur cette base qu'il faut capitaliser et devenir un centre de référence, aussi en matière de recherche clinique.



6

Projets transversaux

1. Projet gériatrique
2. Prise en charge médicamenteuse
3. Hygiène Hospitalière
4. Dossier Patient Informatisé (DPI)
5. Soins palliatifs
6. Développement de la prise en charge nutritionnelle au CHPC
7. Éducation et promotion à la santé
8. Unité médico-judiciaire
9. La permanence d'Accès aux soins de Santé (PASS)

1. Projet gériatrique

L'hôpital public et le système de santé sont confrontés aux défis du vieillissement au sein de notre société et particulièrement de notre territoire. En moins de 10 ans la proportion de personnes âgées de plus de 75 ans dans les services MCO adultes du CHPC a augmenté de 20% (35% des séjours en 2014).

L'augmentation régulière du nombre de personnes âgées dont le recours aux soins est plus important du fait du poids des pathologies qui accompagnent le vieillissement nous oblige à repenser notre offre de soins. Pour cette population, particulièrement (mais non exclusivement), les articulations ville- hôpital en matière de prévention de soins et de suivi doivent être au centre de nos préoccupations.

Définir un projet gériatrique hospitalier entraîne donc nécessairement d'identification d'une offre de soins spécifiques (Décrite comme « Filière gériatrique ») mais également un projet de soins transversal ainsi qu'un dispositif d'accompagnement de suivi et d'évaluation externe hors les murs.

L'âge en soi ne saurait être un critère suffisant pour définir une population hétérogène et ses besoins de soins. Au sein des plus de 75 ans les sujets « gériatriques » se définissent par une polyopathie accompagnée le plus souvent d'une polymédication et la présence de « syndromes gériatriques » tels que : des troubles cognitifs, la dénutrition, l'incontinence, des chutes répétées, un isolement social, à laquelle s'ajoute ou non une dépendance pour les actes de la vie quotidienne.

Une partie de cette population mérite une attention particulière, c'est celle des sujets âgés encore autonomes mais « fragiles », à haut risque de perte d'autonomie, mais dont l'état est réversible sous réserve d'une identification et d'une prise en charge adaptée.

Une évaluation simple de cet état de fragilité devrait être généralisée à l'ensemble des services hospitaliers, notamment aux urgences afin de solliciter un avis gériatrique (équipe mobile, hôpital de jour, consultations externes, voire hospitalisation complète).



1.1. La filière gériatrique

- Hospitalisation Courte « Médecine Gériatrique » 30 lits sur le site de Pasteur, 2 lits d'UMA sur le site de Valognes (réservée aux sujets gériatriques présentant un état d'agitation)
- EMEG (équipe mobile d'évaluation gériatrique) interne
- HDJ (hôpital de jour) Gériatrique
- Cs (consultations spécialisées) externes sur les deux sites
- EMEG externe : dispositif inscrit dans le CPOM ;

2 objectifs prioritaires :

- évaluation de situations difficiles en EHPAD et participation à la formation des soignants de ces établissements ;
- suivi post hospitalisation (Med ou SSR) au domicile des retours difficiles, en lien avec le MT (médecin traitant).

Composition 0,75 ETP PH, 1 ETP IDE, 1 ETP ergo, 0,5 ETP Secrétariat.

- SSR Gériatrique 80 lits. Objectif : Réhabilitation, rééducation, adaptation thérapeutique, évaluation gériatrique. On rappelle l'ouverture récente (Juin 2015) de 10 lits SSR gériatrique « Alzheimer ».

Enjeux :

Diminution des DMS (objectif 30 jours versus 38-40 actuellement) :

- en systématisant l'entretien familial durant la première semaine permettant de définir une durée prévisionnelle de séjour,
- en stabilisant l'effectif des personnels rééducateurs (2 rééducateurs fonctionnels),

- en assurant la présence de compétence médicale MPR (0,2 ETP),
- en facilitant l'obtention d'avis spécialisés sur place.

Problème particulier : les patients admis en SSR avec une orientation EHPAD, représentant environ 15% des sorties, ont une DMS qui est passée en 4 ans de 45 à 70 jours.

Pour inverser cette tendance il faut créer des conventions « gagnant-gagnant » avec les EHPAD du territoire (formation, accompagnement par EMEG externe, admissions directes facilitées dans les services de la filière gériatrique avec en échange une politique de priorisation des admissions venant du SSR), ainsi que la poursuite des engagements des 2 EHPAD hospitalières pour réserver plus de 50% de leurs admissions pour ce service.

- UCC (unité cognitivo-comportementale) (10 lits) Cf présentation. Priorisation des admissions directes sans passage par urgences
- EHPAD

Projet :

- développement des prises en charge de patients atteints de démence :
 - Ouverture des PASA (pole d'activité et de soins adaptés),
 - Création de lits UHR (unité d'hébergement renforcé) par transformation d'unités « classiques » sur les 2 sites.
- politique d'admission préférentielle (mais non exclusive) de patients issus de la filière gériatrique et notamment du SSR (sup ou égal à 50%).
- poursuivre le développement de l'accueil temporaire sur les 2 sites.

1.2. Un projet de soins gériatrique transversal

L'ensemble de la population gériatrique hospitalisée, du fait des lits disponibles ou d'une pathologie d'organe prédominante, ne pourra être accueillie au sein des services gériatriques identifiés.

Pour autant leur prise en charge doit être adaptée à leurs besoins et leur situation de fragilité ou de dépendance.

Cette prise en charge s'articule autour de :

1.2.1. L'identification des sujets dépendants ou fragiles

L'autonomie :

Recueil systématique de l'autonomie au domicile et à l'entrée dans le service pour tous patients de plus de 75 ans à l'aide d'un instrument simple et validé (ADL KATZ). L'utilisation de la même échelle à la sortie pourra permettre d'identifier la dépendance iatrogène.

La fragilité :

Identification des sujets non dépendant mais fragiles par échelle TRST ou ISAR
Politique systématique de prévention de la dépendance iatrogène et du syndrome confusionnel :

- respecter les afférences sensorielles, lever et mobiliser précocement,
- éviter les contentions directes ou indirectes,
- créer des repères temporels,
- prévenir la iatrogénie en utilisant les guides de prescriptions intégrés au DPI,
- pratiquer la conciliation médicamenteuse,
- veiller à la qualité du sommeil,...

Il conviendrait également de solliciter systématiquement un avis de l'Equipe mobile de gériatrie pour les sujets fragiles sur la base d'un outil de repérage simple.

Un suivi des recommandations est la base de l'efficacité de ce type d'outil.

Moyens : Une IDE référente personne âgée bien identifiée sur chaque plateau de soins, spécifiquement chargée de l'application de ces mesures et de l'organisation du parcours de soins et des sorties. Ces IDE, formées et/ou expérimentées en gériatrie participent à la commission de coordination gériatrique.

1.2.2. Création d'une commission de coordination gériatrique (CME-DSI)

Il s'agit de définir une instance de pilotage telle qu'une commission de coordination gériatrique ayant pour missions principales :

- l'élaboration et l'adaptation des protocoles de prise en charge,
- un recours et une expertise des situations complexes,
- le développement et le maintien du lien avec la ville, notamment avec la MAIA, le PSLA (pôle de santé libéraux ambulatoires), et les EHPAD dans le cadre d'une concertation gérontologique de territoire ;

Celle-ci se composerait de 2 médecins gériatres (1 MCO et 1 SSR), de l'équipe mobile de gériatrie, des IDE référentes, et le cas échéant du pilote MAIA.

1.3. Liens avec la ville

- faciliter les admissions directes (Numéro de téléphone identifié, accès à des créneaux de consultation d'urgence,..).
- développer les liens avec PSLA et les médecins traitants en participant à des groupes de pairs (chemins cliniques, revues de dossiers, Evaluation des Pratiques Professionnelles conjointes, ...) ; avec une diffusion des travaux de la Commission de Coordination Gérontologique, et en envisageant une intervention de Utilisation de l'équipe mobile de gériatrie externe pour les sorties difficiles ou pour des patients fragiles,
- poursuivre la formalisation des liens avec les EHPAD du territoire, à travers notamment le GHT,
- approfondir le travail avec les acteurs du territoire et les financeurs afin d'améliorer les dispositifs de maintien à domicile en s'appuyant notamment sur la table tactique MAIA.

1.4. Axes de développement

1.4.1. Filière Alzheimer

Elle se traduit par l'intégration de la Consultation mémoire neuro-gériatrique à l'Hôpital de jour, à travers notamment la prise commune des Rendez-Vous, l'utilisation d'outils communs et la participation à des staffs conjoints.

Il s'agit enfin de développer l'utilisation optimale des ressources à travers l'élaboration d'un document unique en direction des urgences et de la ville définissant les missions, l'indication, et les critères d'hospitalisation dans les services concernés (neurologie, médecine Gériatrique, UMA, SSR Alzheimer, UCC, HDJ, Accueil temporaire en EHPAD,..).

1.4.2. Géronto-chirurgie

Plusieurs objectifs :

- être un centre expert pour la prise en charge Chirurgicale de sujets âgés en réalisant des évaluations préopératoires, en formulant des avis sur les techniques chirurgicales



et anesthésiques, en proposant un suivi post interventions, pour ainsi accompagner le développement de l'activité chirurgicale du territoire (publique-privé),

- oeuvrer à maintenir et développer le dispositif d'ortho gériatrie,
- identifier les patients devant bénéficier d'un avis gériatrique pré opératoire (HDJ ou Consultation),
- proposer une organisation post-opératoire spécifique centrée sur la prévention de la confusion et de la dépendance,
- lutter contre la iatrogénie médicamenteuse.



1.4.3. **Onco-gériatrie**

Il convient de développer des prises en charge adaptées aux personnes âgées atteintes de cancer, et d'optimiser les compétences des deux spécialités médicales concernées, celle de cancérologie et celle de gériatrie, par le biais d'une coordination accrue entre ces acteurs, en s'appuyant notamment sur les recommandations de l'INCA.



1.4.4. **Cardio-gériatrie**

Il s'agit d'envisager une activité centrée sur la problématique de l'insuffisance cardiaque du sujet âgé, en commençant par identifier les médecins potentiels pour cette activité, et en proposant des formations de type « DU Cardio-gériatrie » accessible à un gériatre et un cardiologue.



1.4.5. **EHPAD**

Le nombre restreint d'UHR sur le territoire de santé du CHPC rend difficile l'orientation des patients, notamment ceux de l'UCC, vers un accompagnement satisfaisant et adéquat à la sortie, et en proximité avec le précédent lieu de vie du patient et de ses proches. La réflexion est par conséquent d'ores et déjà engagée sur la transformation d'une des unités de l'EHPAD du Gros Hêtre en UHR. Elle fera partie des discussions entreprises avec les autorités de tarifications dans le cadre de la signature du CPOM début 2018.

1.4.6. **Formation IDE :**

Il s'agit d'orienter en priorité les professionnels IDE de l'équipe mobile de gériatrie et les IDE référents dans les services vers des DU ou des Master de gériatrie.

1.4.7. **Recrutements / attractivité médicale ; Objectif cible : 7 PH Gériatres MCO.**

En terme de recrutement, il est envisagé un objectif cible de 7 médecins gériatres en MCO.

Pour cela, il convient de développer les éléments suivants :

- adossement sur la filière universitaire du CHU de ROUEN,
- organisation de télé conférences revue bibliographique,
- développement de projets de recherche clinique,
- formaliser et développer l'accueil et la formation des internes et ASR en leur offrant notamment la possibilité de découvrir les différentes structures de la filière pendant les stages.

2. Prise en charge médicamenteuse

2.1. Informatisation du circuit du médicament

2.1.1. Enjeux et objectifs à atteindre

Le circuit du médicament comporte 4 grands processus :

- prescription
- analyse pharmaceutique
- délivrance
- administration

L'informatisation du circuit du médicament a pour but :

- de faciliter la circulation de l'information :
 - son historisation
 - sa traçabilité
- de sécuriser le processus de prise en charge médicamenteuse en :
 - sécurisant son exécution,
 - optimisant la qualité des soins apportés au patient notamment par l'interception des incidents et erreurs mais aussi par la lisibilité de l'information,
 - sécurisant la traçabilité de l'administration,
 - favorisant l'harmonisation des protocoles thérapeutiques sur l'établissement.

Elle contraint également à la rigueur, permet l'intégration de protocoles et rend possible l'exhaustivité de l'analyse pharmaceutique.

Les principaux objectifs à atteindre sont les suivants :

- favoriser le bon usage des médicaments et dispositifs médicaux stériles par l'aide à la prescription en lien avec la COMEDIMS, l'analyse des ordonnances, l'intervention et l'observation pharmaceutiques, la réalisation d'historiques médicamenteux,
- sécuriser le circuit des produits de santé entre les unités de soins et la pharmacie,
- favoriser le bon usage des produits de santé en relation avec la COMEDIMS.

2.1.2. Contexte

L'informatisation du circuit du médicament est couplée à la mise en place du DPI sur le CHPC. Le déploiement est progressif ; il tient compte des impératifs du Contrat de Bon Usage du Médicament, des produits de santé (CBUMPP III), des projets de service, des contraintes structurelles inhérentes à l'établissement, ainsi que des obligations imposées par la certification V2014.

2.1.3. Planification au CHPC

L'établissement s'est engagé à travers le CBUMPP III à informatiser le circuit du médicament sur la totalité du CHPC d'ici le 31 décembre 2018.

Compte tenu du projet de dispensation à délivrance nominative, une priorité est mise sur les longs séjours.

La planification du déploiement de la prescription informatisée est précisée dans l'annexe I.

2.2. Dispensation à délivrance nominative : projet d'automatisation de la préparation des doses à administrer (PDA)

2.2.1. Principe

La dispensation à délivrance nominative est un acte assuré par le personnel pharmaceutique. Cet acte comporte différentes étapes :

- analyse pharmaceutique de la prescription par un pharmacien avant la validation,
- préparation des doses nominatives et individuelles journalières ou hebdomadaires voir mensuelles par le personnel pharmaceutique (préparateur ou pharmacien),
- remise des doses préparées auprès des services de soins ; le médicament est ensuite distribué au patient par une IDE du service ou d'une AS par délégation d'une IDE que celle-ci encadre et ce dans la limite de la qualification reconnue à celle-ci de par sa formation (article R-4311.4 du Code de la Santé Publique).

2.2.2. Gain dans la prise en charge médicamenteuse du patient et pour l'établissement

La réduction du risque iatrogène médicamenteux est une des principales motivations de la mise en œuvre de la dispensation à délivrance nominative (DDN). En effet, selon l'étude ENEIS (Etude nationale sur les événements indésirables liés aux soins) 2004, 1,5 % des séjours hospitaliers sont responsables d'effets indésirables médicamenteux graves (EIMG) causes d'hospitalisation, et, 1,3 EIMG surviennent au cours d'une hospitalisation sur 1000 jours d'hospitalisation.

La DDN permet une organisation qui garantit une meilleure qualité de la prise en charge du patient.

2.2.3. Planification pour le CHPC

Le CHPC s'est engagé à travers le Contrat de Bon Usage du Médicament et des produits de santé (CBUMPP III) à garantir une DDN dans les EHPAD des sites de Valognes et d'Octeville, sur les services de SSR ainsi qu'à l'USMP (Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire) d'ici le 31 décembre 2018.

Le projet d'automatisation des PDA permettra de répondre à cette contrainte au regard du temps personnel pharmaceutique et infirmier nécessaire. Il devra être intégré au projet du GHT ; il pourra également être partagé avec d'autres structures (GCS, autres établissements hors du GHT).

2.3. Développement de la pharmacie clinique

La pharmacie clinique est reconnue et devient une mission essentielle des pharmaciens de PUI (ART L5126-1 du Code de la Santé Publique). Elle comporte plusieurs activités dont l'analyse pharmaceutique de différents niveaux (1,2 et 3 selon la SFPC), les entretiens pharmaceutiques, l'éducation thérapeutique, ainsi que la conciliation médicamenteuse effectuée aux zones charnières que sont les entrées, les transferts et les sorties de patients à risque d'erreur en termes de prescription médicamenteuse.

2.3.1. La conciliation médicamenteuse

Définition et intérêt :

Très développée dans les pays anglo-saxons, la conciliation des traitements médicamenteux, également dénommée en pratique courante « conciliation » ou « conciliation médicamenteuse », est une activité émergente en France depuis 2010.

Elle conforte les exigences portées par la réglementation actuelle en matière de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

La conciliation médicamenteuse :

- prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses, potentiellement iatrogènes
- renforce le processus de réévaluation des traitements en cours du patient,
- contribue à la maîtrise des dépenses de santé par la diminution des coûts associés à l'iatrogénie médicamenteuse.

**L'automatisation de la
préparation des doses à
administrer réduit le risque
iatrogène médicamenteux.**

La conciliation médicamenteuse est un processus formalisé interactif, qui garantit la continuité des soins en intégrant à une nouvelle prescription tous les médicaments pris et à prendre par le patient.

Elle intègre le patient dans la démarche et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluri-professionnelle.

Elle constitue une des étapes de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse et contribue à la continuité des traitements médicamenteux du patient hospitalisé de son entrée à sa sortie. Elle doit être assurée aux différents points de transition : admission et sortie d'hospitalisation, transfert de patients entre services de soins ou établissements de santé, intervention de prescripteurs multiples en ambulatoire.

Mise en œuvre :

Deux phases de test ont été réalisées sur l'été 2013 (Oncologie, EHPAD et SSR) et l'été 2014 (Médecine gériatrique, RDED, Chirurgie et SSR avec des externes dans les services) puis l'activité a été déployée sur le SSR3 pendant un an. Depuis avril 2016, le recrutement d'un pharmacien assistant spécialiste à temps plein a permis de déployer la conciliation médicamenteuse sur tout le pôle M, patient en filière gériatrique, site de Cherbourg et de Valognes.

Dans un premier temps, une cible gériatrique de patients les plus à risque de iatrogénie a été définie selon plusieurs critères. La demande de conciliation est prescrite par l'équipe médicale (médecins et internes) via le logiciel HEO®.

La conciliation d'entrée comporte 3 étapes:

- la recherche active d'informations (analyse des ordonnances, du dossier pharmaceutique, entretien avec le patient, la famille, le pharmacien de ville, l'infirmier libéral, le médecin, etc.)
- la réalisation du bilan médicamenteux,
- l'actualisation de la prescription et du dossier patient (revue des divergences entre le Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO) et l'ordonnance à l'admission), en concertation avec le prescripteur.

À la sortie, l'ordonnance de sortie est comparée au BMO et un Compte Rendu (CR) de conciliation médicamenteuse de sortie est rédigé, toujours en concertation avec le prescripteur. Celui-ci présente toutes les modifications de traitement justifiées durant l'hospitalisation et d'éventuels compléments d'information (indications, adaptations posologiques effectuées, équivalents pharmaco-thérapeutiques référencés au livret thérapeutique de l'établissement, suivi biologique à réaliser, traitement antibiotique réalisé durant le séjour, etc.). Le pharmacien essaye dans la mesure du possible de revoir le patient pour lui expliquer les modifications par rapport à son traitement habituel et lui remettre un plan de prise, notamment si celui-ci gère seul son traitement à domicile.

La mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse nécessite de déployer du temps pharmaceutique. Ce processus est segmenté et peut faire intervenir différentes catégories professionnelles. A terme, les étapes de recherche active d'informations pourraient être confiées à des préparateurs en pharmacie hospitalière formés, en sachant que le temps pharmacien est nécessaire sur l'actualisation de la prescription, la rédaction du CR de conciliation de sortie et l'entretien final avec le patient. L'objectif est d'initier cette démarche de conciliation médicamenteuse sur le CHPC, de l'évaluer sur la filière gériatrique et de déterminer les possibilités de déploiement pour l'établissement, notamment en Chirurgie. Ce processus peut être considéré comme une porte d'entrée sur l'activité de Pharmacie

clinique ; à travers cette recherche d'information exhaustive et fiable, le lien avec le patient, la réévaluation des prescriptions de façon pluri-professionnelle et enfin à travers la communication entre l'hôpital et la ville.

Les pharmaciens du CHPC ont également intégré le groupe régional de conciliation médicamenteuse de l'ARS Normandie et participent activement à l'évaluation de cette activité, à la formation du personnel et au déploiement d'outils sur le territoire (via la formation « Formaconcil »).

2.3.2. Entretiens 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).

Les médicaments en rétrocession dont les médicaments anticancéreux sont également concernés.

L'entretien pharmaceutique favorise une meilleure prise en charge médicamenteuse du patient en améliorant son adhésion thérapeutique du patient. Il comporte l'information sur le traitement (modalité de prise, les effets indésirables potentiels et leurs préventions) et sensibilise le patient à être « réactif » par rapports à certains signes. Un bilan des interactions médicamenteuses sera également réalisé.

L'appel auprès de l'officinal, pour déclencher la commande et informer le patient sur son traitement en post-entretien, renforce le lien ville hôpital.

Cet entretien représente une étape de l'éducation thérapeutique et sécurise rapidement en amont la prise en charge du traitement, que le patient soit ou non intégré dans un programme d'éducation thérapeutique.

2.3.3. Éducation thérapeutique

« Selon l'OMS, l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique »

- « Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient »
L'ETP comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de la gestion de la maladie et de soutien psychosocial, liées à la maladie et à son traitement
- objectif : aider les patients (ainsi que leurs familles) :
 - À comprendre leur maladie et leur traitement,
 - À collaborer avec les soignants,
 - À maintenir ou à améliorer leur qualité de vie.

Le pharmacien est un acteur privilégié pour :

- informer et sensibiliser
- aider à la compréhension de la maladie et des traitements
- promouvoir le bon usage des médicaments
- apprendre et renforcer les techniques particulières de prise des médicaments
- aider à l'apprentissage de l'auto-surveillance, soutenir et accompagner les patients.

Au CHPC, l'éducation thérapeutique est effective en diabétologie.

Deux pharmaciens PH TP, ont suivi en 2015, les 40 heures de formation obligatoire en éducation thérapeutique. En 2016, cette formation théorique a été suivie d'une formation sur les thérapies orales anticancéreuses et de réunions pour la mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique des patients ayant une thérapie orale anticancéreuse (dépôt du programme prévue en avril 2017) dans le cadre du programme PRETORA (Programme régional d'éducation thérapeutique sur les thérapies orales anticancéreuses) financé par

l'INCA et organisé par le Centre François Baclesse à Caen.

Les objectifs à venir sont de mettre en place ce programme avec les patients concernés du CHPC.

Par ailleurs, les pharmaciens formés pourront intervenir dans d'autres domaines que l'oncologie lorsqu'un programme d'éducation thérapeutique aura été développé dans l'établissement mais également sur d'autres thérapeutiques selon une posture éducative.

3. Hygiène Hospitalière

L'Équipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière (EOHH) du CHPC est actuellement composée de professionnels de santé spécifiquement formés en hygiène hospitalière et à la prévention des infections associées aux soins (IAS) : un praticien temps-plein et deux IDE(s) temps-plein. Un mi-temps de secrétariat vient conforter cette petite équipe dont les ratios en personnels, conformes aux exigences de l'article R. 711-1-9 du Code de la Santé Publique, permettent d'assurer l'ensemble des missions de prévention, d'évaluation, de formation et de surveillance dévolues aux EOHHs. Ces effectifs doivent absolument être pérennisés pour maintenir le niveau de vigilance acquis et reconnu.

Un programme d'actions est élaboré chaque année, en concertation avec la direction qualité et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. Il est soumis à la validation de la Commission Médicale d'Etablissement ainsi qu'à celle de la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques. L'avis des usagers est également requis par le biais de la Commission des Relations avec les Usagers et de Qualité de la Prise en Charge. Ce programme d'actions s'appuie majoritairement sur les axes stratégiques nationaux définis dans le Programme de Prévention des Infections Nosocomiales (PROPIN) en vigueur, auxquels s'ajoutent les sollicitations locales impulsées par la multitude des activités et des modes de prise en charge que réalise le CHPC. Ce programme volontairement ambitieux, est rarement mené dans son intégralité à terme échu. En effet, l'EOHH assure également, au fil de l'eau, des prestations d'expertise et de conseil lors de la survenue inopinée d'évènements infectieux (graves ou non). Ces assistances et appuis méthodologiques « sur le terrain » s'avèrent souvent très chronophages.

Le PROPIN 2014-2018 est toujours en cours d'élaboration à l'heure de la rédaction de ce projet médical. De grandes orientations se profilent pourtant auxquelles le CHPC a choisi de s'associer au travers de quatre grands axes de travail prioritaires :

3.1. Revoir les processus de formation/sensibilisation des professionnels au respect des bonnes pratiques

► Objectif 1 : Améliorer et mesurer l'impact des actions de formation

- mettre en place des stratégies de communication « engageante » en complément de la communication passive habituelle (ex : signature d'une charte d'engagement au non-port d'alliance, concours interne de « slogans » en matière de prévention des IAS...)
- réaliser des quick-audits réguliers sur les thématiques ayant fait l'objet de mesures de communication pour évaluer l'impact de ces dernières

► Objectif 2 : Faciliter l'accessibilité à la formation au plus grand nombre

- rendre validantes pour le DPC les formations assurées par l'EOHH
- développer et systématiser la formation en hygiène pour les nouveaux arrivants, les

- contrats de courte durée et les prestataires intervenants dans le cadre des fonctions logistiques
- permettre le développement de formations internes courtes de type e-learning (via le site intranet de l'établissement)

3.2. Prioriser les actions de surveillance des infections nosocomiales

► Objectif 1 : Maintenir les surveillances qui représentent des enjeux de santé publique :

- BMR-RAISIN (Surveillance des Bactéries Multi-Résistantes et des Bactéries Hautement Résistantes émergentes)
- ISO-RAISIN (Surveillance des Infections de Site Opératoire)

► Objectif 2 : Développer de nouvelles surveillance ciblées (sur des pathogènes, des patients ou des procédures).

À titre d'exemple on pourra citer :

- bactériémies nosocomiales à SARM
- pneumopathies nosocomiales acquises sous ventilation mécanique
- infections nosocomiales sur dispositif intra-vasculaire (cathéter central ou chambre implantable)
- ...

3.3. Renforcer la culture qualité / sécurité des soins en matière de prévention des IAS

► Objectif 1 : Combiner surveillance et évaluation de pratiques de soins.

À titre d'exemple on peut citer les associations suivantes :

- ISO et préparation cutanée de l'opéré ou pratiques d'antibioprophylaxie
- BMR et précautions complémentaires
- ...

► Objectif 2 : Développer des Revues de Morbi-Mortalité ou des Analyses Approfondies des Causes pour des évènements infectieux graves.

Par exemple :

- reprise chirurgicale précoce pour évènement infectieux
- décès lié à une infection nosocomiale

► Objectif 3 : Définir une politique vaccinale structurée à destination des professionnels de santé (partenariat multiple)

- structurer les efforts autour des enjeux de santé publique : grippe saisonnière, coqueluche, rougeole, varicelle
- responsabiliser les professionnels sur les aspects individuels et collectifs (réflexion sur l'acte vaccinal)
- favoriser la mise en place de conditions permettant de s'assurer que les professionnels aient accès aux vaccins recommandés et qu'ils soient vaccinés aux moments opportuns (prise en charge financière, « mémos » vaccination, équipe d'agents vaccinateurs « sur le terrain »...)
- soutenir et suivre l'implantation des actions et interventions mises en place par la mesure des taux de couverture vaccinale et/ou de l'immunisation

3.4. Promouvoir une juste utilisation des antibiotiques

► **Objectif 1 : Élaborer des recommandations consensuelles de bonnes pratiques d'antibiothérapie** (comme support préalable au déploiement de la prescription informatisée dans le cadre du DPI)

- mettre à jour régulièrement la liste des antibiotiques à dispensation contrôlée et les critères de contrôle en fonction de l'épidémiologie locale

► **Objectif 2 : Poursuivre la surveillance des consommations antibiotiques en lien avec la résistance**

- ATB-RAISIN (Surveillance de la consommation des AnTiBiotiques)

► **Objectif 3 : Développer les Revues de Pertinence de Prescriptions**

Le projet DPI (dossier patient informatisé) initié en 2013 représente un véritable et indispensable levier d'accompagnement dans la restructuration et la modernisation de notre établissement.

4. Dossier Patient Informatisé (DPI)

4.1. Prescriptions médicales et plan de soins infirmiers :

Elément central de ce DPI, l'informatisation de la prise en charge médicale et paramédicale des patients est déployée progressivement depuis juin 2015, et accompagnera la mise en place des plateaux de soins jusqu'en 2018. Cette évolution va permettre d'abandonner progressivement les supports papier unifié de prescriptions (SPU) pour les médecins (respect du contrat de bon usage du médicament) et la planification murale ou Optiplan pour les paramédicaux .

Cette informatisation repose sur le logiciel de prescription médicale HEO (Horizon Expert Orders) et le logiciel de soins infirmiers CROSSWAY de la société MAINCARE SOLUTIONS. Le choix de ces logiciels a été déterminé par notre volonté de mettre en place un outil d'aide aux prescriptions multimodales(médicaments, imagerie, biologie , surveillance, actes de soins, avis spécialisés...),sécurisant (analyses des interactions médicamenteuses, prise en compte des données biométriques et biologiques ainsi que des antécédents d'allergie des patients, lien avec les recommandations des sociétés savantes et HAS), facilitant (création d'outil d'aide aux prescriptions complexes : I-FORM, OUTLINE) et adaptable à nos pratiques locales (diffusion de protocoles institutionnels validés par le COMEDIMS et ses différentes sous commissions, et liens avec la GED APTA) . Ce type de prescriptions multimodales permet in fine la création d'un plan de soins numérisé infirmier complet, homogène , vecteur des bonnes pratiques et garant d'une meilleure fluidité dans le parcours du patient. La validation pharmaceutique et la dispensation médicamenteuse sont assurées par notre équipe de pharmaciens via le logiciel PHARMA en interface avec CROSSWAY, permettant ainsi une plus grande sécurisation du circuit du médicament.

Ce premier palier fonctionnel du DPI sera associé à moyen terme à la mise en place d'un Dossier Commun Patient (antécédents et les allergies) associé aux dossiers des diverses spécialités. Conjointement le dossier infirmier s'enrichira des transmissions ciblées numérisées.

4.2. Intégration de logiciels tiers :

Afin de couvrir toutes les fonctionnalités hospitalières, ce DPI s'articule à d'autres pro-logiciels déjà déployés et/ou en voie de déploiement :

- la bureautique médicale déployée sur l'ensemble de l'établissement basée sur :
 - La dictée numérique via le pro-logiciel ANTICYCLONE, par l'utilisation de dictaphones filaires ou mobiles permettant la production rapide et facilitée (rattachement direct à l'IPP et IEP du patient) de compte rendu opératoire (CRO), compte rendu d'hospitalisation (CRH), et compte rendu de consultation spécialisée (CRCs).
 - La production ainsi facilitée de CRH exhaustifs contribuera à une meilleure efficacité médico-économique et valorisation des séjours par le DIM centralisé via le prologiciel M-PMSI
 - La constitution d'une base documentaire Patient numérisée relative à chaque patient via le pro-logiciel M ENTREPOT qui entrepose de manière chronologique et fonctionnelle (par spécialité, par passage ou par unité de soins) l'ensemble des comptes rendus (CRO, CRH, CRCs, CR Biologie, CR Imagerie médicale, CR Anatomopathologie) d'un même patient. La visualisation et la circulation rapide dans cette base documentaire du dossier patient doit permettre au médecin une connaissance accélérée et exhaustive du patient, qualités de la base documentaire Patient garante d'un parcours plus fluide et sécurisé.
 - La messagerie sécurisée Apicrypt, véritable lien sécurisé avec nos correspondants médicaux libéraux et/ ou hospitaliers en particulier pour le télé-adressage rapide des CRH et CRCs dans le respect des délais impartis (élément important de la qualité des relations ville/hôpital et élément indispensable à l'accès au futur DMP).
- la prise de rendez vous des consultations externes via le pro-logiciel M Rendez Vous avec une première phase de déploiement en 2015 en chirurgie, anesthésie et gynécologie obstétrique en remplacement du système X-PLORE, et poursuite du déploiement aux consultations des spécialités médicales en 2016-2017. Ce logiciel doit par ailleurs faciliter et permettre une centralisation partielle de la prise des RDV au niveau de l'établissement et aboutir à un véritable Agenda Patient.
- le dossier biologique via le pro-logiciel MOLIS- CHANNEL avec lien contextuel et récupération directe de valeurs biologiques dans HEO pour l'aide à la décision thérapeutique (« LAB. VALUES » : fonction rénale, hémostase...) ainsi que les CR biologie dans M-ENTREPOT
- le dossier d'imagerie médicale via l'I PACS CARESTREAM avec lien contextuel, et récupération des CR d'Imagerie dans M ENTREPOT
- l'informatisation du bloc opératoire via le prologiciel M-BLOC
- la modernisation des pro-logiciels métiers :
 - SAU : remplacement de RESURGENCES par URQUAL intégré au plan de soins CROSSWAY et à la prescription dans HEO
 - Remplacement du logiciel de prescription en néonatalogie
 - Informatisation de la prescription et du plan de soins en Réanimation Polyvalente
- la gestion de capacité d'accueil avec M –Lits, pour une visibilité et gestion optimisées du capacitaire en lits, garantes entre autre d'une plus grande fluidité du parcours patient admis par le SAU

Conscient du retard pris par notre établissement dans le domaine de l'informatisation du dossier patient jusqu'en 2012, notre engagement depuis 2013 dans la mise en place d'un DPI efficace et sécurisant, devra permettre au CHPC sa restructuration dans la modernité et l'ouverture vers l'extérieur via les outils de la santé émergents que seront les Portails Patients, DMP, Portails Médecins traitants, et télé-médecine.

5. Soins palliatifs

Les soins palliatifs sont assurés au CHPC par l'équipe de l'EMASP sous forme d'interventions.

Qu'entend on par interventions ?

Il s'agit de toutes interventions physiques ou téléphoniques autour d'un patient concernant soit directement celui-ci mais aussi sa famille et les soignants qui interviennent que ce soit interne au CHPC ou externe à celui-ci. Ces interventions comprennent celle du médecin, des infirmières, de la psychologue et de la secrétaire, mais aussi le suivi rétrocessions, c'est-à-dire des prescriptions de médicaments hospitaliers qui sont fournis au domicile du patient puis récupérés après son décès.

A cela s'ajoute également les suivis de deuils après le décès de ce dernier, ainsi que l'intervention spécifique de deux infirmières pour des séances de massage et d'hypnose au domicile du patient.

Chacun a un rôle en rapport avec ses compétences mais quand un des membres de l'équipe est absent, dans la mesure du possible, certaines compétences de ce dernier sont assurées par le restant de l'équipe. Etant donné aussi la surcharge d'activité, il est demandé parfois à la secrétaire de l'équipe, d'interpeller à la demande du médecin de l'EMASP les maisons de retraite, les services sociaux, etc... pour le meilleur fonctionnement des prises en charge. Elle assure également un rôle d'écoute téléphonique et d'accueil auprès des patients, des familles et des soignants en difficulté et de part sa présence au sein du service elle interpelle régulièrement médecin et IDE de l'EMASP pour gérer au mieux les situations difficiles. Elle joue donc un rôle de coordination important. Par ailleurs étant donné l'activité croissante, la prise en charge de patients compliqués, pour réagir au mieux à certaines situations si une présence physique n'est pas possible, l'appel téléphonique est favorisé. Il n'y a pas d'astreinte au niveau médical mais pour toute urgence il est possible de contacter le médecin de l'EMASP par messagerie et avec une réponse possible et ce, en dehors des heures ouvrables et voire éventuellement le weekend.

6. Développement de la prise en charge nutritionnelle au CHPC

- Bilan d'activité et état des lieux du service

Actuellement pas de service dédié à l'activité de nutrition.

Activité portée par le service de diététique, les équipes des différents services et le CLAN pour la dénutrition. Par le service diététique, trois chirurgiens digestifs et 3 endocrinologues pour la prise en charge de l'obésité sévère. L'équipe chirurgicale travaille en relation avec le CHU pour validation des indications opératoires.

Hétérogénéité des prises en charge.

Absence de protocole notamment pour la nutrition entérale.

- Besoins de santé non satisfaits

Dépistage de la dénutrition et des situations à risque de dénutrition à promouvoir.

Suivi ambulatoire des patients requérant une PEC nutritionnelle.

- Projet structurant à 5 ans

Ouverture d'un poste d'assistant spécialiste régional en nutrition en 2016-2017 rattaché au service RDED avec une activité de consultation et avis dans les services. Projet de coordination de l'activité de nutrition, d'homogénéisation des pratiques et suivi ambulatoire via la création d'une UTNC (Unité Transversale de Nutrition) en lien avec le

CLAN et la création dans l'idéal d'une unité médico-chirurgicale pour la prise en charge de l'obésité.

Développement de l'éducation thérapeutique selon les besoins du territoire (existence de réseaux).

Mise en place de formations des professionnels de santé et des étudiants.

- Moyens nécessaires (recrutement médical, réorganisation, équipement)

Équipements :

- équipement en pèse personne et brancard/lit, brassard à tension adaptés aux corpulences extrêmes.

Moyens humains :

- cadre de santé diététicien (poste spécialisé indispensable pour la création d'une UTNC ; coordonnateur de l'équipe paramédicale, pivot de la transmission de toutes les actions de formations et de dépistage des troubles nutritionnels dans les établissements)
- diététiciens : pérennisation des postes actuels et recrutement ou réorganisation du temps de travail pour permettre une prise en charge optimale des patients.
- infirmier référent pour les soins d'assistance nutritionnelle, formation des soignants aux gestes techniques et au dépistage de la dénutrition.
- temps de secrétariat.
- assistant de recherche clinique pour le développement de la recherche clinique en nutrition, participation à l'évaluation et à l'amélioration de la qualité des soins nutritionnels (à mutualiser avec autre service).
- médecin nutritionniste pour coordination de l'unité, poste d'interne ou pérennisation du poste d'assistant.
- temps psychologue, formé à la prise en charge des troubles du comportement alimentaire
- temps éducateur médico-sportif (éventuellement à mutualiser avec l'activité de diabétologie).

Réorganisation :

- plages horaires et salles de consultation pour les différents acteurs de l'équipe pluridisciplinaire.
- ouverture d'une consultation de nutrition à Valognes
- création d'un partenariat avec le réseau d'éducation thérapeutique ERET
- revoir les modalités de codage de la dénutrition, sensibilisation du corps médical

7. Éducation et promotion à la santé

7.1. Éducation thérapeutique

► La dynamique de l'éducation thérapeutique au sein du CHPC s'appuie sur :

- 3 programmes autorisés en application des décrets N° 2010-904 du 2 août 2010 et N°2013-449 du 31 mai 2013 :
 - Éducation thérapeutique du patient insuffisant cardiaque et SCAD (Suivi Clinique A Domicile) autorisé depuis le 20/12/2010 avec un renouvellement accordé le 20/04/2015.
 - Diabète insulino –dépendant de l'enfant autorisé depuis le 20/12/2010 avec un renouvellement accordé le 20/04/2015.
 - Éducation thérapeutique du patient diabétique de type 1 et 2 autorisé depuis le 02/02/2011 avec un renouvellement accordé le 10/06/2015.

- participation au programme régional autorisé en application des décrets N° 2010-904 du 2 août 2010 et N°2013-449 du 31 mai 2013 : Programme d'éducation thérapeutique du patient présentant des douleurs liées au cancer en Basse Normandie autorisé depuis le 15/09/2014.
- le partage des pratiques des professionnels de l'ETP, les orientations et les bilans d'activité sont structurés par un comité de pilotage spécifique.
- un cadre de santé placé sous la responsabilité de la direction des soins fait l'objet d'un financement MIG et est rattaché à l'Espace Régional d'Education Thérapeutique (ERET).

► **Les perspectives de l'éducation thérapeutique sont basées sur :**

- une optimisation de la structuration transversale et un déploiement dans l'ensemble des services du CHPC et une meilleure visibilité sur le territoire grâce à la création d'Unité Transversale d'Education thérapeutique du Patient.
- la mise en œuvre de nouveaux programmes répondant aux priorités régionales.
- L'accessibilité des programmes pour les personnes en situation de précarité en lien avec les maisons de quartier du territoire et la Permanence d'Accès aux Soins de Santé.
- la réflexion avec l'Instance Régionale de Prévention et d'Education à la Santé de Normandie autour de programme ou d'action ETP à la maison d'arrêt.
- la poursuite du travail régional autour du programme PRETORA (ETP et chiomiothérapie orale).
- des améliorations sont également portées par la communauté hospitalière en matière de tabacologie, de stomathérapie, ainsi qu'en présence des aidants familiaux du patient atteint de troubles neurodégénératifs

7.2. Éducation pour la santé :

La dynamique de l'éducation pour la santé s'appuie sur les actions de prévention et d'éducation à la santé menées par différentes équipes médico-soignantes :

- l'équipe de tabacologie.
- l'équipe de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé.
- l'équipe projet de lutte contre les violences intra familiales.
- le programme de promotion de la santé à la maison d'arrêt.
- la participation active des professionnels du CHPC dans le cadre du Contrat Local de Santé de CHERBOURG EN COTENTIN.
- les actions nationales de dépistage des maladies chroniques auprès des usagers et des professionnels, le plus souvent menées en lien avec des associations d'usagers et des représentants des usagers du CHPC.

Les perspectives de l'éducation pour la santé sont basées sur :

- le développement d'actions de promotion de la santé dans les PSLA du territoire du Nord Cotentin ainsi que dans le cadre du GHT gériatrique du Cotentin.
- la création d'un département de santé publique comme espace ressource de notre territoire dans le cadre des Hôpitaux et Structures de santé Promoteurs de Santé auquel le CHPC adhère.
- le développement d'un pôle santé sexuelle rattaché au département de santé publique.

8. Unité médico-judiciaire

Cette unité est destinée à prendre en charge les patientes et patients dans le cadre de consultations de victimologie, mais une activité médico-légale thanatologique est également sollicitable, afin de répondre aux besoins des autorités judiciaires.

8.1. Missions

L'UMJ est créée pour répondre aux besoins des autorités judiciaires (magistrats et enquêteurs en matière pénale). Elle fournit des éléments de nature médicale nécessaires à la conduite des procédures.

Elle a pour missions :

- d'assurer les examens et les prélèvements médico-légaux nécessaires, en développant une prise en charge de qualité en direction des victimes.
- d'assurer dans les meilleures conditions de sécurité, la conservation des dossiers et des prélèvements.
- de favoriser l'accompagnement des victimes en leur offrant un soutien psychologique et en les informant de leurs droits.

Le préalable à tout examen à l'UMJ est la délivrance d'une réquisition judiciaire. L'UMJ propose également une activité thanatologique en fournissant une expertise médico-légale aux autorités judiciaires concernant les découvertes de corps : l'examen externe de corps.

8.2. Objectifs

L'organisation de l'UMJ doit permettre :

- d'assurer l'examen des victimes «non urgentes» dans le cadre de consultations programmées, suite à une réquisition et dans un délai raisonnable.
- de répondre, aux heures ouvrables, aux demandes d'examens cliniques des victimes en urgence (agression sexuelle, victime sous soumission chimique, victimes de violences graves avec arme ou situations imposées pour les besoins de la procédure).
- de permettre un examen externe de corps, dans les meilleurs délais, afin de fournir une indication aux enquêteurs concernant les circonstances d'un décès pour lequel un obstacle médico-légal a été posé par le médecin constatant le décès.

8.3. Modalités de mise en oeuvre - les circuits

8.3.1. Prise en charge des victimes

Consultations programmées sur rendez-vous (adultes et enfants) aux heures ouvrables (cf. URG-FT-001 Planning temps médical), dans le but d'établir un certificat médical descriptif assorti d'une Incapacité Totale de Travail (ITT).

Les consultations de victimologie nécessitent une réquisition judiciaire précisant les modalités de la mission. Le rendez-vous pourra être pris aux heures ouvrables de 8h à 15h30 du lundi au jeudi et le vendredi de 8h à 14h45 (sous réserve de modification des temps d'ouverture du

secrétariat). Possibilité de joindre directement le médecin pour avis et prise de rendez-vous en dehors des temps d'ouverture du secrétariat.

En fonction des effectifs médicaux présents, le nombre de demi-journées de consultations par semaine varie de 5 à 8. Ce nombre pourra évoluer en fonction de la demande, afin de répondre au besoin des autorités judiciaires. Le rapport médico-judiciaire devra être établi au décours de la consultation et transmis aux enquêteurs dans les meilleurs délais.

8.3.2. Prise en charge des victimes en urgence

En dehors des heures ouvrables, la prise en charge des victimes en urgence devra s'effectuer dans les services médicaux adaptés : urgences traumatologiques, urgences gynécologiques, urgences pédiatriques.

Cette prise en charge en urgence doit nécessiter, pour les victimes, un besoin de soins médicaux urgents ou une situation de danger immédiat pour la victime (hospitalisation pour mise en sécurité).

Les médecins de l'UMJ du CHPC proposeront une formation à ces situations d'urgence, au personnel médical et paramédical des différents services.

Des protocoles écrits sont en cours de réévaluation pour les différentes prises en charges, prélèvements et modalités de conservation des prélèvements.

La prise en charge des victimes ne nécessitant pas de soins urgents pourra être différée. Les consultations de victimologie de l'UMJ sont disponibles pour cette prise en charge différée, permettant au médecin légiste d'avoir un meilleur recul concernant la situation et l'évolution lésionnelle et permettant également de ne pas « surcharger » les différents services d'urgence.

8.3.3. Auditions et examens de mineurs

La nouvelle structure de l'UMJ poursuit l'activité de l'Unité d'Accueil Médico-Judiciaires (UAMJ), créée par le CHPC en novembre 2005.

Le protocole de l'UAMJ a été remis à jour, sans modifications majeures, et validé lors du COPIL de l'UAMJ du 21/06/2016 (document consultable au secrétariat de la Direction Générale - poste 37610).

8.3.4. Thanatologie

Les examens externes de corps peuvent être effectués par les médecins de l'UMJ dans les locaux du Funérarium du CHPC.

Ce type d'examen nécessite l'acheminement du corps au funérarium, dans une housse scellée par les enquêteurs, ainsi qu'une réquisition permettant le transport du corps.

Les corps devant bénéficier d'un examen externe doivent être conservés dans un casier mortuaire réfrigéré, dédié à l'activité médico-légale, au sein du funérarium du CHPC. Une réquisition pour la conservation du corps dans les locaux du funérarium est également nécessaire.

L'examen externe de corps devra se dérouler dans les meilleurs délais, en présence des enquêteurs, aux heures d'ouverture de l'UMJ. Dans le cas où il serait impossible pour l'UMJ du CHPC de répondre à cette demande dans un délai raisonnable, le médecin contacté pourra orienter les enquêteurs vers un autre praticien : UMJ du centre hospitalier Mémorial de St-Lô ou institut médico-légal du CHU de Caen.

L'examen externe de corps nécessite une réquisition judiciaire. Au décours des opérations d'examen externe de corps, le médecin légiste devra faire part de ses conclusions préliminaires aux enquêteurs ainsi qu'au magistrat en charge de l'enquête ou au magistrat d'astreinte. Ces conclusions ont pour but d'éclairer les enquêteurs concernant les circonstances de la mort et d'orienter la suite des opérations : levée de l'obstacle médico-légal

ou proposition d'une autopsie à l'IML du CHU de Caen.

Le médecin légiste transmettra un rapport d'examen externe de corps dactylographié aux enquêteurs dans les meilleurs délais.

8.4. Organisation médicale

8.4.1. Prise en charge des victimes

Les consultations programmées seront organisées sur les jours de semaine et seront assurées par les médecins titulaires du DESC de médecine légale ou de la capacité des pratiques médico-judiciaires ou en cours de formation (1ère année de DESC ou de capacité validée). Le nombre de plages horaires sera adapté à l'activité et aux effectifs médicaux : 5 à 8 demi-journées par semaine.

8.4.2. Répartition du temps médical et des plannings

Cf. URG-FT-001 «Planning - Répartition du temps médical».

8.5. Organisation paramédicale



8.5.1. Le secrétariat

L'unité médico-judiciaire est une structure rattachée au service d'accueil des urgences du CHPC et le secrétariat de l'UMJ est mutualisé avec le secrétariat des urgences.

Le secrétariat est équipé d'une ligne téléphonique, d'un fax et d'une adresse e-mail dédiée à l'UMJ.

Le secrétariat fonctionne actuellement du lundi au vendredi de 8h30 à 16h00.

8.5.2. Temps de psychologue

Il est actuellement envisagé de faire intervenir un psychologue formé à l'accueil des victimes mineures et majeures de violences, afin d'optimiser la prise en charge dans le cadre de l'UAMJ.

8.6. Les locaux

Les locaux de l'UMJ du CHPC se situent au sein du service des urgences du CHPC, à gauche de l'entrée piéton du service.

Cette localisation à deux avantages : la proximité du plateau technique des urgences fonctionnant 24h / 24 et un accès facile et bien identifié pour les victimes.

Ils sont pourvus de deux bureaux d'examen médicaux adaptés et sécurisés. Il existe également une salle d'audition spécifique équipée d'un système d'enregistrement vidéo-numérique validé, permettant les auditions filmées de mineurs, selon les recommandations actuelles concernant la prise en charge de victimes mineures.

Un lieu d'attente spécifique existe à proximité de ces salles, lieu discret, à l'abri des passages. Cette salle d'attente est directement accessible par deux entrées : une première donnant sur le hall d'accueil des urgences, et la deuxième permettant l'accès direct à l'UMJ.

L'organisation de ces salles est telle, qu'à tout moment, elles pourront être remises à disposition du service d'accueil des urgences du CHPC en cas d'afflux aux urgences (pandémie, plan blanc, etc.).

Ces locaux sont fermés en dehors des temps de présence médical et paramédical.

8.7. Matériel et mobilier

Le matériel nécessaire a été listé et la dotation est régulièrement mise à jour. Il s'agit essentiellement de « petit » matériel médical nécessaire à la prise en charge des victimes. Une armoire sécurisée et verrouillée est installée dans un des bureaux de l'UMJ. Elle permet le classement des dossiers des victimes, par un archivage alphabétique. Les dossiers médico-judiciaires seront dissociés des autres dossiers médicaux de l'établissement et accessibles uniquement au secrétariat et aux médecins de l'UMJ.

Un des bureaux médicaux est équipé d'une ligne téléphonique spécifique.

Informatique : un des bureaux est équipé d'un poste informatique relié au réseau informatique de l'hôpital. Ce poste informatique est équipé d'un réseau spécifique sécurisé uniquement accessible aux médecins de l'UMJ. Ce réseau a pour but de fournir un outil permettant un système d'archivage numérique afin de regrouper les documents nécessaires à la bonne tenue des dossiers médico-judiciaires.

Il permet, entre autre, de stocker des données numériques telles que des photographies et schémas lésionnels pouvant être annexées aux rapports.

Dans le cadre du respect du principe du secret médical, l'accès aux dossiers médicaux de soins des patients se fait après accord écrit de la victime.

8.8. Durée de conservation des dossiers médicaux

Les dossiers médicaux des patients consultant l'unité médico-judiciaire seront archivés et conservés au sein de l'unité médico-judiciaire pour une durée de 20 ans, selon les recommandations du Conseil National de l'Ordre des Médecins et sous réserve de modification ultérieure des textes régissant la conservation des dossiers médicaux.

Cette durée de conservation est conforme à l'article R 1112-7 du Code de la Santé Publique : « Le dossier médical mentionné à l'article R. 1112-2 est conservé pendant une durée de vingt ans à compter de la date [...] de la dernière consultation ».

Concernant les victimes mineures, le délai de conservation du dossier médical au sein de l'UMJ sera établi pour une durée de 20 ans à compter de la majorité de la victime.

Concernant les examens thanatologiques, le délai de conservation du dossier médical et du compte rendu de l'examen externe de corps sera établi pour une durée de 10 ans à compter de la date de l'examen. Cette durée de conservation de dossier se base sur le délai de prescription pénale en matière de crime.

8.9. Formation

Les médecins de l'UMJ sont en mesure de proposer des formations internes et externes concernant les thématiques médico-légales et médico-judiciaires.

Il est possible de solliciter l'UMJ pour une demande précise de formation concernant cette forme d'expertise médicale.

Le Dr DELAHAYE est désigné comme référent pour le comité de pilotage des violences faites aux femmes, pour le service des urgences du CHPC.

9. La permanence d'Accès aux soins de Santé (PASS)

La permanence d'accès aux soins de santé (Pass) est un dispositif opérationnel créé par la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre l'exclusion. Elle vise à faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier, aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Le plan pluriannuel adopté le 21 janvier à l'issue de la conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale souligne l'intérêt de développer une offre de soins de proximité et la pertinence des Pass. La permanence est située dans un établissement public de santé ou un établissement privé assurant une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L.61121 du Code de la santé publique (art. L.6112-6 du CSP) ; elle peut également être installée hors de l'établissement.

9.1. Missions de la PASS

Auprès des patients :

- évaluer les besoins sanitaires et sociaux
- engager les démarches d'accès aux droits sociaux
- organiser une prise en charge sanitaire et sociale adaptée et coordonnée
- orienter et/ou accompagner dans les démarches de soins au CHPC ou à l'extérieur ainsi que dans les démarches sociales
- proposer des consultations médicales ou infirmière

Auprès des professionnels :

- informer, sensibiliser sur les problématiques liées à la précarité
- mobiliser le réseau des acteurs sanitaires et sociaux afin de favoriser des prises en charge adaptées, fluides et coordonnées

9.2. Patients bénéficiaires

Patients en situation de précarité, ayant besoin de soins mais ne pouvant y accéder en raison de :

- absence de couverture sociale
- ressources insuffisantes
- absence de domicile fixe
- isolement social
- statut administratif complexe

WWW.WIZOOL.COM

\$10

**GOOD
NEWS
IS COMING**





Projets de service

1. Pôle C – Chirurgie et oncologie.
2. Pôle F – Femme - Enfant.
3. Pôle I – Médecines intensives.
4. Pôle M – Spécialités médicales.
5. Pôle P – Prestataire.

1. Pôle C – Chirurgie et oncologie



1.1. Chirurgie viscérale

1.1.1. Développer, renforcer et diversifier l'activité chirurgicale.

► Chirurgie de l'obésité (bariatrique)

Cette chirurgie est en plein essor, elle doit répondre à une épidémie galopante. 15% de la population française est obèse (OBPI), dont 1,2 % sont candidats à la chirurgie. D'après le PMSI, la chirurgie de l'obésité a dépassé la chirurgie colorectale.

Dans notre établissement, cette activité a été débutée en 2011 et nous avons opéré 10 patients ; en 2012, 14, en 2013, 29 et en 2014, 38. Tous nos patients ont subi le parcours requis par l'HAS et tous les avis favorables ont été donnés par les experts de notre centre CSO référent : CHU de Caen.

Comment développer cette chirurgie ?

- Faire connaître cette chirurgie
- Envisager la création d'associations des patients ;
- Détacher une diététicienne
- Intégrer dans l'équipe un médecin diététicien.
- Intégrer le ROD (Réseau Obésité Diabète) ;
- Réduire, voire faire disparaître le taux de « fuites » (soit par méconnaissance du patient, soit par méconnaissance des adresseurs) ;
- Proposer un EPU aux intervenants de médecine libérale.

► Chirurgie thyroïdienne :

Deux praticiens pratiquent cette chirurgie. Le service travaille en collaboration avec nos collègues ORL endocrinologues.

► Plastie abdominale :

Demande en nette progression après chirurgie de l'obésité. Ces patients qui ont obtenu un avis favorable du médecin conseil de la CPAM, après entente préalable.

► Chirurgie des varices :

Cette chirurgie simple, qui se fait presque exclusivement en Chirurgie Ambulatoire, peut être développée.

Actuellement, l'indication est posée après bilan veineux des membres inférieurs, basé sur l'écho-Doppler veineux réalisé par trois praticiens exerçant en libéral et adresseurs aux établissements privés, sauf pour les patients fidèles à l'hôpital ; piste à explorer :

- former un de nos radiologues à réaliser cet examen ;
- recruter un angiologue ;
- proposer aux angiologues de ville des vacations à l'hôpital.

► Chirurgie carcinologique :

Le développement de cette chirurgie, nécessite d'augmenter les créneaux opératoires des examens endoscopiques ; l'immense majorité des patients diagnostiqués dans notre établissement s'y font opérer.

► Chirurgie ambulatoire :

Les indications en chirurgie viscérale et digestive s'étendent de plus en plus grâce au développement de techniques chirurgicales moins invasives.

1.1.2. Augmenter l'activité chirurgicale en général :

L'augmentation de la chirurgie courante est un travail « de sappe et de longue haleine » ; si on espère gagner les « parts de marché », on est condamné à changer l'image de notre établissement en général, et celle de la chirurgie en particulier.

Problèmes qui subsistent et comment les améliorer :

- La consultation :

La consultation est une vitrine et la porte d'entrée de l'hôpital. Leur restructuration a permis un meilleur accueil et une optimisation de la prise en charge des patients

- Séjour dans le service de Chirurgie :

Le contrôle postopératoire à un mois est pour nous un moment privilégié. Les langues des patients se délient et nous disent tout sans tabou et sans complexe. Il est parfois difficile de vérifier la véracité de leurs propos mais néanmoins, ils restent une mine d'or d'informations sur leur séjour dans le service.

Toutes les insuffisances citées ci-dessous ne sont que des propos recueillis auprès de patients ayant séjourné dans notre service.

► Respect du patient :

- la prise en charge doit être rapide, sans délai d'attente, avec courtoisie et professionnalisme,
- un salon d'accueil est prévu en cas d'attente
- sensibiliser le personnel aux nuisances sonores, de nuit comme de jour,

► Prise en compte de la douleur :

La douleur post opératoire aiguë est une réalité dans les services de Chirurgie, elle est sous-évaluée, parfois presque tolérée, voire négligée car elle passe après l'acte chirurgical réalisé. L'objectif est de réduire au maximum les souffrances et les inconforts douloureux et apporter aux patients, de même qu'à leurs proches, une présence et une écoute. Le patient doit pouvoir exprimer sa douleur à l'équipe soignante. Celle-ci doit pouvoir l'écouter, l'évaluer et l'aider. Ceci doit passer par la formation du personnel et la généralisation de l'utilisation systématique et régulière des systèmes d'évaluation : échelle visuelle analogique (EVA), échelle numérique (EN), échelle visuelle simple (EVS).

- selon les compétences des membres de l'équipe, d'autres formations pourront être envisagées : sophrologie.
- lutter contre la souffrance n'est pas réductible à la douleur. La souffrance peut être évoquée, décrite, partagée, ce qui explique l'importance de la parole et de l'écoute.
- renforcer le lien avec le CLUD.
- établir, avec nos collègues médecins anesthésistes, un protocole de prise en charge de la douleur péri et post-opératoire, pour les interventions réputées douloureuses (dès que l'effectif des médecins atteint un seuil raisonnable).

► Accompagne les familles :

La souffrance de l'entourage qui, par des liens affectifs avec le patient, est directement impliqué ; on comprend ainsi que la personne gravement malade (atteinte d'un cancer) déséquilibre l'entourage, confronté à l'inquiétude et à la détresse. Les équipes soignantes faciliteront la présence de l'entourage du patient auprès de lui :

- En accordant une grande flexibilité des visites ;
- Création d'une pièce d'accueil pour les familles ;
- Informer les familles de l'évolution en temps réel ;
- Faire appel au soutien psychologique, si besoin.

- Les sorties

Les sorties sont anticipées et préparées avec la famille, le service social.

- Informations des médecins généralistes :

Le lien entre les médecins généralistes et l'hôpital primordial.

- Développement d'apycrypt vers les médecins de ville
- Renforcer les liens avec les médecins généralistes en leur proposant des EPU,
- Proposer aux médecins généralistes de venir visiter les services et assister aux interventions de leurs patients s'ils le souhaitent.

1.1.3. Les valeurs du service

► Le respect :

Cette valeur explique la finalité humaniste de l'hôpital, la valeur « respect » rassemble d'autres valeurs : la solidarité, l'équité et la reconnaissance. Au quotidien, c'est le respect du soignant vis-à-vis du soigné, des soignants entre eux, de notre service vers les autres et de l'hôpital devant ses populations. La solidarité exige l'entraide dans la difficulté, l'équité, le sens de la justice et la reconnaissance, la valorisation du collectif et de l'individuel.

► L'excellence et la recherche constante de la qualité et de la sécurité :

Particulièrement en ce concerne les soins dispensés au patient ; ainsi, les démarches volontaristes de formation et d'évaluation des pratiques professionnelles médicales et paramédicales sont des facteurs de notre volonté individuelle et collective, de rechercher constamment l'amélioration de nos pratiques. L'excellence du service public hospitalier et donc la recherche de l'efficacité et de la performance, afin de parvenir à un résultat de bien-être de nos concitoyens. Cette quête de l'efficacité médico-économique revêt une acuité particulière, dans un contexte de maîtrise nécessaire des dépenses de santé.



1.2. Chirurgie orthopédique

80 à 90% de la traumatologie du territoire est prise en charge par le CHPC.

Le développement de la chirurgie programmée se fait par le recrutement de chirurgien orthopédique ayant une sous spécialité. Ainsi, un développement de la chirurgie arthroscopique de l'épaule a pu se faire, grâce à un apport humain et matériel.

Le CHPC est en mesure d'accueillir 24/24 les patients présentant des pathologies dont la prise en charge nécessite des moyens chirurgicaux rapides : les urgences représentent plus de 50% de notre activité.



1.3. Chirurgie ORL, Ophtalmologie et stomatologie

Les spécialités ophtalmologie, ORL et stomatologie sont regroupées en une entité dépendant du plateau de chirurgie.

► État des lieux :

Ces spécialités sont actuellement en sous effectif médical.

- Ophtalmologie : 1 praticien temps plein exerçant essentiellement une activité de consultation ainsi que des IVT au bloc opératoire. Consultation d'un praticien du CHU un jour par mois. Les astreintes sont partagées avec le CHU de Caen
- ORL : 1 PH à temps partiel (60%), un attaché temps plein, un ASR temps partiel (60%). L'activité se répartit entre consultations et bloc opératoire. Le CHPC ne dispose cependant pas d'autorisation pour la chirurgie carcinologique ORL
- Stomato : un dentiste effectuant uniquement des actes de consultations et soins dentaires.

► Perspectives :

Un protocole de coopération vient d'être signé avec la polyclinique du Cotentin. La coopération permettra un recrutement médical partagé entre les deux établissements.

En ORL, le recrutement d'un ASR en 2017 a permis de relancer un peu l'activité. Ce mode de recrutement se poursuit pour les prochaines années. La polyclinique dispose d'autorisation de chirurgie carcinologique ORL dont nos jeunes confrères pourront bénéficier dans le cadre de ce GCS.

Stomatologie : Arrivée d'une ASR de stomatologie en novembre 2017. Son activité sera complémentaire à l'activité de dentisterie existant : prise en charge des extractions complexes au bloc opératoire, développement d'implantologie.

En conclusion, des spécialités en difficultés mais qui devraient pouvoir se développer dans l'avenir.



1.4. Hépatogastroentérologie

Le service comprend :

- un secteur d'hospitalisation de 24 lits dont 4 lits d'HDS (6 officieusement). La DMS est de 4.2 jours et l'IPDMS de 0.98 .
- une unité d'endoscopie digestive.

1.4.1. Personnel

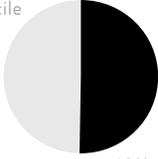
- médical : 2 gastro-entérologues PH temps plein, 3 gastro-entérologues PH temps partiel (80%, 40%, 30%), 1 gastro-entérologue assistant temps plein, 1 médecin généraliste PH temps partiel (60%), 2 internes de médecine générale, 1 poste d'interne de spécialité inconstamment pourvu
- paramédical : Une équipe de 11.97 ETP infirmières dont 5 spécialisées en endoscopie digestive, 12.93 aide-soignant(e)s, 1 surveillante.
- secrétariat : 4 secrétaires dont 1 à temps partiel, 1 AMA.

+ Intervention d'une assistante sociale, 1 diététicienne, kinésithérapeutes.

1.4.2. Fonctionnement

PROVENANCE DES PATIENTS

47 % du domicile



48% du service des urgences

L'unité est divisée en 3 secteurs médicaux de 8 lits chacun, (durant les vacances en 2 secteurs de 12 lits chacun) et de 2 secteurs infirmiers de 12 lits chacun. Chaque secteur médical est sous la responsabilité d'un médecin secondé par un interne en fonction des postes pourvus. L'activité consiste en une prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients. En 2016, 1854 admissions ont été réalisées soit 7792 journées d'hospitalisation.

Les patients proviennent de :

- 48 % du service des urgences
- 47 % du domicile et par mutation d'autres services du CHPC ou du CHU de Caen.

► Unité d'hospitalisation

En 2016, 1854 admissions ont été réalisées soit 7792 journées d'hospitalisation.

Les patients proviennent de :

- 48 % du service des urgences
- 47 % du domicile et par mutation d'autres services du CHPC ou du CHU de Caen.

Les pathologies rencontrées :

- tumeur colique bénigne 6%
- rectorragie : 4.5%
- polypose colique : 3.2%
- 3.2% douleurs abdominales
- 3.2% hépatopathies cirrhotiques ou non.
- hémorragies digestives.
- MICI
- 4 % anémie d'origine indéterminée.
- pancréatites aiguës et chroniques.
- coloscopies diagnostiques (essentiellement en HDS).
- pathologies cancéreuses.
- autres.

► Unité d'endoscopie digestive

Du lundi matin au vendredi après-midi. Astreinte endoscopique assurée 24h/24h.

- endoscopie sans AG : 7 à 8 demi- journées par semaine.
- endoscopie avec AG au bloc opératoire : 5 demi- journées par semaine.
- gestes réalisés : gastroscopies et coloscopies diagnostiques et thérapeutiques : polypectomies, hémostases endoscopiques (clips, injections sclérosantes, plasma argon), dilatations, scléroses et ligatures des varices œsophagiennes, extractions de corps étrangers. Gastrostomies par voie endoscopique.

En 2016 : 3600 examens réalisés dont +/- 40% avec AG.

► Activité d'hospitalisation de jour

Assurée par les médecins du service au sein du service d'hospitalisation de jour : ponctions d'ascite, transfusions, traitement (perfusions d'anti TNF..) et suivi des MICI.

► Activité dans le service de chirurgie ambulatoire

Consultation et autorisation de retour à domicile des patients ayant eu une endoscopie avec AG.

► Consultations

- 1 à 3 demi-journées de consultation par semaine par praticien, assurées au sein du plateau de consultations externes de médecine, associées à une activité de proctologie médicale (scléroses et ligatures hémorroïdaires).

En 2016 : 2155 consultations externes réalisées.

- Avis téléphoniques via un téléphone portable sous la responsabilité d'un médecin d'avis chaque jour et consultations internes.

► Échographie abdominale

Repérage échographique avant ponction d'ascite, avant biopsie hépatique pour patients hospitalisés, et échographies diagnostiques ou de surveillance des cirrhoses pour patients externes.

En 2016 : 111 échographies ont été réalisées.

► Vidéocapsule de l'intestin grêle

En moyenne 1 examen par semaine.

En 2016 : 47 vidéocapsules ont été réalisées.

► Formation médicale et enseignement

- 1 réunion médicale hebdomadaire pour discussion médicale de dossiers patients avec participation des internes.
- participation aux RCP d'oncologie digestive.
- participation aux journées nationales de formation continue (JFHOD, VIDEODIGEST...), aux RCP des maladies inflammatoires intestinales et hépatites virales au CHU de CAEN.
- enseignement des internes par l'intermédiaire de mises au point de pathologies hépatiques, pancréatiques et du tube digestif. Formation à l'endoscopie digestive des internes de spécialité.
- accompagnement des internes à la visite avec une fréquence minimale de 3 matinées par semaine en fonction de leur apprentissage et de leurs connaissances.
- contre visite assurée par les internes, toujours secondées par un senior pour compléter leur apprentissage et vérifier leurs prescriptions médicales.

► Astreinte de service et d'endoscopie digestive

Visite et contre visite assurées par un médecin les samedis et dimanches. Astreinte endoscopique opérationnelle les nuits de 18h30 à 08h30, les samedis, dimanches et fériés.

1.4.3. **Projet**

- augmenter le capacitaire en lits d'HDS, vu les délais d'attente avant hospitalisation (2 à 3 semaines) : 8 lits ?
- augmenter le nombre de vacations au bloc opératoire vu l'augmentation de la demande d'examens avec AG et les délais d'attente (2 mois).
- accès à la formation de l'échoendoscopie digestive vu l'augmentation de la demande et les délais d'attente des examens réalisés au CHU.
- recrutement d'un PH temps plein pour pallier à l'activité croissante du service.



1.5. Oncologie

Le service d'Oncologie assure la prise en charge des patients pour les principales pathologies (gynécologie, pneumologie, gastro-entérologie). Travail en réseau avec CHU, CFB.

1.5.1. Service oncologie

Situé au niveau du plateau Médecine 4ème assure le traitement et suivi. N'assure pas en général la phase de diagnostic initial. 2 unités : Hospitalisation complète (HC) et de semaine (HS), et Hospitalisation de jour (HDJ) :

- accueil des patients pour traitement,
- prise en charge des effets secondaires,
- soins palliatifs.

► HDJ

10 places accueillant actuellement 18-20 patients par jour en moyenne pour des chimiothérapies

Les médecins vont voir en HdJ polyvalent les patients suivis en oncologie et en hématologie nécessitant : transfusions, ponctions, injections d'immunoglobulines ou de fer.

► HC - HS

10 lits HC dont 2 LISP (lits identifiés en soins palliatifs) + 4 lits HS

HS permet d'accueillir patient pour chimiothérapies sur plusieurs jours en programmation (rarement pour bilan).

HC : prise en charge des effets secondaires des traitements (chimio ou radiothérapie (RTE)), traitement symptomatique (douleur), soins palliatifs.

Plus de 50% d'admission directe via appel médecin traitant, patient ou consultation.

Suivi des patients : organisation des prises en charge des patients en externe. Travail transversal avec HAD, EMASP, services de spécialités.

Projet :

- poursuite de la prise en charge actuelle
- LISP : augmentation du nombre éventuellement
- augmentation du nombre de lits HC ou HS (1 à 2) si développement de l'hématologie.

► Personnel

- médical : 2 oncologues médicaux, 1 médecin généraliste avec compétence en oncologie et DIU de soins palliatifs
- 1 ou 2 internes de spécialité en formation.
- équipe paramédicale : IDE formées pour les chimiothérapies. Référentes en soins palliatifs pour les IDE et les AS.

► Consultation

- prise en charge des patients qui vont nécessiter un traitement (chimio ou thérapie ciblée).
- consultation d'annonce.
- suivi des patients en cours de traitement pour décision thérapeutique.
- augmentation des consultations du fait du suivi des traitements oraux.
- suivi des patients après traitement.
- nécessité de s'adapter à l'évolution/traitements oraux.

1.5.2. Service RTE

Unité médico-technique de l'hôpital avec autorisation de fonctionnement relié au Centre François Baclesse (CFB). 2 médecins mis à disposition par le CFB. 2 physiciens + personnel médico-technique et secrétariat du CHPC.

Pas de lit d'hospitalisation. Assure le suivi pendant le traitement + consultation prise en charge et suivi.

1 accélérateur permettant la plupart des traitements.

Si besoin d'une technique spécifique patient adressé au CFB.

Du fait des autorisations : mise à niveau et même standard que les équipements du CFB.

Politique qualité commune.



3.5.3. Projet Hématologie (oncohématologie)

Problématique régionale. L'institut d'hématologie au CHU est le seul service de référence en Basse Normandie.

Situation actuelle au CHPC : Consultations par convention d'un hématologue du CHU (DR BENABED) 2 fois par semaine lundi et vendredi.

Délégation de traitement pour certains dans le service d'oncologie (LMNH, myélodysplasie). Transfusions.

Projet (en concertation avec le CHU) :

- augmentation du temps médical. Si possible recrutement de deux praticiens. Relation obligatoire avec le CHU, éventuellement autres consultations sur le territoire.
- augmentation des prises en charge de certaines chimiothérapies en HDJ et HS. Possibilité d'augmenter de 2 lits du service d'oncologie pour prise en charge de complications ou autres.
- organisation de la prise en charge des transfusions : développement de l'HDJ polyvalent
- organisation du CHPC mais aussi avec le CHU.



1.5.4. Recherche clinique

Volonté depuis des années. Travail jusqu'à présent en réseau avec le CHU et le CFB (ou autres) et adressage des patients.

Depuis 2015, dans le cadre d'appel à projet GIRCI et ERNU ayant permis le recrutement d'ARC et TEC pour mise en place sur Cherbourg.

- organisation pour toutes pathologies et cancérologie.
- proposition pour les patients de participation aux essais.
- obligations pour l'autorisation de l'établissement en cancérologie.
- augmentation de la qualité de prise en charge des patients.
- intérêt médical.

1.5.5. Éducation thérapeutique

- répondre au plan cancer 3
- programme régional en cours PRETORA .
- organisation de la prise en charge des patients prenant des traitements oraux dont la place devient de plus en plus importante.

1.5.6. Parcours patient (du diagnostic au traitement et suivi)

Diagnostic : réalisé par le médecin traitant et différents spécialistes selon organe et mode de découverte.

Comporte :

- certitude de diagnostic par biopsie pour diagnostic anatomopathologie.
- bilan d'extension selon cancer
- annonce du diagnostic : fait par MT et spécialiste souvent en plusieurs fois. A ce moment nécessité de concertation pour décision thérapeutique.

1.5.7. Centre de coordination en cancérologie (3C)

- organisation RCP. Validation dossier transmission puis organisation si besoin de la prise en charge des traitements.
- qualité : audit (délai de prise en charge)
- participation au réseau régional de Cancérologie.
- organisation de la cancérologie dans l'établissement.
- suivi du plan cancer. Réponses aux obligations réglementaires.

Actuellement le 3C est situé au CHPC, dépend du service d'oncologie. Il comprend 2 établissements, le CHPC et La Polyclinique du Cotentin.

- 1 médecin coordonnateur (20%)
- 1 secrétaire (rattachée au service oncologie)
- 1 qualicien

RCP : tous les dossiers doivent être, hormis les urgences, discutés avant traitement.

À Cherbourg 3 RCP d'organe hebdomadaire : gynécologie, pneumologie, gastro-entérologie. Pour les autres pathologies, les dossiers sont adressés à CAEN (CHU-CFB).

► Procédure :

- le médecin responsable ou demandeur inscrit le dossier avec renseignements.
- décision adressée ensuite aux médecins indiqués.
- RCP au moment initial puis à chaque modification thérapeutique.
- prise en charge selon décision : chir, RTE, chimio.
- après RCP, patient vu en consultation d'annonce avec médecin référent.
- remise au patient de son PPS : programme personnalisé de soins.
- consultation paramédicale si besoin.
- dossier de liaison de cancérologie.

► Référent médical :

Le médecin traitant

- sollicite le spécialiste concerné si besoin
- participe au suivi du patient bien sûr mais selon prise en charge
- un chirurgien, un radiothérapeute, un oncologue médical ou un médecin gastroentérologue avec DESC.

► Autorisations de l'établissement (à renouveler régulièrement sur critères de nombres de prise en charge mais également qualitatifs) :

Pour la chirurgie :

- autorisation du CHPC pour la cancérologie digestive et mammaire
- projet d'organisation entre CHPC et clinique pour les autres spécialités

Pour la chimiothérapie : Le CHPC a une autorisation, pour l'ambulatoire ou non.

► Hospitalisation :

Si possible dans le service qui connaît déjà le patient, avec son médecin référent.
Nécessité de coordination entre les différents acteurs si patient n'a pas de référent dans un service d'hospitalisation du CHPC (RTE, externe, clinique, CAEN)

- avis référent pour situation du patient (curatif, palliatif, fin de vie)
- hospitalisation selon problème en cours, éventuellement sur centre de référence.
 - Oncologie si problème lié à un traitement
 - Chirurgie si problème chirurgical (ex : fracture, dyspnée laryngée, abcès)
 - Service de spécialité (hémorragie digestive, pneumopathie).
 - Services à lits identifiés de soins palliatifs si soins palliatifs.

Suivi : par référent avec délégation selon traitement et nécessité.



1.6. Pneumologie MCO

Les troubles du sommeil obstructifs par apnée sont fréquents dans la population. Ils sont pris en charge au CHPC. Cette pathologie peut être prise en charge par une coordination pluridisciplinaire : chirurgie laser (ORL), CPAP (pneumologie). Le renfort de l'équipe d'ORL par le CHU de Caen devrait permettre au CHPC de maintenir cette compétence.

► Projet :

- optimisation de l'organisation médicale : à mettre en synergie avec l'organisation para médicale
- développement d'une unité de soins de suite et de réhabilitation respiratoire
- épreuve d'effort respiratoire
- éducation thérapeutique : école de l'asthme
- développement des techniques interventionnelles
 - Echo endoscopie bronchique
 - Ponction pariétale pulmonaire
 - Échographie pleurale
 - Pleuroscopie

Ces projets sont bien entendu à mettre en parallèle avec les projets de formation des paramédicaux. Pour aboutir, un recrutement médical sera indispensable.



1.7. Pneumologie SSR

► Projet :

Création d'un service de soins de suite et de réadaptation de pneumologie :

- 20 lits d'hospitalisation conventionnelle
- 5 lits d'hospitalisation de jour

La réhabilitation respiratoire permet d'améliorer la qualité de vie d'un patient atteint d'une maladie respiratoire chronique

En lieu et place du service de médecine B (hépatogastroentérologie)
Localisation : 5^e étage du centre hospitalier nord Cotentin. Site de Cherbourg
Coordonnateur : docteur LE MOEL GABRIEL ; chef de service de pneumologie.

Textes réglementaires : décrets n°2008-378 et 2008-377 du 17 avril 2008 (1)

Circulaire n°305 du 03/10/2008, relative aux décrets du 17 avril 2008 (2)

► Pré-requis au SSR de pneumologie et à la réhabilitation respiratoire :

La prévalence de la broncho pneumopathie obstructive chronique (BPCO) en France est de 7,5%, soit plus de 3.5 millions de patients. 200000 patients sont sous ALD pour insuffisance respiratoire ou BPCO sévère, 93000 patients sous oxygénothérapie de longue durée (OLD), 16000 décès / an France sont imputables à la BPCO (3).

La réhabilitation respiratoire est un ensemble de moyens proposés au patient d'une maladie respiratoire chronique pour réduire le handicap et améliorer la qualité de vie. La réhabilitation a pour objectif principal de maintenir dans la durée un niveau d'activités physiques quotidiennes jugé nécessaire à la santé physique et psychique du patient, de façon à diminuer les conséquences systémiques de la maladie et les coûts de santé.

Les composants de la réhabilitation, dispensés par divers intervenants de santé, sont prescrits et coordonnés par le pneumologue en fonction des besoins et des souhaits du patient, de la sévérité de la maladie, et de l'environnement familial, social, et médical. Ces composants sont basés sur le réentraînement à l'exercice individualisé, l'éducation thérapeutique répondant aux besoins éducatifs spécifiques.

La kinésithérapie respiratoire, le sevrage tabagique, et la prise en charge nutritionnelle et psychosociale adaptées à chaque situation clinique (4)

L'efficacité de la réhabilitation chez le BPCO est démontrée en terme d'amélioration de la qualité de vie, de la dyspnée et de la tolérance à l'effort. La réhabilitation a également un impact positif sur les dépenses de santé en réduisant les exacerbations, les consultations en urgence et la durée et le nombre des hospitalisations (5). Elle réduit l'anxiété et la dépression associées à la BPCO (niveau de preuve A) (6).

► État actuel de la population atteinte de maladies respiratoires chroniques dans le nord Cotentin :

Les données épidémiologiques de la BPCO en basse Normandie montrent que la mortalité par BPCO est comprise entre -20% et - 10% en variation par rapport au taux national, et de - 10% à + 10% en ce qui concerne les hospitalisations (7).

La presqu'île du Cotentin a la plus grande densité de population après l'arrondissement de Caen en région de basse Normandie (8) : 174258 habitants (recensement de population 2007), soit une densité de 143 hab/ km².

Les indices suivants sont superposables à ceux de la région : Allocataires de l'allocation adultes handicapées (AAH) : 3.4% (sur pop âgée de 20 à 59 ans), Allocataires du RMI : 2.6% (parmi pop de 25 à 59 ans), Bénéficiaires de la CMU complémentaire : 7%.

Le nord Cotentin se distingue en terme de mortalité masculine par sa prématurité et en particulier par cancer broncho – pulmonaire (ICM : 127,2). La mortalité par BPCO à l'échelle des cantons montre un indice ICM supérieur à 120 pour les deux tiers des cantons du nord Cotentin. L'ICM de basse Normandie est de 97.7. (cartographie annexe 1) (9)

La consommation de tabac est significativement élevée (ICM :116,5) tout comme la consommation excessive d'alcool (ICM :129,9) sur l'arrondissement du nord Cotentin.

► État actuel de la prise en charge des affections respiratoires chroniques au CH nord Cotentin :

Actuellement, seuls 4 pneumologues exercent dans l'arrondissement du nord Cotentin dont un consœur en activité libérale et les trois autres dans le service de pneumologie du centre hospitalier du Cotentin (site de Cherbourg).

Le service de pneumologie comprend aussi un assistant régional spécialiste et un interne étranger à temps partiel. Trois internes par semestre travaillent dans le service dont un interne de pneumologie

Les données principales PMSI de la prise en charge de la BPCO par le centre hospitalier sont les suivantes (J44, J440, J441, J449, J448)

	2014	2013
Nombre de RSS	426	453
Hospitalisation en pneumologie	246	273
Hospitalisation en réanimation	40	24
Taux de décès	7,04%	5,73%
La DMS brute des RSS	11,20 j	10,95 j
Le nombre brut de patient en file active	284	329
Nombre de journées brutes de RSS	4773 j	4953 j
Recrutement sur le cotentin	416	448

En tenant compte de toutes les hospitalisations ayant concernées ces patients BPCO :

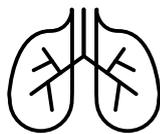
Nombre de RSS	1102	1126
Nombre de patient en file active	631	707

L'âge moyen est de 76 ans, 66% d'hommes

C.A. moyen de RSS est de 4620,32€ en 2014.

Les exacerbations de BPCO représentaient respectivement 14% et 11,9% en 2013 et 2014 du total des hospitalisations en pneumologie ;

Pour cette même période, 169 patients ont été réadmis au moins une fois.



Pneumologie

=

5000 consultations
externes/an

Le service de pneumologie assure près de 5000 consultations externes par an pour lesquelles la BPCO représente plus de la moitié du recrutement. Les patients résidants dans le Cotentin ne bénéficient d'aucune prise en charge en réhabilitation respiratoire en centre faute de structure existante. Jusqu'en 2014, la région basse Normandie ne comportait aucun SSR de pneumologie. La première structure vient d'ouvrir au centre de rééducation fonctionnelle du Normandy à Granville.

Jusqu'à ce jour, les patients les plus motivés sont adressés au SSR de pneumologie de Plougonven (29) voire d'Osseja (66).

L'AIR de basse Normandie propose un réentraînement à l'effort individualisé à domicile supervisé par un APA en coordination avec le docteur A. Mouadil au CHU de Caen.

► Objectifs attendus de l'ouverture d'un SSR de pneumologie sur le site du centre hospitalier de Cherbourg :

Le SSR de pneumologie s'inscrit entre le service de courte durée et le retour à domicile et participe en cela à l'animation de la filière de prise en charge des maladies respiratoires chroniques et en particulier de la BPCO.

Le SSR de pneumologie a pour objectifs d'accueillir les patients atteints d'affections broncho-pulmonaires, avec un handicap respiratoire transitoire ou permanent, lorsque leur état ne nécessite plus le maintien en service aigu ou ne leur permet plus de rester à domicile, mais exige un traitement et une surveillance spécialisés avant leur retour à domicile. La réhabilitation respiratoire fait partie intégrante de la prise en charge thérapeutique de ces affections et plus particulièrement de la broncho pneumopathie chronique obstructive. Elle est mise en œuvre par une équipe multi disciplinaire selon un projet thérapeutique personnalisé élaboré avec le patient. Elle a pour objectifs d'améliorer sa qualité de vie, d'améliorer sa tolérance à l'effort, la dyspnée et donc le handicap physique. Elle associe une prise en charge psychologique, le sevrage tabagique si nécessaire. Enfin, elle a pour but de réduire les exacerbations et les hospitalisations.

La Société de pneumologie de langue française (SPLF) recommande que la réhabilitation respiratoire doit être proposée à tout patient atteint de BPCO et présentant une incapacité respiratoire ou un handicap respiratoire évaluables. Elle est particulièrement indiquée chez les patients qui présentent, malgré une prise en charge optimale de leur maladie : une dyspnée ou une intolérance à l'exercice (G1+), une réduction de leurs activités sociales en rapport avec l'altération de leur état de santé (G1+) (4)

Les exacerbations des BPCO constituent une cause fréquente d'hospitalisations (100000 séjours par an en France), elles représentent un coût important de prise en charge des patients BPCO (50% des dépenses de santé sont causées par les hospitalisations). Le coût moyen de la prise en charge de la BPCO est estimé à 4000 €/ an.

Les hospitalisations sont source de déconditionnement et entraînent une diminution de qualité de vie.

La mortalité hospitalière due à une exacerbation est estimée à 10% et de le risque de décès à 3 an est de 25 à 30% après une première hospitalisation pour ce motif. Le risque de réadmission est fréquent.

La réhabilitation respiratoire permet de réduire le risque de réadmission (risque relatif : 0.26 IC : 0.12 – 0.54) et diminue la mortalité (risque relatif 0.45 IC : 0.22 – 0.91) après hospitalisation pour exacerbation (10).

Les objectifs recherchés sont :

- La création d'une structure de soins inexistante sur l'ensemble de la région Basse Normandie.
- Amélioration de la prise en charge des maladies respiratoires chroniques et en particulier de la BPCO afin d'être en conformité avec les recommandations de GOLD (11) l'ATS / ERJ (12), SPLF (4) et de l'HAS quant à la prise en charge de la BPCO. (13)(14) (15) (16) (26) (27).

Cette ouverture doit répondre aux données épidémiologiques locales et régionales qui montrent une forte prévalence du tabagisme, de la mortalité par BPCO et par cancer broncho – pulmonaire sur l'arrondissement du Cotentin. Les données PMSI montrent que la zone de recrutement du centre hospitalier concerne quasi exclusivement le Cotentin. La restructuration du centre hospitalier du Cotentin se traduit par une réduction du nombre de lits d'hospitalisation complète au sein du service de pneumologie. De 45 lits d'hospitalisation complète jusqu'en 2008, puis 35 lits jusqu'en 2012, il ne restera que 20 lits en 2016.

L'amélioration de la prise en charge globale de la BPCO grâce à la réhabilitation respiratoire permettra de réduire :

- la part des hospitalisations imputables à cette pathologie.
- la durée des hospitalisations
- le taux de réadmissions.

Ces bénéfices auront un impact positif sur :

- la durée moyenne de séjour du service de pneumologie
- un moindre recours au service des urgences
- un moindre recours SSR polyvalent et gériatrique du site de Valognes, seules structures actuelles sollicitées par le service de pneumologie.

► Coordination et mission d'expertise :

Initialement, le SSR de pneumologie travaillera en coordination avec les services de pneumologie et de réanimation du centre hospitalier de Cherbourg, le service de chirurgie thoracique de la polyclinique du Cotentin, notre collègue pneumologue libérale ainsi que les médecins généralistes du Cotentin.

Aussi bien en amont qu'en aval de la prise en charge en SSR, la participation de l'hospitalisation à domicile sera sollicitée.

Secondairement, la coordination des soins s'étendra aux autres services de pneumologie des centres hospitaliers de la région Basse Normandie ainsi que le service de chirurgie thoracique

du CHU de Caen, aux pneumologues libéraux régionaux.

A terme, il sera nécessaire de sensibiliser et de former les médecins traitants, kinésithérapeutes et éducateurs sportifs avec option APA libéraux pour développer une prise en charge à domicile ayant pour objectif le maintien des acquis (17) (18) (26) (27).

► Population concernée (art.R6123-120)

• Adultes :

1. Des patients stabilisés au décours d'une hospitalisation d'un épisode aigu, ne pouvant pas bénéficier d'une réadaptation ambulatoire mais justifiant :
 - une prise en charge complexe et intensive multidisciplinaire associant soins infirmiers, kinésithérapie respiratoire et motrice
 - d'une poursuite de stabilisation des fonctions vitales au décours d'une prise en charge en court séjour (pneumologie, chirurgie thoracique)
 - une surveillance médicale ou d'un traitement médical important à cause de facteurs de comorbidités ou de risque clinique
 - une prise en charge psycho – sociale
2. des patients dont l'insuffisance respiratoire est responsable d'une aggravation significative du handicap respiratoire mettant en jeu le maintien à domicile.
3. les patients suivis en consultation externe et dont la pathologie respiratoire s'aggrave : majoration progressive de la dyspnée avec un impact sur leur activité physique responsable d'un déconditionnement musculaire (spirale de Young).

► Les pathologies prises en charge seront :

- les broncho - pneumopathies chroniques obstructives
- les asthmes difficiles
- bronchectasies
- réhabilitation pré – opératoire (chirurgie thoracique)
- les recommandations GOLD concernant la BPCO intègrent la réhabilitation respiratoire dès le stade 2 pour les BPCO : une prise en charge en hôpital de jour lui sera préférée.
- les syndromes restrictifs tels que les fibroses pulmonaires, les séquelles tuberculeuses ;
- le syndrome d'apnée du sommeil
- les complications respiratoires des obèses.

Quelle que soit la pathologie : mise en place et /ou adaptation de l'oxygénothérapie, de la ventilation non invasive (barométrique ou volumétrique), trachéotomie et ventilation invasive sur trachéotomie.

► L'admission

En vertu de l'article D.6124 – 177-5, se fera après étude d'une fiche de demande d'admission en SSR via le logiciel TRAJECTOIRE ou par courrier du médecin référent.

Sont accueillis les patients pour lesquels un projet thérapeutique aura été défini au préalable. Il doit comporter des objectifs de soins et de réadaptation personnalisés devant correspondre au projet thérapeutique et social du patient.

Cette évaluation préalable nécessite la rédaction d'une fiche de pré – admission médicale. Elle doit mentionner les résultats de l'évaluation qui a permis la décision d'orientation et les objectifs en terme de gain thérapeutique du séjour en SSR.

- l'évaluation préalable à l'admission doit comporter :
 - Vérification de l'absence de contre – indications absolues et relatives à l'entraînement à l'exercice (G1+) (1)
 - Renseignements administratifs sur le prescripteur de SSR

- Renseignements administratifs sur le patient
- Renseignements sur l'environnement social du patient
- Renseignements sur l'état du patient : état somatique, capacités fonctionnelles, appareillage, communication, compréhension, état psychologique, ATCD et comorbidités.
- Contenu de la prescription médicale de SSR : pathologies, ressources requises, objectifs de réadaptation, date d'intervention chirurgicale ...
- Traitement médicamenteux en cours
- Soins paramédicaux et/ou médicaux spécifiques : ventilation non invasive, PPC, trachéotomie, oxygénothérapie, aérosolthérapie....

- les examens complémentaires nécessaires suivants :
 - EFR de repos (pléthysmographie et DLCO)
 - Gazométrie artérielle en air ambiant, sous oxygénothérapie, sous VNI éventuellement
 - Test de marche de 6 mn en air ambiant, sous oxygène si c'est le cas ...
 - Consultation cardiologique en vue d'une réadaptation à l'effort, ECG et échographie cardiaque
 - Selon le contexte, épreuve d'effort cardiologique : facteurs de risque cardiologiques, cardiopathie ischémique.
 - Saturométrie nocturne et au mieux une polygraphie ventilatoire.
 - Radio de thorax

LITS EN SSR



► Capacité prévisionnelle

Le SSR comportera 20 lits en hospitalisation complète et 5 lits en hôpital de jour. Même s'ils présentent des intérêts différents, il a été montré une efficacité comparable de la prise en charge en hospitalisation complète ou hôpital de jour.(17) (19) (20) (21) (22).

Intérêts des lits d'hospitalisation complète :

- équipe multidisciplinaire
- soutien psychologique et diététiques facilités
- réévaluation possible en cours de stage
- intensité du programme
- potentialisation par l'émulation de groupe
- mise en place et/ou adaptation de la ventilation non invasive et de l'oxygénothérapie
- prise en charge des comorbidités
- recherche clinique
- s'adresse aux patients éloignés du centre hospitalier (supérieur à 50 km)

Intérêts des lits d'hospitalisation de jour :

- patient ne voulant pas ou ne pouvant pas s'éloigner de son cadre de vie
- raisons professionnelles ou familiales
- raisons médicales (polyopathologies avec nombreuses consultations)
- s'adresse aux patients proches du centre hospitalier.
- service situé au 5^e étage du centre hospitalier du Cotentin
- il est situé à proximité du service de pneumologie avec son plateau technique et du service de réanimation ainsi que du service de radiologie.

► Élaboration du projet thérapeutique (art D6124-177 -1)

Durée de la prise en charge : Les patients sont pris en charge durant 4 semaines en hospitalisation complète, jusqu'à 10 semaines à raison de 2 à 3 jours par semaine en hôpital de jour. Le programme de réadaptation se déroule sur 5 heures par jours 5 jours par semaine. Le programme de réadaptation est encadré par un bilan initial et final. Il est établi par l'équipe pluridisciplinaire après une évaluation initiale qui tient compte des spécificités de

chaque patient. Une réunion de synthèse multidisciplinaire hebdomadaire permet d'apprécier l'évolution des objectifs fixés.

- Évaluation initiale :** Cette évaluation permet de définir le degré de sévérité de la maladie par l'évaluation des déficiences, de l'incapacité fonctionnelle et du désavantage psycho – social :
- évaluation médicale (histoire de la maladie, comorbidités, limitations ostéo – articulaires, vérification de l'absence de contre – indications au réentraînement à l'effort, traitements).
 - évaluation de la motivation du patient et des facteurs de risque de mauvaise compliance au programme
 - évaluation de la fonction respiratoire :
 - Dyspnée : échelles de Sadoul, MMRC, Borg
 - Explorations fonctionnelles respiratoires avec pléthysmographie, test de réversibilité, diffusion.
 - Gaz du sang de repos
 - Test de marche de 6 mn
 - Exploration fonctionnelle à l'effort avec étude des échanges gazeux, évaluation de la force musculaire
 - Quadriceps : dynamomètre
 - Pi et Pe max
 - calcul de l'indice de BODE
 - évaluation nutritionnelle avec impédancemétrie, évolution du poids sur les 6 derniers mois, albuminémie et préalbuminémie.
 - évaluation psychologique (score HAD)
 - évaluation du tabagisme
 - évaluation de la qualité de vie : questionnaire de saint Georges, VQ11
 - évaluation des activités de la vie quotidienne
 - réalisation d'un diagnostic éducatif.

Programme personnalisé de réadaptation :

- pratiques thérapeutiques mises en œuvre (art D6124 -177 – 34). Mise en place, adaptation et éducation :
 - de l'oxygénothérapie
 - de la ventilation non invasive
- entraînement aérobie ou d'endurance
 Fréquence et durée : trente à quarante cinq minutes à raison de 5 séances par semaine.
 Intensité : basée sur la fréquence cardiaque plateau des 3 dernières minutes du test de marche, soit la fréquence cardiaque cible au seuil ventilatoire (SV1) déterminé par l'exploration fonctionnelle d'effort.
 Soit travail en fractionné : 5 mn d'échauffement, 3 séances de travail de 10 mn, encadrées de temps de récupération de 5 mn et une phase finale de 3 mn de repos.
 Soit en plateau : 5 mn d'échauffement puis au moins vingt minutes à 60% de la puissance maximale puis 5 mn de récupération.
 Moyen : tapis de marche, cycloergomètre
 Surveillance : par masseur kinésithérapeute
 De la SpO₂, de la fréquence cardiaque, de la dyspnée.
 Adaptation d'une éventuelle prescription d'une oxygénothérapie d'effort
 Adaptation d'une éventuelle VNI à l'effort.
- renforcement musculaire membres inférieurs, supérieurs et respiratoires
 Fréquence et durée : membres : trois à cinq séances par semaine d'une durée de 20 mn
 Muscles respiratoires : 2 séances quotidiennes de 10 inspirations répétées trois fois
 Moyen : banc de musculation, ergomètre à bras, powerbreathe
 Surveillance : par masseur kinésithérapeute

- kinésithérapie respiratoire
Drainage bronchique
Ré - expansion pleuro – pulmonaire
Contrôle ventilatoire et postural, spirométrie incitative.
Séance individuelle une fois par jour.

- activités physiques adaptées à la vie quotidienne
Sous la direction d'un APA, à la fréquence d'une fois par jour :
Gymnastique de groupe
Ergomotricité
Jeux de ballon
Assouplissement, étirement.

- éducation thérapeutique (équipe pluridisciplinaire)
Diagnostic éducatif réalisé lors du bilan initial
Définition d'un programme personnalisé du patient
Séances d'ETP individuelle ou collective
Synthèse et évaluation des compétences acquises en fin de séjour : bilan final.
Les items suivants sont abordés : description et compréhension de la maladie, des symptômes. Comprendre l'intérêt des traitements et de leur bon usage. Comprendre l'intérêt du sevrage tabagique et connaître les modalités d'aide à l'arrêt du tabac ; savoir reconnaître les symptômes annonciateurs d'exacerbation et la conduite à tenir ; savoir quand joindre son médecin traitant, son pneumologue ou les services d'urgence ; choisir et mettre en place des activités physiques quotidiennes adaptées, connaître et évaluer les bénéfices escomptés de l'activité quotidienne.

- prise en charge nutritionnelle
Évaluation initiale par impédancemétrie et MNA test, poids et historique du poids
Évaluation des apports alimentaires par une diététicienne à partir d'une fiche d'alimentation sur 3 jours et adaptation des apports caloriques et protidiques

- prise en charge sociale
Évaluation des besoins du patient avec assistante sociale et l'entourage, organisation du retour à domicile avec mise en place d'aide si nécessaire

- évaluation des activités de la vie quotidienne
Intervention d'une ergothérapeute une fois au cours du séjour et puis selon les besoins du patient.

- prise en charge psychologique
Une fois au moins au cours du séjour et selon les besoins et de la nécessité de suivi

- prise en charge en tabacologie
Le service acceptera des patients fumeurs qu'ils soient motivés ou non à arrêter de fumer.

Évaluation finale :

- évaluation de la tolérance à l'effort et de l'endurance
- épreuve fonctionnelle à l'exercice avec étude des échanges gazeux, test de marche de 6mn.
- mesure des Pi et Pemax
- évaluation qualité de vie
- questionnaire de saint Georges, VQ11
- évaluation de la force musculaire
- par mesure au dynamomètre
- évaluation de la dyspnée
- échelle de Sadoul, MMRC
- adaptation des traitements
- évaluation des compétences acquises au cours du stage par l'équipe multidisciplinaire.

- Explorations fonctionnelles de repos associées si nécessaire
- Bilan éducatif, nutritionnel et psycho – social, test HAD
- évaluation de l'efficacité des appareillages mise en place ou adaptés au cours du stage :
 - test de marche de 6 mn avec ou sans oxygène, selon le matériel dispensant l'oxygène (concentrateur portable à débit continu ou pulsé, liquide) afin de d'établir le débit d'oxygène à l'effort. Contrôle par saturométrie nocturne et / ou capnographie la PPC ou la VNI. Si nécessaire, polygraphie de contrôle sous PPC.
- élaboration programme personnel du maintien des acquis, relai hôpital de jours SSR de pneumologie, kinésithérapeute personnel, APA libéral.

► Continuité des soins (art D 6124 - 1477 - 4)

La nuit, la continuité des soins est assurée par une IDE, interne de garde des urgences, En cas de complication, le patient peut être, sur le même site, pris en charge par le service de pneumologie voire le service de réanimation polyvalente. L'ensemble du plateau technique pneumologique est immédiatement disponible (Endoscopie, drainage, ventilation,...) (art D6124 – 177 – 35)

Dans ce cas de figure, la prise en charge est assurée par un pneumologue d'astreinte et/ou un réanimateur de garde. Week-end et jours fériés :

- Présence d'un médecin le samedi matin
- Astreinte opérationnelle couplée avec le service de pneumologie pour le reste du week-end et jours fériés.
- Un kinésithérapeute disponible sur l'établissement le week-end et jours fériés.

► Quelles ressources humaines nécessaires à l'ouverture du SSR de pneumologie ? (23)

Les compétences médicales (art D 6124 – 177 – 3 et D 6124 6 177 – 1 – II)
 L'ouverture du SSR de pneumologie nécessite le recrutement et la formation en réhabilitation respiratoire de deux médecins équivalents temps plein de spécialité pneumologique et de médecine physique et réadaptation (art D6124 – 177 – 3 et D6124- 177 1 – II)
 Le docteur LE MOEL Gabriel est en cours de formation au DIU de réhabilitation respiratoire du grand ouest : pneumologue coordonnateur (art D 6124 – 177 – 32 et art D 6124 – 177 – 2)

Terrain de stage pour les internes en médecine :

- interne de spécialité de pneumologie
- interne de rééducation fonctionnelle
- interne de médecine générale.

► Compétence pluridisciplinaire paramédicale (art D 6124 - 177 - 33 et art D 6124 - 177 - 1)

Un cadre de santé :

Les infirmières devront avoir une expérience en pneumologie et être formées à l'éducation thérapeutique. (24) (25) (18)

Ce personnel devra être formé à la prise en charge de l'urgence respiratoire prévue à l'article D.6124-177-35, à la gestion des soins spécifiques de l'insuffisance respiratoire sévère (oxygénothérapie, aspirations bronchiques, administration d'aérosols, de gaz du sang, manipulations de ventilations non invasive ainsi que de soins de trachéotomie).

Masseurs - Kinésithérapeutes (3 équivalents temps plein)

(art D 6124 – 177 – 33 et D 6124 – 177 – 34)

Formés en réhabilitation respiratoire

Vacations de (accès à d'autres compétences)

(art D6124 – 177 – 3 et D 6124 – 177 – 1 – II)

Tabacologue : Mme Emmanuelle Carretoy, infirmière dans le service de pneumologie, formée

en éducation thérapeutique
Diététicien : Monsieur Franck Marie, formé en éducation thérapeutique
Psychologue : Mme Maguy Vrignaud
Assistante sociale : Mme Claudie Lecardonnel
Educateurs sportifs option APA
Ergothérapeute : Monsieur Jean-Yves Guivarch
Secrétaire

► Quels moyens immobiliers et matériels sont nécessaires à l'ouverture du SSR de pneumologie ?

1-Les moyens matériels (art D.6124-177-7)

La structure de SSR doit comporter les matériels suivants :

- disposition des équipements permettant les gestes d'urgence et de réanimation (art D6124 – 177 – 35)
- l'intubation trachéale.
- matériels d'aspiration, de nébulisation de bronchodilatateurs, d'oxygénothérapie (art D 6124 - 177 - 34), de ventilation non invasive (art D 6124 – 177 – 34)
- la surveillance de la saturation
- accès à une unité de réanimation (sur site de Cherbourg) (art D 6124 – 177 – 35)
- accès au plateau technique d'explorations pneumologiques (art D6124 – 177 – 36)
- radiologie thoracique (service de radiologie du CH) (art D 6124 – 177 – 8)
- explorations fonctionnelles respiratoires de repos (pléthysmographie service de pneumologie)
- explorations fonctionnelles à l'effort (matériel à acquérir en prévision de l'ouverture du SSR)
- fibroscopie bronchique (service de pneumologie ; site de Cherbourg)
- mesure des gaz du sang (matériel devant être acquis en prévision de l'ouverture du SSR).

Matériels de réentraînement à l'effort : (matériels à acquérir en vue de l'ouverture du SSR) (art D 6124 – 177 – 7) :

- cycloergomètres : 4
- tapis de marche avec accoudoir : 3

Les deux premiers matériels doivent chacun comporter une surveillance par un saturomètre et fréquence mètre (Nellcor)

- banc de musculation : 2
- cycloergomètre à bras : 1
- stepper : 3
- rameur : 2
- powerbreathe (réentraînement des muscles respiratoires) 1 par patient et par séjour.
- appareils d'électrostimulation : 3

La salle de soin devra comporter :

- 1 appareil à ECG,
- 2 dynamap,
- 1 chariot d'urgence permettant l'intubation trachéale, (art D 6124 – 177 – 35)
- Un appareil de ventilation non invasive et masques (matériel fourni par prestataire)
- nébulisation de bronchodilatateur,
- oxygénothérapie nasale et au masque à haute concentration
- la surveillance de la saturation en oxygène.
- appareil de mesure de la saturation en continu : 2 (à acquérir avant l'ouverture du SSR)
- polygraphe ventilatoire : 1 (à acquérir avant ouverture du SSR)

Les recommandations de la SPLF stipulent que l'évaluation initiale en réhabilitation respiratoire doit comporter (4) : (à acquérir avant l'ouverture du SSR)

- un dynamomètre (microfit2) pour l'estimation de la force et de l'endurance musculaire
- une impédancemétrie pour l'estimation de l'état nutritionnel
- mesure de Pimax et Pemax pour la mesure de la force musculaire inspiratoire et expiratoire avec embouts à usage unique

2. Locaux nécessaires à l'ouverture du SSR de pneumologie

- chambres seules (20) comportant chacune les fluides médicaux muraux.
- espaces toilettes et WC dans chaque chambre.
- salle à manger commune
- salle de soin
- une salle de consultation médicale
- une de consultation paramédicale :
 - entretien personnel éducation thérapeutique,
 - diététicien,
 - psychologue,
 - assistante sociale,
 - tabacologue.
- une salle de sport comportant :
 - les cycloergomètres,
 - tapis de marche,
 - rameurs,
 - stepper,
 - bancs de musculation,
 - oxygénothérapie murale pour chacun des cycloergomètres
 - des tapis de marche accompagnés d'un oxymètre de pouls à chaque poste.(art D 6124 - 177 - 36)
- une salle de gymnastique :
 - jeu de ballons,
 - éducation aux activités de la vie quotidienne,
 - entretiens éducatifs en groupe avec plusieurs sources d'oxygène mural.
 - espace nécessaire aux drainage bronchique et aux massages (salle de kiné) (art D 6124 - 177 - 36)
- local réservé au stockage des cuves d'oxygène liquide. Celles-ci permettent le réapprovisionnement des portables d'oxygène liquide nécessaires à la déambulation et à une partie des activités.

► Conclusion

Le projet d'ouverture d'un service de soins suite et de réadaptation de pneumologie au centre hospitalier de Cherbourg répond aux besoins d'assurer une meilleure prise en charge des maladies respiratoires chroniques, et en particulier de la BPCO, dans le Cotentin. Les données épidémiologiques mettent en évidence une forte prévalence du tabagisme et de la mortalité par BPCO qui témoignent de l'insuffisance actuelle de la maîtrise de cette pathologie.

Recommandée par les instances scientifiques internationales et nationales, la réhabilitation respiratoire permet d'assurer une meilleure qualité de vie aux patients BPCO mais aussi de réduire les coûts de santé générés par cette pathologie.

Structure inexistante à ce jour, l'ouverture de ce SSR pneumologie au sein du centre hospitalier de Cherbourg nécessite au préalable un investissement humain et matériel afin d'assurer une prise en charge optimale des patients du Cotentin mais aussi de la région Basse Normandie.

BIBLIOGRAPHIE :

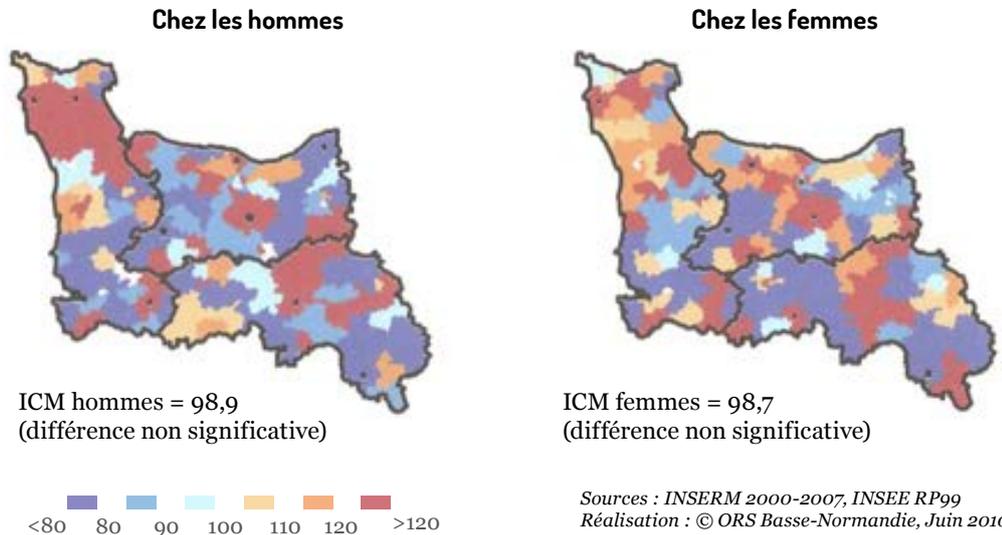
- (1) Décrets n°2008- 378 et décrets 2008 – 377 du 17 avril 2008
- (2) Circulaire DHOS /01 n°2008-305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets n°2008 -377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité des soins de suite et de réadaptation.
- (3) Furhman C death from chronic obstructive pulmonary diseases in France 1979 -2002 thorax 2006 ;61(11).930-4
- (4) Recommandations de la société de pneumologie de langue française sur la prise en charge de la BPCO 2010 27 supplément 1
- (5) Lemoigne F., Desplans J, lonsdorfer E., lonsdorfer J, mittre C, perruchini JM, stratégies de la réhabilitation respiratoire. rev. Mal. Respir. 2005 ;22 : 7s100-7s111
- (6) GOLD : global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD – mise à jour décembre 2011
- (7) Furhman C rev mal respir 2010
- (8) Observatoire régional de la santé. ORS – INSERM 2000 – 2007 / recensement général de la population en 1999.
- (9) atlas de la santé de la région basse normandie ARS
- (10) Puhan MA, scharplatz M, troosters T, steurer J. respiratory rehabilitation after acute exacerbation of COPD may reduce risk for readmission and mortality. a systemic review. Respir Res 2005;6:54
- (11) GOLD Global initiative for chronique obstructive lung diseases. upated 2009, available from : [http:// www.goldcopd.com](http://www.goldcopd.com)
- (12) An official american thoracic society / european respiratory society statement : key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. juin 2013
- (13) guide du parcours de soin. bronchopneumopathie chronique obstructive. HAS juin 2014
- (14) comment prévenir les ré- hospitalisations après une exacerbation de BPCO. HAS mai 2014. www.has-santé.fr
- (15) Jebrak. Initiative BPCO ; rev mal respir 2010 ;27(1) :11 – 8
- (16) comment mettre en oeuvre la réhabilitation respiratoire pour les patients ayant une bronchopeumopathie chronique obstructive ? HAS Juin 2014
- (17) Troosters et al. Am J Med 2000 ;109 :207-12
- (18) décret n°2010 – 906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient. Journal officiel ; 4 août 2010.
- (19) Vallet et al. ERJ 1997 ;10 :1114-22
- (20) Debigaré et al. Cardiopulm rehabil 1999 ;19 :235-41
- (21) Préfaut et al. human kinetics 2000 ; 15 :177-86
- (22) Griffiths et al. Lancet 2000;355:362-8
- (23) guide du parcours de soins. BPCO. HAS Juin 2014
- (24) recommandations HAS. éducation thérapeutique du patient. définitions, finalités et organisation. juin 2007
- (25) code de la santé publique, articles L.1161- 1 à L.116 – 6
- (26) guide du parcours de soin. bronchopneumopathie chronique obstructive. HAS juin 2014
- (27) comment prévenir les ré- hospitalisations après une exacerbation de BPCO. HAS mai 2014. www.has-santé.fr

X.B. Mortalité par Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)

Indice comparatif de mortalité par BPCO à l'échelle des cantons de Basse-Normandie

Nombre moyen de décès par an sur la période 2000-2007 : 248

ICM Basse-Normandie (hommes et femmes) = 97,7 (différence non significative)



1.8. Hospitalisation à domicile

1.8.1. Préambule :

L'hospitalisation A Domicile est une hospitalisation à part entière qui concerne les malades de tous âges atteints de pathologies graves aiguës ou chroniques, souvent évolutives et/ou instables. En l'absence de cette structure, ces patients seraient hospitalisés en établissement de santé traditionnel.

Ce projet a pour ambition de prendre en considération la situation de notre établissement, et de négocier le « virage ambulatoire » demandé par l'ARS dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé : redimensionnement - à la baisse - des lits d'hospitalisation conventionnelle, développement des conventions, parcours des patients ayant des pathologies chroniques (« le bon soin, au bon moment, au bon endroit, par le bon professionnel »).

L'Augmentation de l'activité des HAD ne doit pas être au détriment de la qualité des soins apportés.

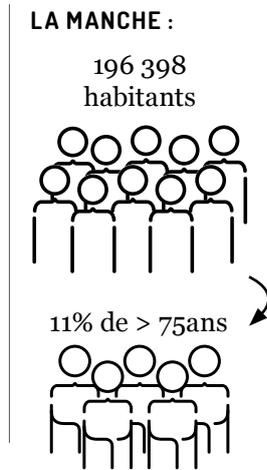
Le souhait d'accroître l'activité des HAD amène à se questionner sur les modes de prise en charge qui cadrent l'activité mais qui sont également trop restrictifs privant ainsi les patients de soins qui pourraient relever d'une hospitalisation à domicile.

Cette dimension quantitative ne doit pas se faire au détriment de la qualité des soins qui doit rester le cœur de notre métier. L'exigence de qualité des soins risque d'être mise à mal au vue des pathologies de plus en plus complexes dans le contexte démographique des professionnels de ville, de moins en moins disponibles. La question des missions du médecin coordonnateur doit être discutée.

Cette évolution ne pourra se faire sans repenser les modalités de financement de l'activité des HAD. En effet, la tarification actuelle ne correspond pas toujours aux ressources investies (exemple : chimiothérapie à domicile).

La DGOS, en lien avec la circulaire de Décembre 2013, et les récentes communications de la FHF, en demandant aux directeurs des établissements de santé de soutenir les projets de développement des HAD, permettent d'espérer.

1.8.2. Situation démographique :



Le bassin de population du Nord Cotentin compte 196 398 habitants (INSEE 2012) sur 10 cantons : Bricquebec, Cherbourg-Octeville 1, Cherbourg-Octeville 2, Cherbourg-Octeville 3, Équeurdreville-Hainneville, La Hague, Les Pieux, Turlaville, Valognes et Val-de-Saire.

Cette population a un vieillissement plus important que le territoire national. La France compte 8% de personnes de 75 ans et plus, 11 % pour la Manche (10,7 % en Basse Normandie).

Ce vieillissement s'accompagne d'un accroissement des pathologies chroniques, en particulier neuro-vasculaires et carcinologiques avec comme corollaire une entrée dans la dépendance.

Ainsi, l'Hospitalisation A Domicile, du fait de ses missions de prise en charge de soins complexes, continus et de rééducation, doit pouvoir conforter son action.

La DGOS fixe dans sa circulaire du 4 décembre 2013 un dimensionnement des HAD de 30-35 lits pour 100 000 habitants avec un minimum de 9000 journées/an.

1.8.3. Présentation du service :

Ce service doit répondre aux contraintes imposées par le domicile sans négliger les impératifs de qualité et de sécurité des soins incombant à tout établissement de santé.

L'hospitalisation A Domicile du CHPC :

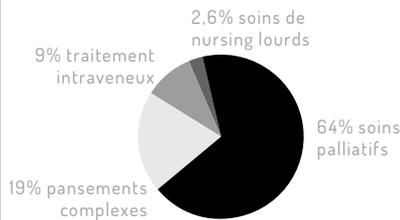
- locaux situés sur le site de Cherbourg
- autorisation de 50 lits
- le ratio de personnels doit être révisable en fonction de l'activité : médecin coordonnateur, cadre de santé, infirmière coordinatrice, IDE et AS, secrétaires.
- partenaires : temps d'assistante sociale, diététicienne, ergothérapeute, Equipe Mobile d'Accompagnement Soins Palliatifs.
- un prestataire de service pour le matériel médical est choisi par la direction, après appel d'offres, pour une durée de 3 ans.

Les modes de prises en charge (MP) à domicile, en établissements sociaux et médico-sociaux sont au nombre de 23 (ATIH 2014):

- assistance respiratoire
- nutrition parentérale
- traitement intraveineux
- soins palliatifs
- chimiothérapie anticancéreuse
- nutrition entérale
- PEC de la douleur
- autres traitements
- pansements complexes et soins spécifiques
- post traitement chirurgical*
- rééducation orthopédique
- rééducation neurologique
- surveillance post chimiothérapie*
- soins de nursing lourds
- éducation du patient /entourage*
- radiothérapie*
- transfusion sanguine
- surveillance de grossesse à risque*
- post partum physiologique*

- post partum pathologique*
 - PEC du nouveau-né*
 - surveillance d'aplasie
 - PEC psychologique et/ou social*
- * : MP exclu en EHPAD

MODE DE PRISE EN CHARGE



En 2014 les modes de prise en charge principaux (MPP) étaient :

- soins palliatifs pour 64 % des séjours
- pansements complexes pour 19 %
- traitement intraveineux pour 9 %
- soins de nursing lourds pour 2,6 %

1.8.4. Organisation du service :

► L'admission en HAD :

L'admission se fait sur prescription médicale avec l'accord du médecin traitant (s'il n'est pas le demandeur) et du médecin coordonnateur après une évaluation médicale, paramédicale et sociale. Lorsque l'admission est validée (maximum 72 h. après la demande) un courrier d'entrée précisant la pathologie en cours et les objectifs de soins (Plan Personnalisé de Soins - PPS - défini par le médecin coordonnateur) est adressé au médecin traitant. De même, une «fiche de liaison d'urgence» concernant le patient est envoyée au SAMU 50 et à SOS médecins.

Un «Dossier domicile» contenant, entre autres, le règlement intérieur du service ainsi que les numéros de téléphones utiles sont remis au patient le jour de son admission. Les modalités de fonctionnement du service sont réexpliquées.

► Le séjour en Hospitalisation A Domicile :

Un tableau de service en HAD est établi. Il organise la permanence des soins avec un service d'astreinte d'un IDE par nuit (21H – 7H). De 7h à 21h, les IDE en poste prennent en compte les appels d'urgence.

En cas d'urgence, une procédure d'appel est organisée et des protocoles de conduite à tenir sont à disposition des IDE de l'HAD.

Un accord existe entre les services demandeurs et l'HAD. Dans le cas d'un maintien à domicile difficile, l'HAD sollicite dans un premier temps le service demandeur pour un retour en hospitalisation intra-muros.

Si cette prise en charge n'est pas possible, un autre service d'accueil est sollicité, à défaut le patient est adressé aux urgences. Dans tous les cas, le transport est organisé par l'HAD

Le médecin coordonnateur anime le staff hebdomadaire, pluridisciplinaire, au cours duquel est réévalué le PPS. Il contribue, par la mise en place de procédures formalisées, à l'échange d'informations nécessaires à une prise en charge globale du patient.

Le médecin coordonnateur est autorisé à prescrire lorsque le médecin traitant n'est pas en mesure d'assurer la continuité des soins dans les conditions de délais requis par l'évolution de la situation du patient.

► Fin de séjour :

La fin du séjour est arrêtée par le médecin coordonnateur après concertation avec le médecin traitant et autres référents médicaux. L'avis de l'équipe de soins est pris en compte.

Un compte rendu d'hospitalisation est rédigé par le médecin coordonnateur.

Le relais avec les professionnels libéraux paramédicaux, les services de soins à domicile est organisé par l'infirmière coordinatrice.

Formalisation des partenariats par conventions :

- médecin traitant
- IDE libérales
- kinésithérapeutes libéraux
- structures médico-sociales et sociales
- sages-femmes libérales

1.8.5. Les projets :

Pour qu'ils aboutissent, il faut qu'il y ait souhait de travailler ensemble, compréhension de l'objectif, confiance, consensus sur les objectifs à atteindre et des valeurs communes.

Un accompagnement par les tutelles est indispensable afin de rappeler nos missions auprès des praticiens libéraux et hospitaliers.

L'hospitalisation A Domicile fait partie du pôle mère-enfant. Le projet gynéco-obstétrique étant finalisé, un changement de pôle est à envisager afin de poursuivre notre développement. Le pôle C (services de chirurgie, oncologie et radiothérapie, pneumologie, gastro-entérologie) semble être le plus adapté au vue de notre activité mais aussi pour mutualiser les professions paramédicales.

► Recrutement via les établissements de soins :

Conforter l'activité de mutation et transfert MCO-SSR. Un rapprochement avec les établissements de santé du territoire doit être favorisé par une meilleure communication. Au sein du CHPC, nous devons pouvoir augmenter certaines prises en charge, en particulier le «Post traitement chirurgical» (en 2014, cette activité n'a représenté que 2 % des modes de prise en charge principaux) ; antibiothérapie (recrutement par l'établissement d'un PH infectiologue ; la rééducation/réadaptation (cf ci-après). Le développement de certaines techniques doit être encouragées (expl : pose de cathéter péri-nerveux).

► Améliorer le taux d'admissions directes à la demande du médecin traitant :

Dans certaines situations médicales, le passage par l'hospitalisation conventionnelle peut être inappropriée voire source d'aggravation de la dépendance notamment pour la population gériatrique fragile. En 2014, le taux d'admissions directes (dont les EHPAD) n'était que de 5,78% (32 % au niveau national – FNEHAD 2013), quasi exclusivement pour des patients en fin de vie.

Ce mode de prise en charge doit être conforté tout en communiquant sur les autres missions de l'HAD, principalement :

- pansements complexes
- antibiothérapie IV
- insuffisance cardiaque ou respiratoire
- PEC de la douleur
- EHPAD (objectif national de 15 %). Pour les résidents en fin de vie, la permanence de soins 24h/24 permet d'éviter des hospitalisations inappropriées. Les soins longs et complexes nécessitant des médicaments et/ou du matériel spécifique (pansements, pompe type PCA, médicaments à usage hospitalier) sont des modes de prises en charge à développer.
- conventionnement avec les SSIAD pour les patients ayant des pathologies médico-psychologiques complexes.
- Etc...

Les principaux freins au développement :

- méconnaissance des médecins traitants du fonctionnement de l'HAD (possibilités d'entrée directe, rôle mal défini du MT)
- crainte d'une activité chronophage
- crainte de la perte du rôle décisionnel du médecin

- crainte de ne pas être au niveau des compétences requises supposées
Des rencontres de terrain entre médecin traitant et médecin coordonnateur doivent être systématisées.

► Chimiothérapie sous cutanée ou intra veineuse à domicile – parcours du patient :

- plusieurs réunions entre les services d'oncologie, HAD, PUI et médecins généralistes ont été tenues de 2009 à 2011. Bien qu'aucune réglementation ne détermine les anticancéreux administrables à domicile, un choix consensuel avait été décidé, en ciblant dans un premier temps, 3 molécules (VELCADE, HERCEPTIN, GEMZAR). La procédure de prise en charge a été écrite, les missions des professionnels ont été définies, leur formation envisagée. Les principaux freins au développement du projet ont été la sous valorisation financière en comparaison aux HDJ d'oncologie, la réticence des médecins généralistes quant au « feu vert » (compétences), et celle des centres d'oncologie régionaux.

En Janvier 2015, la HAS publie un rapport : « Conditions du développement de la chimiothérapie en hospitalisation à domicile : analyse économique et organisationnelle ». À la lecture de celui-ci, la chimiothérapie en HAD reste très consommatrice de personnels, de temps de coordination, pour une valorisation pas toujours à la hauteur de l'investissement. Le médecin coordonnateur doit pouvoir être contacté 24h/24 et 7j/7. Enfin, la question d'un « forfait d'externalisation HAD » posée par la HAS est reprise par la FNEHAD.
Malgré toutes ces questions, la DGOS souhaite développer cette activité.

- en dehors de la chimiothérapie, l'ARS souhaite que soit considéré le parcours du patient cancéreux. Du post-opératoire à la surveillance post-chimiothérapique en passant par les pansements complexes et les soins palliatifs. Au vu de ces recommandations et des nombreuses questions en suspens, il est souhaitable de relancer le projet local en y associant le DIM et de mieux communiquer avec les services autorisés en cancérologie.

► Admission via une structure d'urgence :

La réactivité de l'HAD doit pouvoir prendre en charge des patients, après leur passage aux urgences ou en UHCD afin d'optimiser les hospitalisations conventionnelles et de limiter certaines ré-hospitalisations.

Les pathologies concernées recoupent celles pouvant justifier d'une demande directe du médecin traitant, mais aussi la traumatologie.

► Réadaptation/rééducation en HAD :

L'objectif est de permettre pour certains patients une prise en charge en MPR « hors les murs » avec un projet thérapeutique d'amélioration fonctionnel défini par le médecin rééducateur, le médecin demandeur d'une HAD et le médecin coordonnateur.

En dehors des soignants de l'HAD, les rééducateurs (ergothérapeutes, kinésithérapeutes et psychomotriciens dont le nombre devra être conforté) doivent dépendre du CHPC sans pour autant dénoncer la convention avec les kinésithérapeutes libéraux (pour les secteurs géographiquement éloignés). Ils devront se conformer au plan de soins prescrit par le médecin rééducateur.

Plusieurs intérêts à cette prise en charge :

- réadaptation dans le cadre de vie du patient (évaluation de l'environnement domestique, resocialisation, motivation du patient, rôle d'éducation de l'entourage familial)
- réinsertion des patients en fin de réadaptation à l'issue d'un séjour en SSR (pathologies neurologiques, orthopédiques, désadaptation psychomotrice)
- rééducation/réadaptation dans le cadre de la filière neuro-vasculaire avec éventuelle réorientation vers un service SSR ou CRF.
- rééducation/réadaptation pour patients ayant des handicaps locomoteurs ou neurologiques importants.

- patients hospitalisés en court séjour en attente de place en SSR ou CRF, dans le mesure ou l'environnement familial le permet.

Malheureusement, les modes de prise en charge sont parfois trop restrictifs, limitant les projets de développement de l'activité.

Des rencontres ont déjà eues lieu avec les services de MPR et de neurologie de l'établissement en 2009-2010. Elles doivent être réactivées.

► Évaluation gériatrique en situation « écologique » ?

Le nombre de patients de 75 ans et plus pris en charge en HAD est en augmentation régulière. En 2010 cette population représentait 29 % des séjours, 35 % en 2013 et 38 % en 2014.

En raison de l'aspect multidisciplinaire et coordonné, l'HAD pourrait proposer des évaluations gériatriques globales dans le lieu de vie des patients en y associant le médecin traitant.

Ce projet correspond aux souhaits de la DGOS de développer la polyvalence, diversifier l'activité, notamment en direction des personnes âgées (évolution démographique oblige). Toutefois, il n'existe pas de codage pouvant permettre cette activité. Des expérimentations régionales pourraient être développées. Malheureusement non encouragées par l'ARS.

► Médecin coordonnateur = médecin référent ?

Compte tenu de l'évolution démographique de la médecine ambulatoire, des exigences de qualité de plus en plus importante et des pathologies de plus en plus lourdes, il y a nécessité de réévaluer les missions du médecin coordonnateur.

D'autre part, les textes législatifs sont en relative contradiction :

- « L'hospitalisation à domicile ne peut se réaliser qu'avec l'accord du médecin traitant, au vu du projet thérapeutique, car il est le pivot de la prise en charge à domicile, il est responsable du suivi du malade, qu'il soit ou non prescripteur de l'HAD ».
- « Le médecin coordonnateur, en tant qu'unique référent médical de la structure HAD, est responsable de la prise en charge globale du patient, du point de vue médical et administratif ».

Quid de la responsabilité médicale d'un praticien qui n'est pas le référent du patient.

Par conséquent, la place de ces deux professionnels dans la prise en charge des patients reste confuse. Cette multiplicité d'intervenants et le « Qui fait quoi ? » explique, en partie, les problèmes de communication régulièrement mis en évidence. Cette dimension est retrouvée dans certains questionnaires de sorties. Les problématiques citées pourraient justifier la prise en charge médicale du patient par le médecin coordonnateur, PH, avec l'accord du médecin traitant. Ce dernier prendrait alors la place d'expert du fait de ses connaissances de l'histoire du patient (histoire médicale, histoire de vie et environnement social).

1.8.6. Les indicateurs annuels de suivi :

- modes d'entrées/sorties
- nombre de journées réalisées
- nombre de séjours
- nombre de patients
- DMS
- répartition des modes de prise en charge
- dépendance des patients: indice de Karnofsky (IK)

2. Pôle F – Femme - Enfant

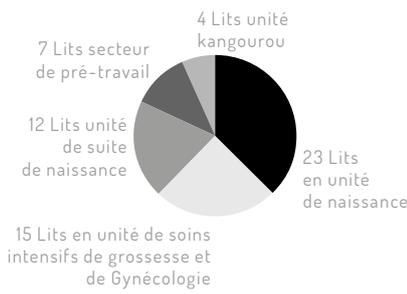


2.1. Gynécologie et obstétrique

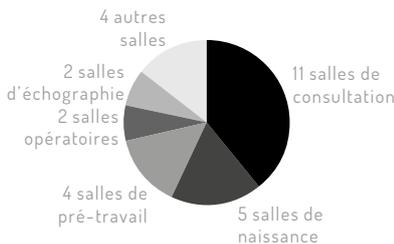
2.1.1. Présentation du service :

► Site de Cherbourg

SERVICE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE – 44 lits



SERVICE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE – 28 salles

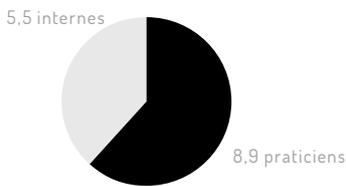


Le service de Gynécologie Obstétrique est constitué :

- d'une unité de suites de naissances (3ème étage) : 23 lits : 11 chambres individuelles et 6 chambres doubles
- d'une unité kangourou (3ème étage) : 4 lits : 2 chambres individuelles et 1 chambre double
- d'une unité de suites de naissance (4ème étage) : 12 lits : 2 chambres doubles et 8 chambres individuelles
- d'une unité de soins intensifs de grossesse et de Gynécologie (4ème étage) : 15 lits : 5 lits de gynécologie et 10 lits de soins intensifs de grossesse et 1 place pour les IVG : 5 chambres individuelles et 5 chambres doubles
- d'une unité de salles de naissances (1er étage) : 5 salles de naissances – 1 salle d'examen dédiée à l'obstétrique
- d'un secteur de pré-travail (1er étage) : 4 salles de pré-travail : 7 lits (3 chambres doubles et 1 chambre seule)
- d'un bloc césarienne (1er étage) : 2 salles opératoires – 1 salle de réanimation pour nouveau-né – 1 salle de réveil
- d'un secteur d'urgences gynécologiques et obstétricales (1er étage) : 1 salle d'examen
- d'un secteur de consultations de gynécologie obstétrique et anesthésie obstétricale (RDC) : 2 salles d'échographie – 11 salles de consultations – 1 salle pour les ERCFS

► Site de Valognes

ÉQUIPE MÉDICALE en ETP

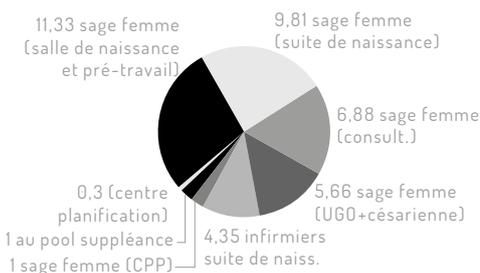


Le personnel du CPP est financé par une MIG à hauteur de 3 Équivalents Temps Plein (ETP) : 1 ETP médecin, 1 ETP sage femme et 1 ETP secrétaire

L'équipe médicale comprend actuellement :

- 11 praticiens hospitaliers soit 8,9 ETP (chiffres 2016)
- 17 internes de spécialités, faisant fonction d'interne, praticien attaché associé, assistant associé sont accueillis soit 5,5 ETP (chiffres 2015)

ÉQUIPE PARAMÉDICALE en ETP



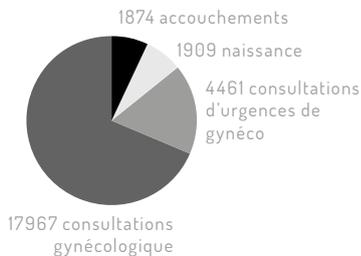
L'équipe paramédicale est constituée de :

- 11,33 ETP sage femme en salle de naissance et pré-travail
- 5,66 ETP sage femme aux UGO et bloc césarienne
- 9,81 ETP sage femme et 4,35 ETP infirmiers en suites de naissance
- 6,88 ETP sage femme aux consultations de sage femme et SIG dont 4,04 ETP pour les consultations et 2,83 ETP pour les soins intensifs de grossesse
- 0,3 ETP au centre de planification
- 1 ETP sage femme au CPP
- 1 ETP au pool de suppléance sage femme

Elle est sous la responsabilité d'un cadre de santé femme et d'un cadre sage femme coordinateur en maïeutique.

2.1.2. Activité du service : année 2015

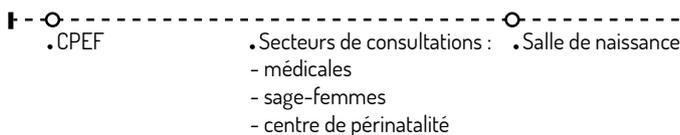
ACTIVITÉ 2015



Nombre d'accouchements en 2015 : 1874
 Nombre de naissances : 1909
 Nombre de consultations d'urgences de gynécologie : 4461
 Nombre de consultations de gynécologie : 17967

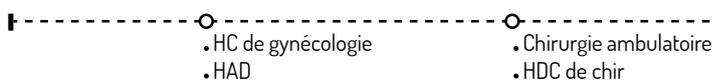
PRISE EN CHARGE DE LA FEMME EN GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE - Parcours patiente en gynécologie médicale et chirurgicale, et parcours patientes en obstétrique

PARCOURS CONSULTATIONS PLATEAU TECHNIQUE



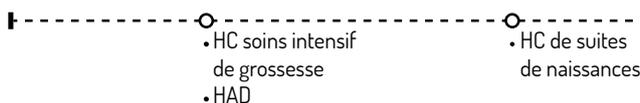
PARTENAIRES

PARCOURS PATIENTES EN GYNÉCOLOGIE MÉDICALE ET CHIRURGICALE



- SF libérales
 - Médecins traitant
 - Gynécologues libéraux

PARCOURS PATIENTES EN OBSTÉTRIQUE



- Secteur de PMI
 - ASE
 - CPAM/PRADO
 - SF libérales
 - Gynécologues libéral
 - Lieux d'accueil

PARCOURS ENFANT PRÉMATURÉ



- Secteur de PMI
 - ASE
 - CAMPS
 - CHU de Caen (cs)
 - Médecin traitant
 - Lieux d'accueil

2.1.3. Projets de développement

- développer la chirurgie du sein – Dr Purnichescu / Dr Tyran :
 - Reconstruction mammaire : technique de lipo-modelage
 - Oncoplastie
- développer la chirurgie fonctionnelle
- pérennisation du Centre périnatal de Valognes – Toute l'équipe médicale
- développer l'échographie de référence pour malformation fœtale – Dr BRIE (Formation en cours)
- améliorer le lien ville hôpital en favorisant la communication avec les médecins et paramédicaux libéraux.



2.2. Néonatalogie

2.2.1. Présentation du service :

Le service de Néonatalogie est constitué :

- de 6 lits de réanimation
- de 6 lits de néonatalogie dont 4 lits d'unité kangourou qui sont situés au sein des suites de naissance du 3ème étage
- de 3 lits de soins intensifs
- d'un secteur de biberonnerie centrale et lactarium

L'équipe médicale comprend actuellement :

- 5 praticiens hospitaliers (chiffres 2016)

L'équipe paramédicale est constituée de :

- 29.53 ETP IDE et Puéricultrice
- 5.66 ETP auxiliaire puéricultrice

Elle est sous la responsabilité d'une cadre de santé

2.2.2. Activité du service : année 2015

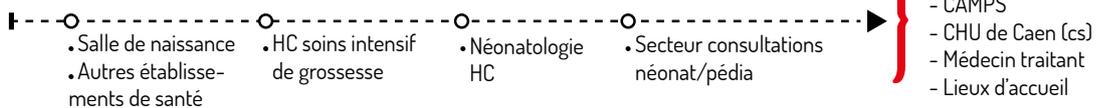
Nombre de consultations : 3352

Nombre d'entrées : 868

2.2.3. Parcours patient :

PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU NÉ EN NÉONATOLOGIE - Parcours
patiente en gynécologie médicale et chirurgicale, et parcours patientes en obstétrique

PARCOURS ENFANT PRÉMATURÉ



2.2.4. Projets de développement

► Amélioration des prises en charges des nouveaux nés prématurés et des nouveaux nés à terme malades :

- réalisation d'EEG d'amplitude permettant de décider de la mise en hypothermie dans un contexte de souffrance fœtale, à terme mise en hypothermie dans le service en fonction de l'achat de criticoool (matelas pour hypothermie)
- réalisation d'EEG standard pour les nouveau nés présentant des pathologies neurologiques : ceci nécessite souvent des examens réalisés au lit du malade et à interpréter par une neurologue expérimenté dans cette exploration fonctionnelle.
- surveillance continue de PO2 PCO2 transcutanée : un seul appareil fonctionnel est actuellement disponible.
- amélioration du contrôle de NO sur ventilation artificielle avec appareil permettant la délivrance et la mesure, voire la délivrance discontinuée.
- remise en état des appareils de ventilation non invasive (Infant flow, Sypap) certains

- appareils ne pouvant être approvisionnés en pièces de rechange.
- amélioration de la prise en charge nutritionnelle des prématurés permettant une croissance optimale ce qui améliore les tests de QI à 6 ans, ceci a été mise en place par des protocoles de nutrition entérale et parentérale publiés sous Apta.
- amélioration de la prise en charge des pathologies en maternité et des procédures antalgiques pour les enfants de maternité comme pour les prématurés en SI ou réa. Ceci passe par la mise en place progressive de protocoles destinés aux paramédicaux du service de néonatalogie comme des suites de couche ou des sages femmes de salle de travail : par exemple contrôles des acidoses métaboliques, contrôle de l'hypoglycémie, risque infectieux néonatal.
- amélioration de la prise en charge hémodynamique des prématurés par la réalisation systématique d'échographie de dépistage : ceci est possible grâce à la formation du Dr Leporati aux compétences acquises par les Dr Pages et Le Goff (formée à Lille à ces procédures).
- poursuite des prises en charge en unité kangourou permettant un meilleur lien parent enfant pour la plupart des nouveaux nés ne nécessitant pas de soins intensifs ou de réanimation. Malgré tout l'avantage de la présence maternelle contiguë à l'enfant il n'est parfois pour des raisons de place pas possible de garder certains enfants dans cette unité.

► Poursuite de la prise en charge des anciens prématurés dans le cadre du réseau périnatal

- ces consultations à des âges clefs sont nécessaires pour évaluer l'évolution physique et cognitive des enfants nés avant terme ou ayant présenté des pathologies néonatales.
- poursuite de la prévention de la bronchiolite pour les anciens prématurés ayant une indication d'injection d'anticorps anti VRS (nécessite des prescriptions nominatives mensuelles en fonction du poids et des injections par une infirmière expérimentée en raison de leur caractère douloureux)
- mise en place d'un staff psycho social avec les services de PMI et la psychologue du service, ainsi que de contacts réguliers avec le CAMSP pour l'évaluation et la prise en charge précoce des anciens prématurés du service
- poursuite du dépistage de la rétinopathie du prématuré par la retcam : cet équipement a permis d'améliorer de façon majeure le dépistage et la prise en charge de cette pathologie. Il sera nécessaire de former d'autres intervenants à ce dépistage médecins et puéricultrices pour libérer du temps médical sans diminuer la qualité ou le timing de dépistage.

► Poursuite de la prise en charge des nouveau-nés de maternité

- ces examens réalisés par un pédiatre du service sont obligatoires et devraient être au mieux réalisés à deux reprises lors du séjour : le raccourcissement de la durée de séjour en maternité des nouveau-nés sans pathologie nécessitent une présence pédiatrique importante en temps.
- compte tenu de la brièveté du séjour en maternité de nombreuses consultations pédiatriques sont nécessaires dans les semaines suivant la sortie pour des problèmes mineurs le plus souvent mais ne pouvant être gérés par les sages femmes libérales. Il en est de même de la surveillance des ictères par mesure transcutanée. Ceci nécessite la disponibilité d'une puéricultrice de néonatalogie et d'un pédiatre référent quotidiennement du service de néonatalogie. Ces consultations programmées en semi urgence vont sans doute augmenter avec la mise en place du PRADO sorties précoces (si les sages femmes libérales y adhèrent)

► Poursuite des dépistages déjà mis en place :

- dépistage de la surdité néonatale par les potentiels évoqués auditifs automatisés : compte tenu du dépistage généralisé l'achat d'un deuxième équipement a été acheté comme conseillé par l'association normande de dépistage et publié par décret.
- dépistage de la luxation de hanche : ce dépistage est réalisé sur la base de facteurs de

risque et nécessite une échographie réalisée au mieux entre 6 et 8 semaines de vie. Il est donc nécessaire de former un deuxième pédiatre à l'échographie de hanches compte tenu du nombre d'exams demandés, et du départ en retraite du Dr Saumureau qui les réalise actuellement. Ceci est actuellement effectué par le Dr Anne Sophie Pagès assistante spécialiste titulaire du DU d'échographie qui réalise également les ETF, les échographies abdominales et rénales.

- dépistage des cardiopathies par échographie sur signes d'appel clinique : ces exams sont réalisés actuellement par le Dr Leporati. Le suivi des cardiopathies par consultation et échographie cardiaque est nécessaire également pour le pré et le post opératoire. Il pourrait être discuté ultérieurement la reprise des échographies cardiaques anténatales
- dépistage des anomalies échographiques cérébrales des prématurés par échographie : ces exams réalisés tout au long de l'hospitalisation sont faits actuellement par le Dr Anne Sophie Pages selon une programmation conforme aux recommandations de la SFN

► Développement de l'activité du lactarium

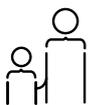
- le lactarium est le seul lactarium à usage interne et externe de Normandie. Il a pour mission de fournir du lait humain aux enfants prématurés ce qui permet de diminuer le risque d'entérocolite et d'améliorer la croissance.
- l'informatisation, préconisée par l'ANSM, dont le cout est assuré par une dotation transmise à l'ARS est indispensable pour assurer la sécurité et la traçabilité des dons. Le projet est en cours depuis 2013 avec un nouveau cahier des charges correspondant au déménagement du lactarium fourni en Septembre 2014. Cette informatisation est urgente car les fonds de 70 000€ dédiés par le ministère à ce développement seront prochainement obsolètes.
- le développement de l'activité est possible si nous avons la possibilité de recruter des donneuses plus éloignées que nous sommes actuellement obligés de refuser. Pour cela il faut développer une action de collection au domicile des donneuses. Une étude économique est nécessaire pour évaluer le cout et le bénéfice de ce développement en fonction des modifications de l'enveloppe MIG.
- un temps médical et cadre plus important qu'actuellement est nécessaire pour permettre une activité de biberonnerie adossée au lactarium permettant un enrichissement sécurisé du lait humain.

► Activité SMUR néonatal

- cette activité est actuellement assurée par le biais d'une astreinte opérationnelle et permet d'assurer la réanimation et le transport des enfants nés dans des maternités de type I ou II, où leurs soins ne peuvent être assurés. Cette activité pourrait être améliorée par l'utilisation de transports hélicoptérés qui nécessitent une adaptation de la couveuse de transport mais permettraient des recrutements à plus longue distance, en particulier sur Avranches où la durée de transport est importante

► Temps médical

- pour toutes ces activités un temps médical plus important est nécessaire tel que défini dans les besoins du service et qui se monte à 7,5 ETP. Ce chiffre ne prend pas en compte la possibilité de garde spécifique néonatale, condition nécessaire pour le recrutement de jeunes praticiens dont la spécialisation est de plus en plus importante.

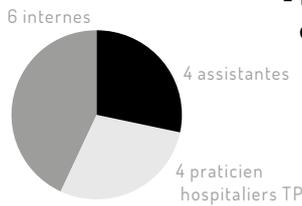


2.3. Pédiatrie

2.3.1. Présentation du service :

Le service de Pédiatrie est constitué de :

- une unité d'hospitalisation complète de 27 lits : 3 chambres doubles pour petits, 3 chambres doubles pour les moyens et 8 chambres pour les grands enfants et adolescents, dont 7 double et une simple spécifique pour l'accueil d'enfants handicapés.
- une unité d'hospitalisation de jour et de soins externes de 2 lits et 1 bureau
- une unité d'accueil d'urgences pédiatriques (sauf traumatologie) avec 3 bureaux et 2 chambres

ÉQUIPE MÉDICALE

L'équipe médicale comprend actuellement :

- 4 praticiens hospitaliers temps pleins et 4 assistantes spécialistes régionales à 60 % dans le service.
- 5 à 6 internes et FFI sont accueillis en collaboration avec le CHU de Caen

ÉQUIPE PARAMÉDICALE

L'équipe paramédicale est constituée de :

- 17 ETP auxiliaires de puéricultures et aides soignantes
- 18,92 ETP infirmières DE et infirmières puéricultrices DE sous la responsabilité d'une cadre de santé puéricultrice

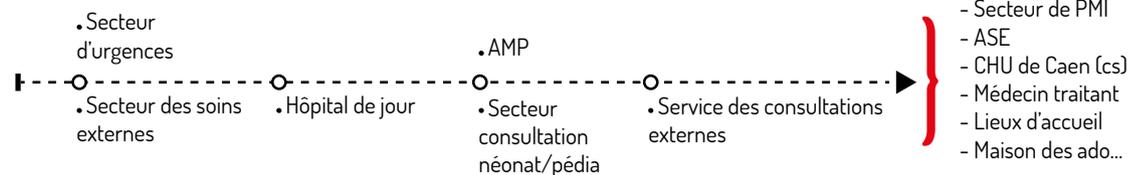
2.3.2. Activité du service :

Hospitalisation complète : 1998 séjours avec une DMS de 2,63 dont 433 séjours en surveillance continue

Hospitalisation de jour : 348 séjours

Passages aux urgences pédiatriques : 9275 dont 1733 suivis d'hospitalisations

Consultations programmées : 3641

2.3.3. Parcours patient :**2.3.4. Partenaires :**

Liste des structures du réseau de prise en charge des enfants avec lesquelles le service de pédiatrie du CHPC collabore :

► Conseil général :

- ASE (aide sociale à l'enfance)
- Centres médico-sociaux pour la protection maternelle et infantile
- Cellule départementales de recueil des informations préoccupantes
- Service départemental de placement familial
- Centre départemental de l'enfance (foyers éducatifs)
- ISEMA (institut socio-éducatif medicalisé pour adolescents)

► Associations :

- AAJD (aide aux jeunes en difficultés)

- SESSAD, ITEP, PJJ, AEMO
- ADSEAM :
 - Les petites familles (service de placement familial)
 - MECS (maisons éducatives à caractère social)
- ADCMPP :
 - CAMSP : centre d'action médico-social précoce (accueil d'enfants de 0 à 6 ans en difficultés pour dépistage, diagnostic, prise en charge et/ou orientation)
 - CMPP : centre médicopsychopédagogique
- REPOPOP Manche : réseau associatif de prévention et prise en charge de l'obésité pédiatrique
- Normandys : réseau associatif de prise en charge des troubles « dys » en Basse Normandie

► Structures hospitalières :

- Fondation Bon Sauveur Picauville - Saint Lô : service de pédopsychiatrie :
 - CMPEA (Centre médico-psychologique enfants et adolescents à Cherbourg, Octeville, Valognes et Carentan)
 - AMP (Antenne médico-psychologique au CHPC, site Pasteur)
 - Hôpital de Jour de pédopsychiatrie (La Glacerie)
- Polyclinique du Cotentin : médecine nucléaire et stomatologie
- CHU de Caen :
 - Service de pédiatrie (spécialités pédiatriques)
 - Chirurgie pédiatrique (orthopédie infantile, chirurgie viscérale et urologique enfant et service d'anesthésie pédiatrique)
 - Oncologie pédiatrique
 - Réanimation pédiatrique
 - Pédopsychiatrie : CRA (centre de ressource autisme, unité de dépistage des troubles du développement précoce, UCHA ou unité de crise et d'hospitalisation pur adolescents)
 - Consultations et laboratoire de génétique
- CRTLA (Centre ressource troubles du langage et de l'apprentissage)
- Hôpital de Bayeux
 - SSR pédiatrique
 - Unité d'éducation thérapeutique (asthme, diabète, obésité...).
 - Service de pédopsychiatrie (hospitalisation des enfants à vocation départementale mais acceptant quelques enfants de la Manche)
- Manoir d'Aprigny (Bayeux)
 - SSR troubles moteurs purs
- La Clairière (Flers) :
 - SSR pédiatrique

2.3.5. Projets de développement

- pérenniser l'activité en renforçant l'équipe médicale titulaire
- favoriser les activités pédagogiques en poursuivant l'accueil des internes et en initiant l'accueil d'externes de l'UER de Caen.
- créer une consultation à Valognes dans le cadre du centre de périnatalité de proximité
- favoriser l'accès aux surspécialités pédiatriques soit en collaboration avec le CHU soit dans le cadre du service :
 - poursuivre l'activité de diabétologie pédiatrique avec mise en place des pompes à insuline et l'activité de neurologie pédiatrique
 - formation ou perfectionnement des pédiatres du service (uro-néphrologie pédiatrique, échographie pédiatrique, pneumologie pédiatrique, neuro pédiatrie)
- développer la prise en charge de la douleur (formations médicale et paramédicale)
- développer l'éducation thérapeutique mise en place pour la diabétologie vis à vis d'autre

pathologie

- améliorer l'accueil des adolescents en collaboration avec le service de pédopsychiatrie de la fondation Bon sauveur Picauville –Saint Lô et avec les services socio-éducatifs.
- améliorer le lien ville hôpital en favorisant la communication avec les médecins et paramédicaux libéraux

3. Pôle I – Médecines intensives



3.1. Cardiologie

Les principaux projets du service de cardiologie qui comporte une unité d'hospitalisation et une unité de soins intensifs sont les suivants :

- projet de réadaptation cardiaque en mutualisation avec projet 3SR Pneumo et développement hospitalisation ambulatoire au 5ème étage (élargissement des matinées de réadaptation avec ouverture 5 1/2 journées) nécessité 1 poste de PH avec DIU de réadaptation et 1/2 poste IDE et 1/2 poste de kinésithérapeute
- création d'un centre de coronarographie diagnostique et angioplastie 24/24h nécessitant 2 postes de PH temps plein supplémentaires associés à une équipe paramédicale
- développement unité vasculaire avec arrivée en 11/2017 ASR, ouverture d'une deuxième salle d'échographie puis agrément 1 poste de DES en vasculaire .
- accréditation niveau 2 en Rythmologie interventionnelle avec obtention ablation flutters communs et pose de défibrillateurs implantables (bloc cardio interventionnel existant déjà avec pose PM 250/an et 50 explorations électrophysiologiques et ablation jonction nodo Hissienne) ; l'activité ne nécessite pas de temps supplémentaire médical mais une adaptation des effectifs paramédicaux.

L'enjeu en termes de santé publique pour le département de la Manche et plus spécifiquement le Cotentin est d'obtenir l'évolution du PRS (projet régional de santé) 2018 – 2022 sur le sujet de la coronarographie.

La concentration sur Caen des deux plateaux concurrents (l'un public, l'autre privé) de l'hémirégion normande crée une situation à la fois unique en France et insatisfaisante en termes de morbi/mortalité. Si l'absence d'autres centres dans la région génère un niveau d'activité parmi les plus importants de France (et donc de compétences), leur positionnement à quelques kilomètres de distance impose une distance aux zones les plus éloignées de la capitale régionale qui s'approche ou dépasse les délais horaires préconisés pour la meilleure prise en charge des accidents cardiaques et coronaires.

Les zones côtières de la Manche et les extrémités Est et Ouest du Cotentin sont parmi les plus touchées par cet éloignement, d'où une surmortalité constatée sur ces pathologies (surmortalité de la Manche par cardiopathies ischémiques par rapport au Calvados).

La création du Groupement de Coopération Sanitaire de moyens avec la Polyclinique du Cotentin, ouvrant la possibilité d'associer des médecins libéraux ou un cabinet spécialisé, incluant la présence de compétences médicales et soignantes sur le site du CHPC, doit permettre la mise en œuvre rapide d'un centre de coronarographie dont l'activité, au vu des adressages actuels de nos médecins spécialistes, est garantie (1250 séjours et 360 actes d'angioplasties adressés à Caen aujourd'hui pour le seul Cotentin).



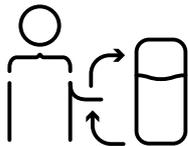
3.2. Néphrologie

3.2.1. Présentation :

- unité d'hospitalisation de 10 lits et 1 lit d' Hôpital de Jour Recrutement en Hospitalisation : Néphrologie générale, HTA , Hémodialyse , Dialyse Péritonéale , complications de l'IRC, recrutement « frontière » avec de nombreuses autres spécialités (dont la Cardiologie +++, la Diabétologie, la Rhumatologie, la Médecine Interne, forte activité « frontière » d'Hématologie ++ en collaboration étroite avec les Hématologues. Fort recrutement d'Infections urinaires de tous types.
- Forte activité d'Urologie Médicale, lithiases urinaires (gros recrutement) ; Hématuries de toutes causes (caillottage vésical...explorations...Prise en charge...) Réentions vésicales aiguës ...Recrutement de tumeurs rénales de tous types , carcinomes urothéliaux... Adénocarcinomes de prostate ; Insuffisances rénales obstructives de tous types .
- Activité de prise en charge de l'HTA («essentielles» ou secondaires ..., volontiers compliquées et résistantes...traitement...) en collaboration avec la Cardiologie / le service de RDED;
- Suivi conjoint surtout avec le CHU de Caen des Transplantés Rénaux (suivi conjoint de quelques patients avec le CHU de Nantes- Rennes- Rouen, exceptionnellement Paris). Suivi des transplantés Rein + Pancréas avec le CHU de Nantes.
- 2 Échographes dans le service (Hospitalisation et Dialyse) : équipements indispensables.

HÉMODIALYSE

- Patients chroniques



9500 séances / ans

- Hémodialyse : 12 postes de Centre , 8 postes d'UDM hospitalière, 2 séances quotidiennes (pas de séance semi-nocturne actuellement) 1 poste supplémentaire d'hémodialyse aiguë dans le service d'hospitalisation au 5e étage.
- 9500 séances par an actuellement pour les patients « chroniques » mais aussi hémodialyses aiguës dans le service. Hémodiafiltration on line > 95 % (orientation historique du service vers l'HDF).
- Activité d'accueil de Vacanciers.
- Dossiers d'Autorisation de Traitement Centre + UDM / ARS : renouvellement des autorisations le 19 Janv 2016.
- Cf développement / locaux – bureaux de cs.
- avis / interventions dans les autres services de l'hôpital. Y compris les urgences de l'hôpital ; activité très « chronophage ».
- activité de dialyse péritonéale (DP)
Avec une unité de formation / locaux dédiés. Activité en grande diminution actuellement, qui diminuait déjà très significativement lorsque le Dr FREIDA était encore dans le service.
- activité de recherche clinique.
Possibilité d'intervention dans les réunions et congrès régionaux, nationaux .

3.2.2. Effectif médical / Internes :

- 3 PH Néphrologues
- 1 Assistant Spécialiste Régional Néphrologue qui termine et sera PH dans le service en 2017.
- 1 à 2 internes : spécialité DES Néphrologie, mais nous avons aussi accueilli d'autres DES, beaucoup de DES de Cardiologie , sinon DES d'Endocrinologie-Diabétologie , Hématologie, Pneumologie, Médecine Interne...
- le service n'accueille actuellement pas d'Externe.

- discussion de l'effectif « cible » des Néphrologues Séniors : le passage à 5 néphrologues Séniors est acté par l'ensemble de l'équipe, et il l'était par la Direction. Le service se positionne pour un nouveau poste d'ASR.
 - locaux / Pôle : Le Service fait parti du pôle I (« Médecines Intensives ») et du plateau Cardio-Neuro-Néphro , même si l'unité d'hospitalisation de Néphrologie restera finalement au 5e étage. Les Consultations resteront positionnées au Rez de Jardin : cf développement / locaux – bureaux de Cs .
 - permanence des soins : Astreinte Opérationnelle H24, dont d'hémodialyse d'urgence H24. Astreinte IDE d'Urgences associée.
 - partenariats privilégiés :
 - au sein du CHPC : l'ensemble des services ++ , A signaler un partenariat particulier avec le bloc opératoire de Cardiologie pour la pose des KT tunnelisés d'hémodialyse (posés par les Néphrologues).
 - les Urologues et Chirurgiens vasculaires de la Polyclinique du Cotentin à Equeurdreville
 - Forte Autonomie locale « Néphrologique » : partenariat tout de même particulier avec le Service de Néphrologie du CHU de Caen concernant les transplantés rénaux, les Échanges Plasmatiques... et Staff Régionaux notamment de Confrontations Anatomocliniques.

3.2.3. Évolutions à venir :

- réintégration de notre activité d'hôpital de jour au sein de l'hôpital de jour pluridisciplinaire de Médecine . Orientation voulue par la Direction du CHPC
Activité actuelle : 7 à 10 séjours hebdomadaires (plus par moments ...)
- activité d'hospitalisation : elle est déjà maximale ; taux d'occupation des lits de presque 100% ; fort turn-over (IP-DMS 0,86 ...) ;
- l'hémodialyse : après une période de forte progression d'activité sur les 4 dernières années (plus de 9500 séances / an), celle-ci ne progressera plus que légèrement .
- dialyse Péritonéale : « crise » actuelle de recrutement , multi factorielle (qui se retrouve aussi au niveau National). Objectif de relancer l'activité , indispensable pour maintenir les compétences tant IDE (équipe spécifique) que Médicale ;
- remplacement / Acquisition immédiate d'un Echographe fin 2016-début 2017 (absolument indispensable +++) ; parc « vieillissant » ...
- consultations : elles resteront positionnées au Rez de jardin en Néphrologie à côté de l'Hémodialyse , une proximité INDISPENSABLE pour la surveillance de l'hémodialyse.
Intérêt ++ d'un « gain » d'espace / de bureaux de consultations et au moins d'un bureau Médecin . Saturation des capacités d'accueil des Consultations ++ au Rez de Jardin et cf effectif médical.
Le service Plans et Travaux vient aussi d'être sollicité pour une étude complète des possibilités.
- effectif Médical : (cf supra)



3.3. Neurologie

Le service est composé :

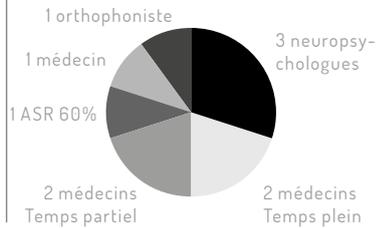
- d'une UNV : 12 lits
- d'une USINV : 6 lits
- d'une unité de neurologie générale : 12 lits
- d'un hôpital de jour : 2 lits
- des explorations fonctionnelles avec EEG, EMG et PE.

Par ailleurs :

- participation à la consultation mémoire dans l'Unité d'Evaluation Neuro-gériatrique.

- consultations de neurologie
- gardes (astreintes neuro-vasculaires et avis neurologiques)

EFFECTIF DU SERVICE



Effectif du service :

- 2 médecins à temps plein
- 2 médecins à temps partiel
- 1 ASR à 60 %
- 1 médecin 3 demi-journées pour l'interprétation des EEG et des PE
- 1 orthophoniste
- 3 neuropsychologues (dont 1 pour la neurologie)

Constat :

L'astreinte neurovasculaire est assurée tous les jours, 24h/24 par les neurologues du CHPC. Mais, en raison du nombre insuffisant un travail de collaboration a été effectué avec le CHU de Caen dans le cadre du télé-AVC.

Par ailleurs, le nombre de neurologues en ville est insuffisant : 1 temps partiel.

Pour rappel, en 2016 :

- nombre d'AVC : 306 séjours
- AIT : 159 séjours
- 32 thrombolyses
- 4 thrombectomies

Collaborations existantes avec le CHU de Caen pour :

- télé-AVC
- E-staff avec visioconférences (SEP et neuro-vasculaire).

Projets :

- augmenter l'effectif médical avec :
 - 2 neurologues à temps plein
 - 2ème ASR
 - angiologue pour réaliser des doppler des TSA (vacations)
 - détacher une IDE pour les consultations post-AVC multi-disciplinaires.
- augmenter le nombre des consultations (raccourcir les délais)
- assurer des consultations sur le site de Valognes
- assurer des consultations post-AVC multidisciplinaires, simples et complexes
- assurer la formation des Internes.



3.4. Réanimation

3.4.1. Introduction

Au sein du CHPC, le service de Réanimation Polyvalente est situé à l'hôpital Pasteur de Cherbourg. Il est constitué de deux unités indifférenciées de 6 lits. Il s'agit de 8 lits dédiés à la Réanimation et 4 lits dédiés aux soins continus. La Réanimation polyvalente est située au deuxième étage, face au bloc opératoire et au-dessus du service des urgences. L'activité est majoritairement médicale, mais des patients sont régulièrement accueillis pour surveillance postopératoire ou après traumatismes graves, lorsque les lésions ne nécessitent pas le plateau technique du CHU de Caen. Une équipe participant aux prélèvements multi-organes est également à proximité du service de réanimation avec une activité croissante ces derniers mois. Le nombre d'admissions annuelles est d'un peu plus de 500 patients/an.

3.4.2. Place du service de Réanimation dans l'hôpital et relation avec les autres services

Le rôle du service de Réanimation est de prendre en charge les patients présentant des défaillances vitales (Réanimation) ou nécessitant un niveau de surveillance plus élevé du fait de leur fragilité physiologique ou de leur potentiel de dégradation (Soins continus). Cette surveillance est permise par le ratio personnel paramédical et médical / patients plus important. À ce titre, la nécessité d'un niveau de soins de nursing élevé peut être également à lui seul un motif d'hospitalisation en soins continus. Le médecin réanimateur de garde est joignable à chaque instant du jour et de la nuit soit via un téléphone d'urgence (procédure urgence vitale), soit via un téléphone d'avis pour répondre aux sollicitations. Il répond aux demandes et évalue les patients susceptibles d'être accueillis dans le service avec deux impératifs :

- faire en sorte d'offrir les soins les mieux adaptés à chaque patient. Ainsi le bénéfice d'une admission dans le service de réanimation est discuté en fonction de l'état du patient qui est apprécié après examen clinique, de ses antécédents et de son projet de soin, en concertation avec le médecin en charge du patient et/ou les éventuels spécialistes.
- faire en sorte de faciliter le bon fonctionnement global des services ou du bloc opératoire et de l'hôpital. Ainsi, la prise en charge en réanimation d'un patient critique ou instable doit permettre de faciliter l'organisation et de décharger les collègues médicaux et paramédicaux du service d'amont, de prises en charge complexes.

La réponse rapide aux sollicitations et la recherche systématique de solutions par le médecin réanimateur a pour réciprocity la nécessité de chaque service d'amont de reprendre en charge le patient à sa sortie du service de réanimation. Ceci garantit, le bon fonctionnement du service de réanimation et un suivi rigoureux des patients.

Le service de réanimation s'efforce donc d'entretenir, sous différentes formes, des relations privilégiées avec chaque service de médecine, de chirurgie, le bloc opératoire et les urgences.

3.4.3. Place du service de Réanimation dans la région bas-normande et relation avec le CHU de Caen

Dans le département de la Manche, il existe 3 services de réanimation. Le service de Réanimation du CHPC est de taille identique à ceux de St-Lô et d'Avranches. Il couvre néanmoins un bassin de population plus important. Le service de Réanimation de St-Lô étant géographiquement le plus proche de Cherbourg, il est le service d'adressage de première intention en cas de saturation du service de Réanimation de Cherbourg. Le CHU de Caen est le CHU de référence avec notamment le plateau de radiologie interventionnelle, de neurochirurgie et de chirurgie cardiaque qui en font un centre de recours. Des relations

En cas de saturation du service Réanimation de Cherbourg, c'est celui de St-Lô (le plus proche) qui prend le relais.

étroites sont entretenues avec les services de Réanimation Médicale et Chirurgicale du CHU afin de pouvoir envisager efficacement des transferts de patients, vers Caen pour une prise en charge spécifique, puis vers Cherbourg lorsque celle-ci a été réalisé.

Dans le nord-Cotentin, outre le service de Réanimation du CHPC, il existe 4 lits de soins continus au sein de la Polyclinique du Cotentin. Le service de réanimation du CHPC est l'interlocuteur privilégié de la Polyclinique pour les patients qui nécessiteraient la réanimation.

3.4.4. Projet universitaire

L'objectif du service est d'être accrédité à la fin de l'année 2015 pour la formation au diplôme d'étude spécialisé complémentaire (DESC) de réanimation, ce pourquoi un projet pédagogique

a été rédigé et remis à l'UFR de Médecine de Caen et au coordinateur régional de la discipline. Ceci permettra d'accueillir des internes en formation se destinant à cette discipline ainsi que de jeunes médecins en post-internat au titre d'assistant spécialiste ou assistant spécialiste régional (étape obligatoire pour la validation du DESC). Cette étape devrait par la suite permettre au service d'être associé à un certain nombre de projets de recherche clinique régionaux ou nationaux. Enfin, dès que l'équipe médicale sera étoffée, l'accueil d'étudiants externes en médecine sera prioritaire.

3.4.5. Perspectives de développement d'activité au sein du service de réanimation

Le projet du service a été redéfini fin 2014, début 2015 avec l'arrivée de deux nouveaux médecins réanimateurs. L'équipe est appelée à s'étoffer au cours de l'année 2016. En premier lieu, toute augmentation de l'activité médicale ou chirurgicale au sein du CHPC se traduira inévitablement par une augmentation d'activité du service de réanimation. De plus, un certain nombre de patients qui sont habituellement pris en charge dans des services de soins classiques jusqu'à récemment peuvent bénéficier d'un passage par les soins continus du service. Les perspectives actuelles sont les suivantes :

► Élargir le recrutement de patients en soins continus

Un nombre de patients importants peuvent être admis en soins continus et bénéficier temporairement d'une surveillance rapprochée. Ceci concerne tous les services non dotés de soins continus ou soins intensifs. On citera par exemple la pneumologie, la gastro-entérologie, ou la néphrologie, services accueillant régulièrement des malades complexes pour lesquels une surveillance étroite en soins continus, même temporaire peut être justifiée.

- patients de pneumologie : Les patients insuffisants respiratoires chroniques ou atteints de pathologies susceptibles de rapidement se compliquer de détresse respiratoires aiguës peuvent être surveillés en réanimation même en l'absence de détresse vitale initiale. La capacité technique du service à faire face à ce type de complication le justifie.
- patients de gastro-entérologie : Les patients souffrants d'hémorragies digestives doivent systématiquement bénéficier d'une surveillance initiale en soins continus pour déceler précocement toute complication et permettre dans un milieu sécuriser les exploration diagnostiques (fibroscopie oesogastroduodénale, coloscopie), le cas échéant sous anesthésie générale.
- patients de néphrologie : Le développement de nouvelles techniques d'épuration extra-rénale (hémodialyse continue au citrate, hémodialyse intermittente à l'héparine) courant 2015, doit permettre au service d'être en capacité d'accueillir des patients nécessitant une hémodialyse en urgence. Il s'agit notamment des patients présentant une défaillance d'organe surajoutée, en plus de la défaillance rénale (oedème aigü du poumon, trouble du rythme cardiaque...), les patients en insuffisance rénale aiguë simple, étant habituellement pris en charge en néphrologie.
- patients de chirurgie : Quelques patients de chirurgie du CHPC, bénéficiant d'une chirurgie majeure, pourraient être surveillés pendant 24 à 48 heures en fonction de leur évolution en soins continus. Ce chiffre pourrait être de 2 à 3 patients par mois.

► Recrutement de patients en réanimation

Concernant les patients relevant non des soins continus mais de la réanimation, il est difficile étant donné la position géographique du nord-Cotentin, d'étendre la zone de recrutement. Néanmoins en cas de saturation des lits de réanimation plus au sud (St-Lô, Avranches) ou du CHU de Caen, il nous est possible d'accueillir des patients venant de ces zones. Ceci ne peut être fait que dans le cadre d'une coopération étroite avec ces centres hospitaliers et avec les collègues des autres réanimations (coopération entre réanimations de St-Lô et Cherbourg pour le Cotentin notamment).

► Faciliter les échanges avec la Polyclinique

Les échanges avec la Polyclinique du Cotentin, concernant les patients de réanimation sont actuellement faibles. Dans le cadre du fonctionnement actuel ou dans le cadre futur d'un possible rapprochement ou d'une mutualisation des moyens entre les deux établissements, le transfert de patients vers le service de réanimation du CHPC doit être proposé sans aucune entrave au sein des deux établissements. La coopération avec la Polyclinique semble être, concernant les patients bénéficiant d'une chirurgie majeure, la source d'activité future la plus prometteuse pour le service de réanimation du CHPC .

3.4.6. Conclusion

La reconstitution de l'équipe médicale débutée fin 2014 de même que les projets évoqués au sein des établissements de santé du nord Cotentin font espérer une augmentation d'activité du service de réanimation du CHPC dans les années à venir. Le fonctionnement actuel devra être pérennisé et enrichi de l'arrivée de nouveaux médecins afin de pouvoir faire face à la charge de travail.

En pratique, le service de Réanimation du CHPC est officiellement doté de 12 lits. Il existe architecturalement 16 lits de réanimation sur le site actuel, 4 lits n'étant pas «armés». Une augmentation d'activité permettant d'augmenter le nombre de lits officiellement ouverts en réanimation pourrait tout à fait être envisageable eu égard au bassin de population couvert par le CHPC et aux perspectives décrites ci-dessus pour les années à venir.



3.5. Urgences

► Situation

- charge de travail soutenue, supérieure à la moyenne
- pas de recrutement médical sérieux en vue
- intérim peu satisfaisant (compétence et ne souhaite qu'investir le SMUR de Valognes)
- effectif à la moitié de l'effectif théorique, mais des praticiens qui se sentent encore investis)
- équipe démoralisée et non soudée
- chaque médecin a désormais son plan B, avec finalement peu d'entrain à quitter la structure à laquelle chacun est attachée
- obligations de soins qui ne peuvent être réduites (base de 140 passages par jour, 2 équipes de SMUR avec réalisation de transports secondaires, UHCD)

► Objectifs

- malgré la charge de travail qui ne s'améliorera pas (compte tenu du ratio nombre de passages / effectif médical)
 - maintenir le niveau actuel de l'effectif médical en les encourageant à s'investir
 - trouver des arguments pour attirer petit à petit de nouvelles recrues (DESC)
- réfléchir au moyen de retrouver à effectif constant du temps purement médical.
- donner une image positive du service qui ne soit pas dépendante du ratio habituel nombre de passages / nombre d'ETP).
- arrêter d'investir dans un mercenariat médical qui ne produit aucun point positif et accentue le sentiment d'injustice entre des médecins rémunérés plus fortement avec une production de soins médiocre.
- redonner du sens à notre mission, du moral et de l'espoir à l'équipe des urgences, de l'entrain.
- bannir tous les actions, travers et effets négatifs de notre organisation médicale.
- être un peu plus investi collectivement, et récupérer de la collégialité.

► Solutions

- faire admettre aux praticiens présents qu'une politique de recrutement efficace va s'inscrire dans la durée avec un passage plus difficile pendant au moins 2 ou 3 ans (équivalente au temps de formation d'un DESC).
- adapter le service et les organisations à l'effectif médical réellement présent et non pas théorique, en introduisant la notion d'efficacité médicale et d'ergonomie dans le travail médical.
- contractualiser le travail médical, et introduire la notion de rémunération en fonction de la charge de travail et des objectifs atteints.
- développer un lien étroit avec le CHU pour la formation des internes, l'encouragement à la profession d'urgentiste, et la filière de recrutement futur sur une organisation locale parfaitement claire et définie (annonce activité et salaire).

► Mesures

- organisation :
 - Introduire la notion d'effectif médical réduit et de crise (prendre en compte la pénurie médicale occasionnelle notamment absence d'intérim médical)
 - Délocaliser le SMUR de Valognes pour qu'il prenne une part active dans l'activité des urgences de Cherbourg (en cas de crise et d'activité importante sur Cherbourg, dans le cadre de la mutualisation des ressources),
 - proposer la création d'un équivalent CSNP sur Cherbourg (intérêt en terme de tri (adossée à un service d'urgence), éducatif (filière urgence - filière médecine générale), et de rentabilité (effectifs infirmier et administratif communs, nombre de consultations supérieurs)

| POSTES MÉDICAUX PARTICIPANT À L'ACTIVITÉ DES URGENCES

JOURNÉE SEMAINE		JOURNÉE WE		JOURNÉE RÉDUITE		JOURNÉE CRISE	
SMUR Cherbourg	0,7	SMUR Cherbourg	0,7	SMUR Cherbourg	0,7	SMUR Cherbourg	0,5
SMUR Valognes	0	SMUR Valognes	0	SMUR Valognes	0,3	SMUR Valognes	0
Déchocage	1	Sénior 1	1	Sénior 1	1	Sénior 1	1
Hospitalisation	1	Sénior 2	1	Sénior 2	1	Sénior 2	1
Traumatologie	1	Traumatologie	1	Traumatologie	0	Traumatologie	0
UHCD	0,7	UHCD	0,7	UHCD	1	UHCD	1
CSNP	0,5	CSNP		CSNP	1	CSNP	1
Total	4,9	Total	4,4	Total	5	Total	4,5

NUIT SEMAINE		NUIT WE		NUIT RÉDUITE		NUIT CRISE	
Sénior 1	1						
Sénior 2	1	SMUR Cherbourg	1	Sénior 2	0,5	Sénior 2	0,5
SMUR Cherbourg	0,7	SMUR Valognes	0	SMUR Cherbourg	0,7	SMUR Cherbourg	0,5
SMUR Valognes	0	Traumatologie	0,3	SMUR Valognes	0,7	SMUR Valognes	0
Traumatologie	0,3			Traumatologie	0	Traumatologie	0
Total	3	Total	2,3	Total	2,9	Total	2

- expliquer la nécessité de délocalisation des activités de Valognes et proposer des alternatives et des solutions de facilitation :
 - les interlocuteurs : élus locaux, ARS, SAMU, professionnelles de santé (notamment personnel paramédical des urgences et SMUR de Valognes, syndicats hospitaliers, population, associations d'usagers)
 - pour le SMUR, collaboration avec les pompiers passant par le renfort d'ISP sur le secteur de Valognes permettant de gommer le mieux possible le délai supplémentaire occasionné par la délocalisation du SMUR de Valognes (au maximum de 15 minutes)
 - pour le CSNP actuel, organiser une navette de transport de patients entre le site de Valognes et celui de Cherbourg, en partenariat avec les collectivités locales.
- proposer le statut de Clinicien Hospitalier avec des objectifs permettant d'absorber la charge de travail aux urgences, et la rémunération variable qui s'y rapporte avec le respect des objectifs
 - afficher la notion que la rémunération est supérieure sur un site où la charge de travail par praticien est supérieure
 - afficher parallèlement que les organisations sont plus opérationnelles avec un intérêt médical conservé.
- proposer une rémunération supérieure au marché pour l'intérim médical, dans la mesure où la charge de travail est supérieure, avec des médecins que l'on aura choisis, avec lesquels on peut éventuellement contractualiser une présence régulière.
- mettre l'accent sur la récupération des données de tarification à l'activité.
- exclure les médecins remplaçants lorsqu'ils présentent des problèmes de compétence et de comportement, en acceptant de passer d'une organisation réduite à celle de crise (mieux vaut se passer d'un poste médical avec un médecin inadapté, et proposer une compensation financière dans cette situation aux médecins du service qui assumeront de toute façon le déficit médical de fait). Le médecin remplaçant engagé à un tarif supérieur à celui de certains jeunes collègues beaucoup plus courageux et méritant, a un effet démoralisant sur l'ensemble de l'équipe.
- mettre en œuvre, en collaboration avec le CHU, un programme de formation des internes de médecine générale et de DESC d'urgence, pour établir une filière de recrutement.
- mettre en œuvre des mesures qui redonnent du temps médical effectif avec une organisation réduite, voire de crise - Redistribuer des tâches vers des professionnels non médicaux.

Quelques exemples :

- limiter le temps administratif à sa plus simple expression, en le partageant entre les différents praticiens



- créer une véritable interface non médicale avec les familles avec l'engagement d'aller vers eux lorsque l'ensemble des données sont réunies pour que le médecin ne soit pas sans cesse interrompu dans son travail
- formation des personnels non médicaux à certains soins (gypsothérapie)
- protocole de prescription infirmière d'actes de radiologie en traumatologie dès l'accueil
- transports inter-hospitaliers paramédicalisés (protocolisés avec le SAMU 50)
- améliorer la démarche de recherche de lits d'aval (déjà mis en place)
- séniorisation systématique du recours au spécialiste, ou à l'imagerie, avec établissement de protocoles en partenariat avec les spécialistes, pour réduire le temps de négociation
- réduire le temps de négociation avec le spécialiste pour l'obtention d'un lit d'aval, et notamment sénioriser cette démarche en amont.

En résumé, les fils conducteurs de cette organisation sont :

- redonner du sens à ce que l'on fait en s'appropriant la structure
- introduire la notion exportable que l'attractivité d'un service d'urgence ne dépend pas uniquement du ratio nombre de passages aux urgences / nombre d'ETP présents
- introduire la notion exportable également qu'activité supérieure avec une organisation plus opérationnelle = rémunération supérieure
- lutter contre les idées préconçues avec une démarche pédagogique globale (praticiens, usagers, élus locaux).

Rôle de chef de service :

- être garant des organisations, des compétences avec la gestion du recrutement médical
- prendre en compte les différentes actions pédagogiques permettant de tenir ces organisations
- négocier et faire respecter les objectifs permettant de justifier une rémunération différente.

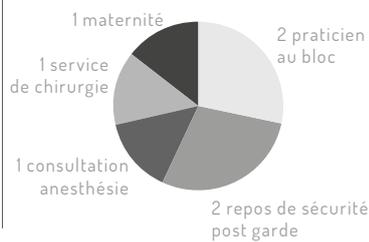


3.6. Anesthésie

3.6.1. Organisation du service

Le service d'anesthésie dans son fonctionnement actuel comporte plusieurs activités :

- une activité de bloc opératoire et de Salle de Surveillance Post Interventionnelle (SSPI), comprenant principalement des actes chirurgicaux de chirurgie viscérale, de chirurgie orthopédique et traumatologique, de chirurgie gynécologique, de chirurgie ORL, ainsi que des actes d'endoscopie digestive. Cette activité comporte également la réalisation des cardioversions et des sismothérapies. En SSPI sont également réalisés les poses des voies veineuses centrales pour les services de chirurgie et de médecine, les blood-patches pour le traitement des céphalées post ponction lombaire, et des blocs antalgiques.
- une activité de consultations d'anesthésie pour le bloc opératoire.
- une activité de médecine péri-opératoire et péri-partum dans les services de chirurgie et d'obstétrique.
- une activité d'obstétrique dans une maternité de niveau 3 (analgésie du travail, césariennes, prise en charge anesthésique et réanimatoire des complications obstétricales, consultations d'anesthésie).
- une activité d'imagerie pour la réalisation des scanners sous anesthésie (1 créneau par trimestre).
- une permanence des soins pour le bloc opératoire et les services de chirurgie
- une permanence des soins pour la maternité

BESOIN DU SERVICE

Pour pouvoir assurer ce fonctionnement, le service d'anesthésie a besoin chaque jour de la semaine de 7 praticiens (2 au bloc opératoire, 1 en consultations d'anesthésie pour le bloc, 1 pour les services de chirurgie, 1 pour la maternité, et 2 en repos de sécurité post garde), et le week-end et jours fériés de 2 praticiens. Cette activité médicale nécessite 12,56 ETP. Actuellement l'équipe ne comporte que 4 médecins titulaires : 3 praticiens hospitaliers temps plein, dont deux qui acceptent jusqu'à présent de faire du temps additionnel, un clinicien hospitalier temps plein (pour mémoire nous avons également un praticien hospitalier en arrêt longue maladie). Ce manque d'effectifs de médecins titulaires par rapport aux besoins nécessités par l'activité du service nous oblige à un recours très important à l'intérim médical : chaque semaine nous avons donc besoin de 3 à 6 médecins intérimaires, selon les congés et les récupérations.

| BLOC OPÉRATOIRE

ANNÉE	NOMBRE DE PATIENT OPÉRÉS		
	Programmés	Urgences	Total
2013	3377	1601	4978
2014			5180
2015	3253	1948	5201
2016	3632	1980	5612

* ce nombre comprend également les patients opérés sous anesthésie locale pure.

| CONSULTATIONS ANESTHÉSIIQUES POUR LE BLOC ET LA MATERNITÉ

ANNÉE	NOMBRE DE PATIENT CONSULTATIONS		
	Bloc	Mater	Total
2013	2869	1622	4491
2014	3120	1594	4714
2015	3042	1713	4755
2016	3682	1635	5217

| MATERNITÉ

Année	Nombre naissance	Nombre d'anesthésie	% naissance avec APD	% naissance avec anesthésie	% césarienne
2002	2306	1578	64,7	68,4	
2003	2168	1615	69,3	74,5	15,3
2004	2231	1651	68,1	74,0	16,0
2005	2199	1680	71,5	76,4	16,9
2006	2146	1715	74,6	79,9	17,1
2007	2078	1665	74,7	80,1	20,4
2008	2141	1762	77,8	82,3	19,1
2009	2139	1743	77,5	81,5	18,2
2010	2058	1746	80,3	84,8	20,7
2011	2042	1735	81,5	85,0	21,2
2012	2112	1851	83,6	87,6	21,2
2013	1937	1736	87,8	89,6	18,3
2014	1964	1777	88,2	90,5	20,0
2015	1915	1765	90,1	91,9	19,6
2016	1855	1680	88,9	90,3	17,1

3.6.3. Projets pour les années à venir

Le service d'anesthésie est un service prestataire transversal au sein du CHPC. Son projet est donc essentiellement celui de satisfaire les demandes, et d'accompagner le développement des autres services qui y ont recours, dans le respect impératif des règles de sécurité définies par la Société Française d'Anesthésie Réanimation.

Néanmoins, du fait d'une part des difficultés de recrutement d'effectif médical et paramédical, tant au niveau national que local, du fait d'autre part d'une équipe médicale et paramédicale vieillissante, l'avenir du service reste préoccupant, avec une absence de perspective de recrutement à court terme.

4. Pôle M – Spécialités médicales



4.1. Médecine gériatrique (gériatrie aiguë)

- il s'agit d'un service MCO de 30 lits, labellisé « Court séjour gériatrique » en 2014. Il répond à la circulaire DHOS du 28 mars 2007 : « L'unité de court séjour gériatrique prend en charge en hospitalisation complète des patients gériatriques, généralement âgés de soixante-quinze ans et plus, se caractérisant par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique ou d'un risque de dépendance majeure, et par l'intrication fréquente des pathologies neuro-dégénératives et somatiques et de problèmes sociaux surajoutés. Ces patients sont hospitalisés en raison de l'aggravation d'une de ces pathologies ou de la survenue d'une affection aiguë. Les modes de présentation de ces affections n'orientent pas toujours d'emblée vers une pathologie d'organe précise. »
- des méta-analyses et une revue Cochrane (Ellis, 2011) ont montré que les personnes âgées hospitalisées dans ce type d'unité ont un risque de déclin fonctionnel et perte d'autonomie moindre (en comparaison à une prise en charge dans une unité d'hospitalisation générale), et une probabilité plus élevée de vivre encore à domicile à 6 et 12 mois après l'hospitalisation, sans effet significatif sur la mortalité. Des études ultérieures (Flood, 2013) montrent aussi des coûts moins importants avec ce type de prise en charge.
- les patients qui tirent le plus de bénéfices de ce type de service sont donc ceux qui risquent d'aggraver leur état de dépendance ou d'avoir besoin de plus d'aides (alors qu'ils n'en avaient pas ou peu avant) au cours ou au décours d'une pathologie aiguë.

4.1.1. Admission des patients

Des critères d'admission peuvent être ainsi formulés :

Patients de plus de 75 ans nécessitant une hospitalisation en soins aigus, avec un ou plusieurs critères suivants :

- état confusionnel aigu
- troubles cognitifs
- dépendance partielle / besoin d'aide à domicile pour les activités de base
- chutes répétées
- multiples pathologies

Afin d'éviter une perte de chance à certains patients et de permettre un bon fonctionnement, des critères de non-admission ou d'exclusion sont aussi définis :

- toute pathologie instable nécessitant des soins et/ou une surveillance continue
- probabilité élevée de transfert en réanimation ou soins continus dans les 24 heures
- patient relevant d'un service de spécialité d'organe
- absence d'indication à une hospitalisation en milieu aigu
- décompensation psychiatrique aiguë avec risque de fugue, suicide, agressivité.

L'admission des patients se fait soit :

- depuis les urgences (ou un autre service hospitalier)
- directement depuis le domicile ou lieu de vie habituel, sur demande du médecin traitant

► Admission depuis les urgences (ou autre service) :

- elle se fait préférentiellement après avis d'un gériatre, et, le cas échéant, en respectant les critères ci-avant.

- il serait préférable de privilégier des entrées avant 18h. En effet, des entrées plus tardives perturbent le fonctionnement du service, mettent en difficulté l'équipe paramédicale, ne permettent pas un accueil optimum du patient et perturbent les soins administrés aux autres patients (en particulier, lors d'entrée nocturne, perturbation du sommeil, dont la qualité est fondamentale ...)
- par contre, des admissions peuvent se faire dès 11h30, puisque un effort est mené pour agencer les sorties des patients préférentiellement le matin.
- un groupe de travail avec urgentistes et gériatres est envisagé afin d'optimiser la filière admission des patients âgés, puisque la proportion de ces patients arrivant aux urgences va continuer à croître. Après avoir identifié rapidement les patients qui devront rester hospitalisés (à partir de quelques critères), l'objectif serait d'extraire rapidement ces patients du secteur urgences, pour permettre une meilleure fluidité et éviter des complications (en particulier, syndrome confusionnel, syndrome d'immobilisation, iatrogénie).

► **Admissions directes (programmées) :**

- elles représentent actuellement un nombre limité d'entrées (environ 75/an) mais une meilleure communication avec les médecins traitant est souhaitée pour privilégier ce type d'entrée, notamment afin d'éviter :
 - Du travail inutile pour le service des urgences
 - Un temps d'attente du patient aux urgences, avec ses risques
- l'entrée est déclenchée sur appel du médecin traitant, de préférence au 06.79.90.71.43 (N° de portable d'accès direct les jours ouvrables) et validation par un gériatre.
- une entrée programmée ne peut se concevoir que pour les patients qui ne requièrent pas une prise en charge en urgence et/ou qui n'ont pas besoin d'examen complémentaires urgents.
- dans certaines situations où le patient serait venu aux urgences mais ne nécessiterait pas une hospitalisation urgente, il est proposé qu'il soit ré-adressé au domicile en attendant une hospitalisation programmée.

4.1.2. Séjour dans le service :



- le respect des bonnes pratiques gériatriques doit être recherché. Il nécessite une formation de l'équipe paramédicale et médicale et des connaissances régulièrement rappelées par l'équipe d'encadrement du service. L'inscription d'IDE à un DU de gérontologie est donc souhaitable.
- actuellement, les services fonctionnent de façon trop standardisée et avec beaucoup d'inertie (délai important entre le moment où un problème gériatrique est repéré et le moment où les solutions pour y remédier sont réellement mises en place). L'objectif est de s'adapter aux besoins de chaque patient.
- la prise en charge dans le service de médecine gériatrique se caractérise par une évaluation gériatrique systématique du patient afin d'identifier les problèmes et générer un plan de soins personnalisé et coordonné entre les différents professionnels.
- ce plan de soins est défini notamment lors d'une réunion hebdomadaire structurée (« staff ») avec les différents intervenants (médecin, IDE, AS, IDL, Assistante sociale, diététicienne, rééducateurs, cadre de santé responsable du « parcours patient »). La qualité de cette réunion est encore à optimiser.
- les interventions mises en place visent évidemment la prise en charge de la pathologie aiguë mais aussi les facteurs de risque de déclin fonctionnel (avec entre autres,

○	COLLABORATIONS À RENFORCER	mobilisation précoce, mesures de base de prévention de l'état confusionnel, alimentation et hydratation adéquate...).
○	PSYCHOLOGUE DISPONIBLE	- des collaborations seraient à renforcer afin d'améliorer la prise en charge : psychogériatrie, médecine physique ... Une conciliation médicamenteuse est effectuée pour certains patients, actuellement dans le cadre d'une expérimentation. Il est souhaitable que cette conciliation soit maintenue de façon pérenne et généralisée à l'ensemble des patients.
○	LITS SOINS PALIATIFS DEMANDÉS	- un temps de 20% de psychologue, formée à la prise en charge de la personne âgée, est disponible, permettant d'apporter un soutien au patient dans certaines situations difficiles, ou d'apporter une aide aux aidants. Il serait souhaitable de mieux définir quelles situations justifient le recours à la psychologue
		- enfin, le service étant parfois amené à assurer des soins terminaux ou pré-terminaux, 2 lits identifiés « soins palliatifs aigus » sont demandés.

4.1.3. Sortie :

La transition hôpital – domicile est toujours périlleuse dans le cas d'une personne âgée. La sortie doit être anticipée, quasiment dès l'entrée du patient dans le service (notamment par le recueil des conditions de vie, du niveau de dépendance avant l'hospitalisation et des différentes aides en place).

Le service bénéficie d'une IDL (infirmière de liaison) dont le rôle est de participer à l'élaboration du projet de sortie, en collaboration avec le patient, ses aidants, l'équipe médicale, et en coordination avec le réseau gériatrique extérieur. Son rôle est crucial et le poste est évidemment à maintenir. La coordination avec l'assistante sociale est à mieux préciser.

Afin d'optimiser la sortie :

- le patient sort avec le compte rendu médical. Sa transmission par voie informatique sécurisée est à privilégier de façon à ce que le médecin traitant l'obtienne sans délai. Une fiche de conciliation médicamenteuse est jointe au compte-rendu, résumant et justifiant les modifications thérapeutiques. L'intégration de cette fiche au CRH est souhaitée, mais dépend du système informatique.
- dans les cas les plus complexes, le médecin traitant devrait être prévenu par téléphone si possible.
- une éducation thérapeutique du patient ou de l'aidant est à envisager pendant le séjour hospitalier et l'ordonnance doit être expliquée

Une check-list détaillée des différents points à valider pour la sortie est à envisager, contrôlée par l'IDL.

4.1.4. Équipe mobile d'évaluation gériatrique (= EMEG)

EMEG intra-hospitalière :

Les personnes âgées hospitalisées dans un service n'appartenant pas à la filière gériatrique peuvent, si nécessaire, bénéficier d'une évaluation gériatrique spécialisée par l'équipe mobile.

Les missions de l'EMEG sont :

- de repérer les problèmes annexes à la pathologie aiguë, mais dont la prise en charge est nécessaire (pendant l'hospitalisation ou à distance) pour éviter un déclin fonctionnel (=syndromes gériatriques)
- d'aider à la prise d'une décision dans certaines situations complexes
- de diffuser la culture gériatrique

Procédure et prise en charge :

- la demande se fait par le médecin en charge du patient. Le motif doit être précisé (les simples motifs « personne âgée » sans autre précision, ou « hébergement » ne sont pas suffisantes).
- l'intervention est systématique à l'UHCD tous les jours ouvrables.
- l'évaluation se fait le plus souvent par un binôme infirmière-gérontologue et donne lieu à un compte rendu écrit. Ce compte rendu donne un certain nombre de propositions et recommandations, mais en aucun cas l'EMEG n'est prescripteur.
- une réévaluation/suivi par le binôme gérontologue-infirmière (sans nouvelle demande du médecin en charge du patient -par exemple, suivi d'un syndrome confusionnel...) n'est actuellement pas prévue mais serait souhaitable, en particulier pour favoriser l'application des préconisations et diffuser les bonnes pratiques gérontologiques dans les services. Là encore, une infirmière ayant une formation de gérontologie est souhaitable.
- une plus forte implication de l'EMEG pour les patients de la filière orthogériatrie serait bénéfique.

EMEG extra-hospitalière : cf « Projets transversaux / Projet gérontologique »



4.2. Médecine polyvalente

Le service de médecine polyvalente du site de Valognes est un service de court séjour. Sa mission est d'accueillir les patients polypathologiques à caractère aigu ne justifiant pas une prise en charge spécialisée immédiate et qui ne justifient pas d'être à proximité d'un bloc opératoire ou d'un service de réanimation. Les demandes d'avis spécialisés, si besoin, se font soit grâce aux consultations avancées sur le site de Valognes, soit auprès des services de spécialités du site de Cherbourg, soit en libéral lorsque la spécialité n'est pas représentée au centre hospitalier du Cotentin.

La capacité d'hospitalisation du service est de 50 lits divisée en 2 unités (médecine 1 et médecine 3) incluant 4 lits identifiés en soins palliatifs.

4.2.1. Modalités d'admission :

- admission directe dite « hospitalisation programmée » : soit par reconvoque par les médecins du service soit à la demande du médecin traitant après accord d'un des médecins du service.
- mutation inter service : par contact direct entre le médecin du service demandeur et après accord d'un des médecins du service.
- admission via le service d'accueil et des urgences (SAU) : après consultation par le médecin du SAU, avis spécialisé si nécessité urgente, vérification que l'état du patient soit stable et contact avec l'un des médecins du service pendant les heures ouvrables.

Les admissions en dehors des heures ouvrables se font avec les mêmes critères et sous la responsabilité du médecin du SAU.

4.2.2. Effectif en personnel :

Effectif médical théorique : 6.5 ETP (effectif jamais atteint)

Effectif para médical : 1 ETP cadre de santé, 1 ETP infirmière coordinatrice, 19.45 ETP – IDE, 28.60 ETP – Aides soignantes, 0.80 ETP – assistante sociale, 0.20 ETP – diététicienne.

Moyens manquants en RH :

- 2.5 ETP médecin
- ? ETP psychologue
- ? ETP fixe et stable en kinésithérapie et psychomotricité

4.2.3. Permanence des soins :

La prise en charge des patients hospitalisés est assurée par l'équipe médicale du service pendant la journée, 7 jours /7, soit de 08h30 à 18h30. La prise en charge de 18h30 à 08h30 est assurée par le médecin smuriste présent sur place. Cette prise en charge de nuit est palliée par une astreinte opérationnelle assurée par les médecins du service en cas de départ de l'équipe du SMUR en intervention.

4.2.4. Activités médicales du service :

- prise en charge des patients hospitalisés
- consultations externes en médecine polyvalente (en post-hospitalisation ou à la demande du médecin traitant)
- interprétation des holters tensionnels (MAPA) des patients hospitalisés et des consultations externes du site de Valognes
- consultations externes en addictologie
- consultations externes en douleur chronique
- consultations externes en maladies tropicales et retour de voyage
- centre de vaccination internationale.
- consultations externes en médecine polyvalente sur le site de Cherbourg (migrants en cours d'intégration)
- réunions de concertation pluri professionnelle en soins palliatifs

4.2.5. Problématiques :

- fermeture du service des urgences depuis août 2015
- sous effectif chronique en personnel médical « compétent »
- augmentation des admissions, via les urgences, des personnes avec comme seul motif « difficulté de maintien à domicile »
- baisse significative des pathologies à caractères aiguës chez les patients admis en médecine polyvalente
- augmentation de la DMS
- augmentation de la surcharge en soins infirmiers

La fermeture des urgences sur le site de Valognes a eu un impact important sur le service de médecine polyvalente avec modification des pathologies, âge et situation sociale des patients hospitalisés avec comme conséquence la création d'une astreinte opérationnelle de nuit assurée par les praticiens du service ainsi qu'une baisse de la motivation professionnelle chez certains parmi eux (équipe déjà en sous effectif chronique) avec risque éminent de départ de l'institution vers d'autres horizons

4.2.6. Objectifs et axes de travail :

Le seul projet actuel du service de médecine polyvalente est celui de maintenir la qualité et la sécurité des soins et améliorer la motivation professionnelle médicale et paramédicale de l'équipe.

Ce travail doit être fait rapidement afin d'essayer d'éviter l'épuisement professionnel :

- recrutement rapide de personnel médical confirmé
- développer les admissions directes via les médecins traitants
- revoir avec l'équipe médicale du SAU le profil des patients susceptibles d'être admis en médecine polyvalente



4.3. Médecine interne – maladies infectieuses

4.3.1. Préambule

Depuis mai 2015, le service de « Médecine Polyvalente » de Cherbourg est devenu le service de « Médecine Interne, Maladies Infectieuses ». Le recrutement est progressivement plus orienté vers les pathologies infectieuses, même si, de par la spécialité de « Médecine Interne », il reste toujours très polyvalent. L'équipe paramédicale actuelle résulte de la fusion des équipes de « médecine C » et « médecine E » avec une adaptation progressive aux pathologies prises en charge dans le service, chez des patients souvent âgés et poly pathologiques.

4.3.2. Contexte, état des lieux

Positionnement stratégique

Développement d'un service de spécialités médicales (Médecine Interne et Maladies Infectieuses) répondant à un besoin pour le bassin de population du Nord Cotentin. Les autres établissements de santé de la Manche assurant une activité similaires se situant à Avranches-Granville et St-Lô.

Activité

Activité d'hospitalisation, de consultation de Maladies Infectieuses et de Médecine Interne. Activité de vaccination (CVI sur Valognes, Dr Abbas). Activité d'avis inter-service.

Démographie médicale

Pour le moment, le service tourne avec deux praticiens généralistes et un praticien interniste, spécialisé en Pathologies Infectieuses. Il existe un PH attaché au service effectuant une demi-journée de consultation VIH par semaine.

Finances

Recommandations PHME, ANAP, IGAS

Les recommandations vont vers la diminution du nombre de lits d'hospitalisation traditionnelle, le développement de l'activité programmée en HDJ/HDS.

4.3.3. Adaptation offre de soins

- passage de 19 lits d'hospitalisation traditionnelle à 14 lits. Création de 2 lits d'hospitalisation de semaine. Possibilité d'évolution (12 lits d'hospitalisation traditionnelle et 4 lits d'hôpital de semaine en fonction du recrutement et de l'évolution de l'activité).
- développement de l'hospitalisation directe et de l'hospitalisation programmée via des créneaux de « consultation d'urgence » pour les médecins de ville.
- réorientation de patients consultants aux urgences ne nécessitant pas une hospitalisation immédiate sur les créneaux de consultation d'urgence+/-hospitalisation programmée.

4.3.4. Axes de développement

Disciplinaires

- nouveau dossier à déposer à ARS pour 2019 pour être CEGIDD de la Manche.
- dossier à déposer à ARS pour développer la vaccination polyvalente sur Cherbourg et Valognes.
- dossier à déposer à ARS pour être Centre Antirabique.
- développement des consultations de Médecine Interne et hôpital de jour de Médecine Interne.

Transversaux

- ligne d'avis inter service existant pour les Maladies infectieuses dans le CHPC pour les sites de Cherbourg et de Valognes (bip d'avis).
- attitude plus active via un partenariat avec le laboratoire de microbiologie (alerte pour l'isolement de certaines BMR, champignons, bactéries peu fréquentes) pour proposer aux services un conseil en antibiothérapie.
- développement d'une ligne d'avis d'Infectiologie pour la ville.

4.3.5. Qualité - Évaluation

Préparation de la Certification V2014. Binôme d'Infectiologie avec le pharmacien hygiéniste. Mise à jour des protocoles d'établissement pour les principaux sites infectieux en partenariat avec les services principalement concernés afin de faciliter leur mise en application. Réalisation d'EPP et d'audit sur le bon usage des antibiotiques sur l'établissement.

4.3.6. Partenariats

Services de Médecine Interne (Pr Bienvenu, CHU Caen) et de Maladies Infectieuses (Pr Verdon, CHU Caen). Création d'un poste ASR en Pathologies Infectieuses et Tropicales. Développement des liens avec la médecine de ville (via la ligne d'avis vers la ville, la possibilité d'adresser un patient sur les créneaux d'urgence de consultation, les FMC).

4.3.7. Recrutement

Recrutement d'un PH temps plein de Maladies Infectieuses et d'un PH temps plein de Médecine Interne.
Recrutement d'un ASR en Maladies Infectieuses

4.4. Rhumatologie, dermatologie, endocrinologie, diabétologie**4.4.1. Rhumatologie****► Le constat**

L'offre de consultations et du plateau technique en rhumatologie est insuffisante dans le Nord Cotentin. Les plannings en ville et à l'hôpital sont saturés. Il y a 20 ans, il y avait 5 praticiens en ville et 1.5 à l'hôpital contre aujourd'hui 3 en ville et 2 au CHPC. Nous avons une grande difficulté pour répondre à l'importante demande et notamment à celle considérée comme urgente. Cette demande est par ailleurs croissante (vieillesse de la population) et devenue exigeante. Il en découle un taux de fuite significatif et des passages aux urgences souvent inappropriés. Il faut également noter que l'imagerie demandée en consultation externe est souvent réalisée en libéral en raison des délais au CHPC (TDM et IRM +++).

► Les solutions

Nous proposons de renforcer l'offre de soins en rhumatologie :

- augmenter le nombre de consultations externes sur les sites de Cherbourg et de Valognes
- réorganiser les consultations externes :
 - Créer une « consultation d'urgence » sur RDV une demi-journée par semaine qui pourrait être assurée par les PH, l'ASR et l'interne de spécialité.
 - Organiser et développer des consultations dédiées : aux gestes techniques (déjà proposé), à l'échographie ou à certaines pathologies inflammatoires notamment

- (éducation thérapeutique) ainsi qu'aux patients récemment hospitalisés.
- développer la rhumatologie interventionnelle :
 - Augmenter les capacités d'intervention des rhumatologues en imagerie (actuellement en moyenne 9 actes par semaines)
 - Développer les gestes techniques sous échographie (gestes écho-guidés)
 - Réfléchir à une meilleure capacité d'intégration des rhumatologues de ville sur ce plateau interventionnel (complémentarité ville-hôpital).

► Les moyens

Le développement et la réorganisation de ces activités imposent des recrutements médicaux :

- un 3^{ème} PH temps plein :
 - Profil souhaité : jeune, formé à la rhumatologie interventionnelle (Echo, Scopie) notamment sur le rachis.
- un ASR :
 - Améliorer l'attractivité du service : nous devons être en mesure de mieux former les jeunes collègues à la rhumatologie interventionnelle (aussi valable pour l'interne)

Il faut investir :

- renouveler la scopie qui est moribonde est notoirement insuffisante pour les gestes sur le rachis
- réfléchir à l'acquisition (ou à l'accessibilité) d'un nouvel échographe avec les sondes adaptées notamment en consultation.
- former un des deux PH à l'écho-interventionnelle (DU)
- améliorer l'accessibilité du plateau d'imagerie pour les consultants externes :
 - IRM +++ et scanner
 - Radiographies (le jour de la consultation pour les urgences)
- développer la télémédecine :
 - Staff avec le CHRU de Caen



4.4.2. Dermatologie

► L'état des lieux

Outre la prise en charge des patients hospitalisés, nous devons faire face à une forte demande de consultations externes. Nous n'avons plus de PH de dermatologie et l'offre est actuellement réduite à 0.4 ETP ASR et 4 vacations par mois par nos attachés.

► Les objectifs et les moyens

Il paraît nécessaire de recruter 1 puis 2 PH de dermatologie afin de permettre :

- de répondre à notre mission de service public : consultations +++
- de redynamiser le plateau technique existant mais sous utilisé depuis le départ du PH : chirurgie, PUVA, photothérapie
- d'améliorer les conditions de formation des ASR et de l'interne pour cette spécialité (condition sine qua non pour conserver l'agrément)
- de renforcer le réseau avec le CHRU de Caen (cancéro)



4.4.3. Endocrinologie-Diabétologie-Nutrition

► Le constat

Avec un bassin de population de 200000 habitants et un éloignement géographique de 120 Km de Caen, l'offre de soins est insuffisante en diabétologie (3 praticiens endocrinologues

dont 1 en ville) et inexistante en nutrition. Les enjeux de santé publique sont pourtant importants tant pour le diabète que l'obésité.

► Les projets

Améliorer la prise en charge du diabète dans le Nord Cotentin :

- augmenter la capacité des consultations :
 - Diabète type I et II
 - Diabète gestationnel
- développer l'insulinothérapie optimisée (pompes à insuline)
- développer l'éducation thérapeutique (interne et externe) et créer des ateliers pour le diabète de type II.

Créer un projet et une activité de nutrition au CHPC :

- prise en charge de l'obésité et de la chirurgie bariatrique
- améliorer la prise en charge des maladies cardio-vasculaires et digestives.

► Les moyens

- recruter un 3ème PH diabétologue.
- former une autre IDE à l'éducation thérapeutique du diabète.
- former une deuxième IDE à l'éducation thérapeutique du diabète ainsi que certaines sage-femmes.
- équiper une salle d'éducation thérapeutique : tapis de marche, vélo.
- recruter un ASR nutritionniste (en cours) et à terme un PH.
- équiper une chambre pour obèse dans le futur service.

4.5. Hôpital de jour - spécialités médicales

Chef de pôle : Dr T. Colin

Responsable de service : Dr E. Le Gangneux

Cadre de santé : Mme N. Pezet

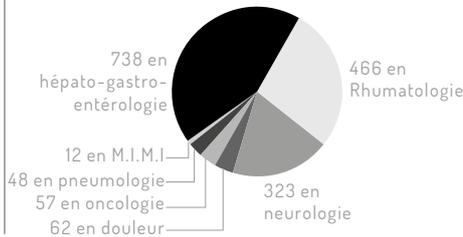
4.5.1. Historique et missions

Le service d'hospitalisation de jour, en tant que structure indépendante, a été créé en octobre 2015 à partir d'un « noyau » préexistant au sein du pôle M regroupant à l'époque les soins de jour du service de Rhumatologie-Dermatologie et de Gastro-entérologie, mais aussi de Gériatrie. Afin de répondre et de participer au développement des soins ambulatoires, partie intégrante du Projet d'établissement du CHPC, sont venues s'y attacher au cours de l'année 2016 d'autres spécialités médicales : Neurologie, Pneumologie, Oncologie hors chimiothérapie, transfusions pour des patients externes.

Ce mode d'organisation a pour but, avant tout, d'apporter au patient un confort dans sa prise en charge, de rendre plus fluide le parcours patient, mais aussi de redonner à l'hospitalisation complète « conventionnelle » son rôle propre dans chacune des spécialités concernées.

4.5.2. Évolution de l'activité (texte + tableaux en annexe)

RÉPARTITION DES PATIENTS



Le service a accueilli au total 1706 patients (hors gériatrie) pendant l'année 2016, répartis comme suit :

- hépato-gastro-entérologie : 738
- rhumatologie : 466
- neurologie : 323
- douleur : 62 (intégrée au service en février)
- pneumologie : 48 (intégrée au service en mai)
- M.I.M.I : 12
- oncologie hors chimiothérapie, transfusions : 57 (intégrée en octobre)

Seuls 29 séjours (20 HGE, 8 RDED, 1 NEURO), hors total, ont été convertis en Cs, en raison de récusation de dernière minute, non anticipable, du traitement.

En ce qui concerne, la partie gériatrique de l'activité, on dénombre sur les 11 premiers mois de 2016, 266 séjours (dont 7 liés à l'onco-gériatrie) et 618 actes de consultation externe. L'ensemble de cette activité sera reporté sur la nouvelle structure d'hôpital de jour Neuro-gériatrique qui ouvrira en janvier 2017.

Ces chiffres sont amenés à évoluer à la hausse en raison de l'intégration de l'onco transfusion depuis début novembre et des autres spécialités à venir.

4.5.3. Organisation et Fonctionnement

Le service est situé au 2ème étage du grand hémicycle, accès A, dans les locaux de l'ancien service de médecine polyvalente. Il fonctionne du lundi au vendredi hors jours fériés, de 8h30 à 17h30 et met à disposition des patients, à ce jour 1 places réparties comme suit :

- 3 fauteuils de soins « grand confort » permettant l'administration de traitements intra-veineux
- 7 (+2) lits conventionnels pour les patients les plus fragiles,

en permettant, selon la nature des soins une double rotation pour accueillir les patients le matin et l'après-midi.

► Organisation générale

Chaque patient, convoqué par son service référent est examiné par le médecin de la spécialité dont il relève. Ce dernier s'assure de l'absence de contre-indication de dernière minute au traitement, examine le patient, et effectue la prescription horodatée sur le SPU ainsi que la surveillance nécessaire. La prescription des médicaments hors T2A ou des produits sanguins ayant été préalablement faite au moment de la programmation du patient et transmise à la pharmacie ou à l'EFS. Le médecin concerné, qui ne reste pas sur place, doit être immédiatement joignable pour intervenir au moindre problème. A la fin du soin, la programmation de la séance suivante (si nécessaire) est réalisée ainsi que l'ordonnance spécifique. Un CRH est immédiatement dicté à l'intention des correspondants médicaux.

L'équipe paramédicale est composée de 2 IDE (2 ETP) et 1 AS (1ETP) qui possèdent les compétences nécessaires à l'administration des traitements réalisés sous la responsabilité du médecin référent. Les IDE participent à l'organisation du planning d'occupation des lits (logiciel GRR) en lien avec la secrétaire du service (1 ETP) qui reçoit les demandes d'admission et organise le parcours administratif du patient (gestion des PACS, convocation du patient)

► Les moyens matériels

À ce jour le service dispose du matériel nécessaire à son fonctionnement :

- lits et fauteuils médicalisés
- matériel de surveillance des constantes (Dynamap°, oxymètres de pouls)
- chariot d'urgence
- dotation en pharmacie

Certains de ces équipements devront être réévalués en fonction de l'activité.

► Les actes réalisés en HDJ

Ils doivent répondre à la circulaire frontière et relever d'un GHM facturable. Selon leur nature, ils sont séparés en deux groupes :

- les actes non déléguables :
 - ce sont toutes les biothérapies dont les modalités de prescription et de surveillance, la modulation in fine des doses, varient selon la spécialité, donc du médecin référent. Les rhumatologues utilisent au moins quatre classes de molécules différentes (infliximab, tocilizumab, abatacept, rituximab) que n'utilisent pas les gastro-entérologues (infliximab), les neurologues (natalizumab) et vice versa. La décision d'administrer ou non le traitement relevant du spécialiste concerné, de même que la modulation des traitements annexes du patient le jour de sa venue ;
 - C'est l'examen clinique spécifique du patient (calcul des indices d'activité de la maladie, spécifiques à chaque spécialité), de même que l'évaluation du patient qui vient mensuellement (il n'est pas techniquement possible de le voir en consultation externe à l'intercure) ;
 - Ce sont certains gestes techniques additifs (ponctions ou injections articulaires) réalisés le jour de l'hospitalisation ;
 - L'activité d'HDJ dans une spécialité donnée, est incluse dans le parcours de formation des Internes de cette même spécialité (sous la responsabilité de son sénior).
- les actes déléguables :
 - la transfusion de produits sanguins et dérivés
 - L'administration d'immunoglobulines intraveineuses
 - La réalisation d'une ponction évacuatrice d'ascite
 - La réalisation d'une perfusion de fer

Tous actes relevant de moyens thérapeutiques communs à la majorité des spécialités.

► Actes pratiqués par spécialité :

Ces derniers sont pratiqués sous la responsabilité médicale de chaque médecin prescripteur et du chef de service. L'administration de certains d'entre-eux est longue et oblige à une surveillance du patient d'environ 2 heures après la fin du traitement (JC) ; elle ne permet donc pas la double rotation (DR).

- hépato Gastro-entérologie (Dr H. TEDLAOUTI) (Pas d'hospitalisation l'après midi.)
 - REMICADE° (JC)
 - ENTYVIO° (JC)
 - VENOFRER° (DR)
 - Éducation HUMIRA°
 - Scanner, fibroscopie et colonoscopie sous prémédication
 - Ponction ascite + perfusion Albumine (JC)
 - Transfusions (DR)

- spécialités médicales et Médecine Interne (Dr COLIN, Dr ROGER)
 - REMICADE° (JC)
 - VENOFER° (DR)
 - ROACTEMRA° (DR)
 - ORENCIA° (DR)
 - Transfusions (DR)
 - Bilans infectieux, VIH
 - Ponction lombaire à visée thérapeutique (évacuatrice)
 - Ponction d'ascite avec perfusion de VIALABEX°
 - Bolus de Solumédrol° (JC)
 - Bolus ENDOXAN° (JC)
 - RITUXIMAB° (JC)

- neurologie (Dr KASSIS)
 - Bilan mémoire (BNP+ EEG+IRM)
 - Bilan vasculaire
 - PL Evacuatrice
 - TYSABRI° prescription
 - TEGELINE
 - Perfusion de SOLUMEDROL°
 - Test à la Dopamine

- douleur (Dr AERTS) : Uniquement le lundi de 14h à 16h30 : protocole de QUTENZA° : application et surveillance, 2h30 (nécessite une chambre seule).

- pneumologie (Dr LE MOEL)
 - TEGELINE°, CLAIRYG°
 - Anti IgE
 - Transfusions
 - VENOFER°
 - Perfusions d'alpha-1 antitrypsine

- oncologie hors chimiothérapie (Dr L. KALUZINSKI)
 - ponction ascite (soustractives)
 - perfusion albumine
 - Transfusions (DR)
 - Venofer° (DR)

4.5.4. Perspectives d'évolution

Au début de l'année 2017, l'HDJ gériatrique va rejoindre la consultation «mémoire» dans le service de Neurologie pour former l'unité d'hospitalisation de jour à visée diagnostique dans le circuit de prise en charge du patient gériatrique (Dr Rabourdin).

Les locaux libérés seront réinvestis pour augmenter le capacitaire et permettre de compléter les missions de l'HDJ, à savoir :

- accueil d'une partie des activités ambulatoires du service de Néphrologie du Dr Queffeuou, essentiellement réalisation des protocoles néphro (préparation des patients (de moins de 75 ans) insuffisants rénaux aux examens avec produits de contraste iodé, bolus d'endoxan° ou de corticoïdes)
- protocoles néphro chez les patients de plus de 75 ans relevant de l'HDJ gériatrique
- mise en place d'une filière de transfusions dédiée au service des urgences nécessaire à la prise en charge des patients qui peuvent justifier une transfusion différée de 24 à 48 heures et permettre aux urgentistes de disposer d'une place réservée dans les délais impartis.

► Rédaction d'une Charte de fonctionnement / règlement intérieur

Afin d'assurer dans les meilleures conditions la prise en charge du patient en HDJ et son parcours, des règles de fonctionnement doivent être rédigées, ainsi que l'a fait la Chirurgie ambulatoire, chaque intervenant s'engageant à les respecter :

Le médecin responsable de l'HDJ est chargé de veiller au bon déroulement du fonctionnement médical et au respect des règles de fonctionnement auprès de ses confrères :

- le médecin référent spécialiste du patient organise son planning pour être disponible le jour et à l'heure ou son patient est convoqué, ou à défaut (congrés, ...) délègue un de ses confrères compétent dans la spécialité (PH, Interne de spé) ;
- le même s'engage à respecter l'heure à laquelle le patient a été convoqué afin de ne pas perturber la programmation et le déroulement des soins de la journée ; le médecin référent spécialiste connaît les indications justifiant de l'HDJ (GHM facturables) lorsqu'il envisage ce type d'hospitalisation pour éviter (sauf contre indication de dernière minute) la conversion en tarification CS

► Recrutement d'un ou de médecins généralistes

En raison de l'augmentation et de la diversification de l'activité de l'HDJ et par là-même des actes dits déléguables ;

Conformément à l'article D 6124 – 303 du Code de la Santé Publique) qui stipule que « Pendant les heures d'ouverture, est requise, dans la structure, et pendant la durée des prises en charge », la présence minimale permanente :

- d'un médecin qualifié ;
- d'un infirmier diplômé d'état
- (...) article D. 6124-303 »,

afin de garantir la sécurité et la surveillance continue des patients, il va être nécessaire de procéder au recrutement d'au moins deux médecins généralistes à temps partiel pour assurer cette surveillance et la présence médicale nécessaire. D'une part parce que les services de spécialités sont pour la plupart géographiquement éloignés de l'HDJ (temps d'intervention en cas de problème), et que l'augmentation d'activité en actes dits déléguables (notamment transfusions de sang et de plaquettes) et leur surveillance justifierai recrutement, d'autre part. Le juxtaposition de deux postes à temps partiel permettra de maintenir une continuité compatible avec la permanence des soins et les absences des praticiens et ce sans avoir recours, dans la mesure du possible, à une procédure dite dégradée, qui de toute façon devra être néanmoins écrite.

► Les moyens médico-administratifs.

La libération de temps de secrétariat (1 ETP) en raison du départ de l'HDJ gériatrique va permettre de simplifier la gestion administrative :

- centralisation des demandes d'admission en HDJ de la part des services tiers ou de l'extérieur, convocation des patients, préparation des dossiers
- frappe de tous les CRH relevant de l'HDJ, en créant un poste « HDJ pôle M » dans le logiciel Dicteur^o
- planification des hospitalisations via GRR en collaboration avec les IDE.

Ce dernier point sous-entend que tous les intervenants médicaux ou administratifs puissent avoir accès au moins en lecture seule au logiciel, à partir de leur poste de travail habituel, pour connaître les disponibilités du service pour accueillir un patient vu en consultation par exemple.

4.5.5. Conclusion

Situé au carrefour des plateaux de soins réorganisés ces deux dernières années et des différentes spécialités médicales au sein du CHPC, l'HDJ pôle M doit permettre de favoriser la prise en charge ambulatoire du patient dans des conditions de confort matériel et psychologique et de recentrer l'hospitalisation complète sur son rôle propre.

4.6. Unité d'évaluation neuro-gériatrique

4.6.1. Introduction

Depuis l'année 2004, au sein du Centre Hospitalier Public du Cotentin, les équipes médicales de gériatrie et de neurologie proposent une expertise des maladies de la mémoire et tentent d'apporter des alternatives à l'hospitalisation des patients âgés fragiles.

Il existe actuellement :

- un Hôpital de Jour Gériatrique de quatre places,
- des consultations gériatriques.
- des consultations « mémoire » au sein de deux structures : « l'unité mémoire » pour les patients âgés de moins de 75 ans et la consultation gériatrique pour les patients plus âgés.
- des consultations d'évaluation gériatrique d'aide à la décision thérapeutique en oncologie, en orthopédie, en cardiologie et selon les demandes des services de spécialités.

Évolution envisagée :

Dans le but d'améliorer la qualité des interventions et de faciliter le parcours des personnes à plainte de mémoire et des personnes âgées « fragiles » demandeuses d'expertise, il est décidé de créer une unité d'évaluation neuro-gériatrique.

- l'objectif premier est de rassembler sur un même lieu géographique dans le CHPC les équipes de l'actuelle «Unité Mémoire» et de l'actuel «Hôpital de Jour Gériatrique» et de créer une dynamique permettant un travail collaboratif.
- le deuxième objectif est d'envisager le renforcement des effectifs médicaux et paramédicaux afin d'activer réellement les quatre places d'hôpital de jour Neuro-Gériatrique en offrant la prestation la plus complète possible.

La réflexion s'appuie :

Sur les recommandations de l'HAS : « maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge » 12 2011, « maladie d'Alzheimer : dispositif d'annonce et de diagnostic et d'accompagnement » 2012 ; sur les directives du plan Alzheimer 2008 2012 et son successeur 2014 2019, (annexe 1 : cahier des charges des centres mémoire (CMRR et CMR)) et sur la circulaire frontière relative à l'organisation des hôpitaux de jour.

Sur les données statistiques de notre territoire : les maladies neurodégénératives sont en grande partie liées au vieillissement. Le nord du département de la manche est peuplé d'environ 200 000 personnes dont 45 000 ont plus de 60 ans et parmi celles-ci, 17 000 plus de 75 ans et 1500 plus de 90 ans (données INSEE 2010). Selon l'INSEE il est attendu une augmentation de 30 % des personnes de plus de 75 ans d'ici les années 2030. Environ 20% de la population des personnes de plus de 65 ans a un vieillissement altéré et une perte de qualité de vie en lien avec une ou plusieurs pathologies et/ou un environnement dégradé. Ce chiffre atteint 50 % pour les personnes de plus de 85 ans. La prévalence de la maladie d'Alzheimer (et apparentée) est de 5% des personnes de plus 65 ans avec une croissance exponentielle avec l'âge pour atteindre 30 % après 85 ans. Il est licite de considérer qu'environ 2500 personnes vivant actuellement dans le nord du département de la manche ont besoin d'une prise en charge d'évaluation et de suivi. Le médecin traitant est le pivot de l'organisation des aides et des traitements adaptés à chaque patient, et nous devons nous attendre à une demande croissante d'expertises et de conseils neuro-gériatriques.

En 2015 « l'unité mémoire » avait une file active de 550 patients avec un total de 1100 consultations tous praticiens confondus.
L'hôpital de jour gériatrique a effectué environ 400 bilans dont plus de 70 % concernait des patients ayant des troubles de la mémoire.
Les évaluations oncogériatrique se sont beaucoup développées et concernent dorénavant trois à quatre patients par semaine.

4.6.2. Le fonctionnement actuel

L'hôpital de jour gériatrique regroupe différentes activités au sein d'un service unique de 4 places dont 1 lit. Il effectue :

Des évaluations gérontologiques multidimensionnelles pour les personnes âgées de + 75 ans.

- des évaluations psycho-gériatriques.
- des évaluations oncogériatriques.
- le suivi des patients déments.

SES Objectifs principaux sont:

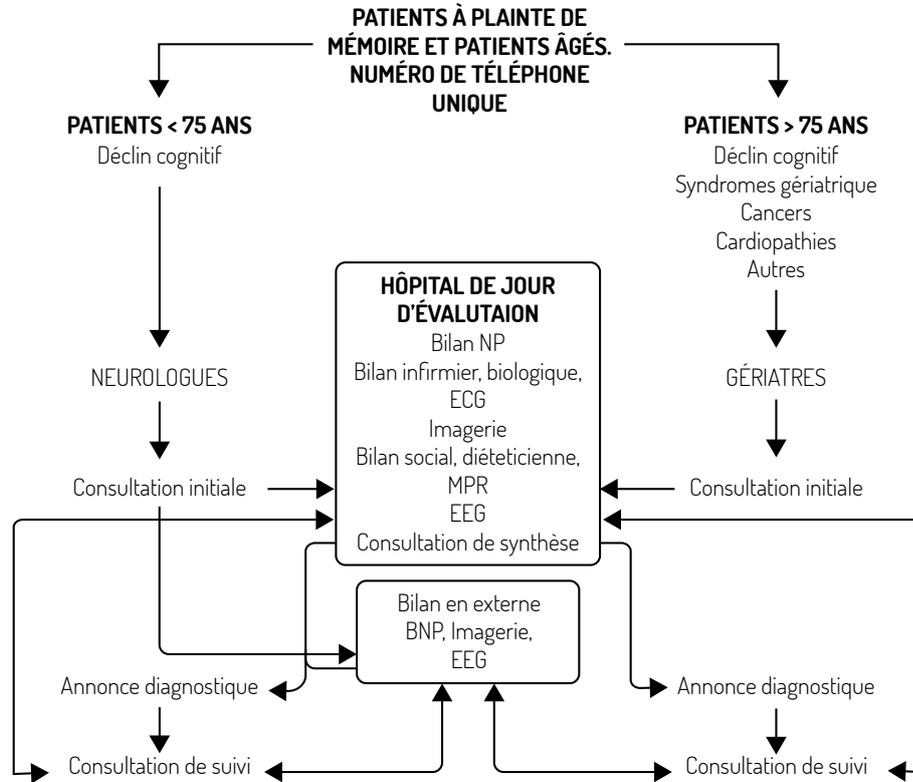
- proposer une évaluation gériatrique standardisée afin d'agir sur les principales pathologies liées à l'âge du patient : déclin cognitif, troubles psychocomportementaux, dépression, polypathologie, polymédication, perte d'autonomie, chutes, dénutrition, déficiences sensorielles, isolement.
- favoriser le maintien à domicile ou en EHPAD et assurer un contrôle et une surveillance des conditions de la qualité de ce maintien.
- favoriser les hospitalisations programmées dans des services adaptés (filiale gériatrique) et éviter les hospitalisations en urgence, favoriser l'accès des personnes âgées au plateau technique.

L'Unité mémoire propose des consultations aux patients à plainte de mémoire, de moins de 75 ans.

- évaluations neurologiques et neuro psychologiques
- identification des situations complexes.
- accompagnement de l'annonce diagnostique des patients et de leur entourage.
- mise en place d'un traitement spécifique et d'un accompagnement médico-social.
- assurer un suivi.

4.6.3. Évolution

PROPOSITION D'UN PARCOURS DU PATIENT À PLAINTES DE MÉMOIRE :



POUR LES CAS COMPLEXES : étude commune de dossiers une fois par mois entre médecins gériatres et neurologues, neuropsychologues, secrétaires

La demande d'évaluation provient des médecins libéraux, des médecins référents du réseau gériatrique local, des médecins neurologues, de l'unité cognitivo-comportementale, des médecins psychiatres.

► Pour les personnes de plus de 70 ans :

La décision d'hospitalisation programmée au sein de l'hôpital de jour gériatrique appartient au médecin gériatre référent du patient.

- Prise de rendez-vous (secrétaire) : Ouverture du dossier, récupération du dossier médical commun (infirmière).
- Première consultation (médecin) – temps avec CR : 1h30
Contenu :
 - Analyse de la plainte
 - Contexte de vie ADL – IADL
 - Bilan cognitif de débrouillage :
 - Outils : selon les habitudes de chacun
 - MMS
 - MOCA
 - HORLOGE

- 5 MOTS DE DUBOIS
- BEC 96

Par convention, le MMS est nécessaire pour la BNA.

- recherche de comorbidités et des autres facteurs de fragilité.
- examen clinique.
- prescription du contenu de l'hospitalisation de jour et des examens hors HDJ (EEG) (Support de prescription à remplir)
- adressage du CR au médecin traitant (secrétaire)

- Journée d'HDJ - Accueil infirmier (temps : 1h) : 1° acte

Contenu :

- prise de constantes :

- Pouls
- TA
- Poids
- Taille calculée ou mesurée (préférable)
- IMC.

- bilan biologique (si pas de bilan récent et selon prescription) :

- NFS
- CRP
- IONO Calcémie corrigée
- CREAT.
- TSH
- FOLATES
- TPHA VDRL
- ALB. Vit D. Vit B12

-ECG

- bilan sensoriel :

- Vision de près et de loin.
- Audition : voix chuchotée.

- marche / équilibre :

- Appui unipodal
- Vitesse de marche
- Time up and Go

- avec la famille ou l'aidant : description du plan d'aide (SSIAD - SAD – Accueil de jour – etc...)

- MNA (bilan nutritionnel, si pas de consultation diététicienne de programmée).

- Imagerie : scanner cérébral ou IRM. 2° acte

- Bilan neuropsychologique (neuropsychologue : ≈ 1h30-2h). 3°acte

- Bilan complémentaire, selon prescription : 4° acte facultatif

- assistante sociale
- ergothérapeute
- diététicienne
- EEG

- Consultation de synthèse (médecin : 30' ≈ 1h00). 5° Acte

CR adressé au médecin traitant (secrétaire)

- Consultation d'annonce diagnostique si non effectuée au moment de la synthèse (médecin).
± Accueil des aidants par la neuropsychologue.
CR adressé au médecin traitant (secrétaire)
- Consultation de suivi à 3 mois si traitement instauré (selon les habitudes du médecin) – 6 mois ou 1 an si la situation est stabilisée.
CR adressé au médecin traitant (secrétaire)
- Réévaluation neuropsychologique selon prescription du médecin.

► Pour les personnes de moins de 70 ans :

- la prise en charge concerne les médecins neurologues qui assureront dans un premier temps deux demi-journées de consultations par mois dans l'unité.
- des patients jeunes sont également adressés pour bilan d'évaluation à L'UENG par le/les neurologues libéraux, par les neurologues du CHPC en provenance des consultations externes mais également directement adressés par leur médecin traitant après utilisation d'un formulaire d'orientation rapide.
- les neuropsychologues effectueront le bilan neuropsychologique dans le cadre de l'HDJ (si la consultation de synthèse est possible) ou dans le cadre d'une consultation externe.
- le parcours complet d'évaluation sera proposé aux patients pour lesquels un référent médecin sera en mesure de proposer la synthèse de la journée, selon la prescription de ce dernier et dans le respect de la circulaire frontière.
- les patients adressés directement par leur médecin traitant seront orientés vers un correspondant neurologue du CMRR de Caen si les neurologues du CHPC ne peuvent les suivre.

► Activité d'évaluation oncogériatrique

Cette activité a débuté il y a 3 ans, répondant aux recommandations de bonnes pratiques de l'Institut National du Cancer.

L'approche oncogériatrique s'appuie sur une organisation en réseau, coordonnée par l'Unité de Coordination Oncogériatrique (UCOG) de Basse Normandie à Caen, Bérengère Beauplet étant la gériatre plus particulièrement impliquée avec Heidi Laviec.

Les patients sont orientés par les praticiens oncologues et chirurgiens après évaluation à l'aide du questionnaire G8 ; la décision d'inclusion étant systématique lorsque le score G8 est inférieur ou égal à 14.

L'activité s'organise sur les consultations du lundi.

L'organisation des HDJ d'oncogériatrie répond à la circulaire frontière, Il est donc nécessaire pour chaque journée d'HDJ d'avoir un créneau d'assistante sociale et de diététicienne.

Le temps de secrétariat est équivalent à un courrier de synthèse

Les demandes sont fluctuantes, entre 1 et 5 patients par semaine. Au delà de deux évaluations, un autre créneau de consultation doit être ouvert dans la semaine.

Pour l'heure, un seul médecin assure cette activité mais une évolution de l'offre d'évaluation est souhaitable.

4.6.4. Fonctions spécifiques des psychologues neuropsychologues en consultation mémoire au CHPC

La neuropsychologie s'intéresse à l'étude des relations entre le cerveau et les comportements (cognitifs et affectifs)

Elles sont seules à effectuer le diagnostic de troubles cognitifs. Elles contribuent au diagnostic de pathologies neurologiques.

► Domaines d'interventions :

- Pathologies neurodégénératives (maladie d'Alzheimer ou apparentée).
- Pathologies psychiatriques (anxiété, dépression, maniaque-dépression, schizophrénie).
- Pathologies vasculaires (AVC ou autres...).
- Maladies inflammatoires du système nerveux.
- Séquelles de traumatisme crânien récent ou ancien.
- Ictus amnésique idiopathique.
- Encéphalopathies (intoxications alcooliques et autres).
- Épilepsie.
- Iatrogénie.
- Autres (déficience intellectuelle développementale, apnée du sommeil, maladie inflammatoire).

► Population :

- seniors (TC, AVC, maladies neurodégénératives).
 - adultes (TC, AVC, OH, psychiatrie, épilepsie, troubles neurodéveloppementaux (TDAH, dys adultes, faible niveau intellectuel et autres).
 - enfants (troubles neurodéveloppementaux, épilepsie) Problématique : aucune prise en charge dans l'évaluation des enfants n'existe à ce jour dans le nord cotentin, les consultations les plus proches ont lieu à l'ADAPT de Bayeux, en pédiatrie et/ou au CRTLA basé au CHU de Caen avec un délai d'attente de plus de 6 mois. Les neuropsychologues sont parfois amenés au coup par coup à effectuer des bilans dans des cas bien définis.
- Constat : Les premières demandes concernent des patients de plus en plus jeunes.

► Mode d'entrée :

- médecin traitant
- service d'hospitalisation (MPR, Réa, Chir, EHPAD, SSR)
- psychiatre
- neurologue (Dr Le BIEZ en libéral)
- gériatres

À l'heure actuelle, chaque demande de bilan est visée par le médecin neurologue ou gériatre aussi bien pour les demandes provenant de l'intérieur du CHPC que de l'extérieur.

Un « bon » est mis en place, mais il est souhaitable que le patient ait été examiné ou, ait subi des tests de débrouillage au préalable.

► Prestations cliniques :

- Évaluation neuropsychologique : Évaluation des fonctions cognitives du patient (capacités d'apprentissage, raisonnement logique, mémoire, contrôle des émotions, de communication...) au moyen d'outils psychométriques appropriés. La prise en charge d'un patient tient compte de l'anamnèse. Elle consiste en la réalisation des tests psychométriques, la rencontre avec la famille, le traitement des données statistiques, la rédaction de compte rendu. Pour les patients jeunes la durée du bilan varie de 1h30 à 6h avec possibilité de le voir en plusieurs fois, pour le patient âgé le bilan se fait en une seule fois et dure en moyenne deux heures.
- suivi, soutien psychologique : Rôle d'information et de soutien auprès du patient et/ou de sa famille :
 - Explication des modifications cognitives et comportementales
 - Aide à l'acceptation du handicap
 - Aide à la gestion du quotidien en fonction du handicap cognitif (gestion de la fatigue)

- Soutien à l'annonce du diagnostic
 - Soutien psychologique
- orientation : Information du patient et de la famille pour les orienter vers les personnels compétents.
- Psychiatrie
 - Psychologues de ville et CMP
 - Assistant social
 - Orthophoniste
 - Plateau MPR
 - CLIC
 - Groupe d'aides aux aidants, etc...
- rééducation ou stimulation cognitive : Propositions ponctuelles de séances individuelles pour les patients non atteints de pathologies neurodégénératives (TC ou AVC) ne relevant pas du centre de rééducation fonctionnelle ou ayant fini la prise en charge en hospitalisation de rééducation fonctionnelle (lien très fort avec le CRF d'Aunay sur Odon):
- Travail avec le plateau MPR
 - 5 à 10 séances sont proposées au patient (environ 45 mn).
- atelier mémoire : Réalisé par Madame Legoupil. Animation d'ateliers de stimulation cognitive dispensés auprès de personnes atteintes de pathologies neurodégénératives. Actuellement : 6 patients maximum à raison de 1 séance par semaine (1 session = 10 séances) + 1 séance à 6 mois pour un suivi.

► **Activités institutionnelles :**

- travail pluridisciplinaire : Obtenir des informations et les transmettre, pour une meilleure prise en charge par le personnel soignant et rééducateur (médecin, rééducateur, orthophoniste). Travail d'information pour orienter au mieux le patient en fonction de ses besoins « sociaux » (curatelle tutelle) et rééducatifs. Participation au staff pluridisciplinaire.
- lien avec les partenaires du réseau médical et social externe : Pour l'aide à l'adaptation psycho-socio-professionnelle du patient (infirmière psychiatrique, médecin du travail, les CRF, les éducateurs, école et lieu de formation, etc....)
- activités dans le service de neurologie : Concernent madame ADIGOUN et madame LEGOUPIL. Transversalité. Remplacement de Mme POTEL, neuropsychologue du service de neurologie, afin de maintenir les soins pendant ses congés. L'exercice comprend la réalisation de bilans auprès des patients hospitalisés et les entretiens cliniques pour les patients qui présentent des problématiques d'ordre psychologique. Disponibilité en vue de situations urgentes et imprévues.
- activités formation, information et recherche (Temps FIR) : Mission de participation à l'encadrement et à la formation d'étudiants en psychologie. Il s'agit principalement d'étudiants de Master I, Master II, DU de neuropsychologie, Propositions des séances d'observation aux externes et internes en médecine et aux étudiants des IFSI. Maintien du lien avec l'unité de recherche UMRS U1077. Participation aux réunions du CMRR. Rôle d'information auprès des structures prenant en charge les cérébrolésés (foyer d'accueil, EHPAD, ASG), dispensation de cours. Temps de préparation des séances de stimulation et ateliers mémoire.

4.6.5. Fonctions

Médecins intervenants :

Pour la gériatrie (Chaque médecin gériatre consulte l'après midi de 13h à 18h30) :

- le Docteur CLOTTEAU consulte du lundi au jeudi 0,40 ETP
- le Docteur THOMAS POREE, lundi et parfois le vendredi 0,20 ETP
- le Docteur JAUNAIT, le mardi 0,10 ETP
- le Docteur RAZAFINDRAKOTO le Mercredi 0,10 ETP
- le Docteur LAMACHE le Jeudi 0,10 ETP
- vendredi, il existe un créneau d'urgence de 2h

Pour la consultation mémoire

- le Docteur RABOURDIN, le mardi et le jeudi 0,20 ETP
- le Docteur LAMACHE, le mercredi matin 0,10 ETP
- le Docteur DESSI, Neurologue, 2 AM/mois 0,05 ETP

RÉPARTITION DE L'OCCUPATION DES BUREAUX SUR LA SEMAINE

	Bureau 1	Bureau 2	Bureau 3
Lundi matin			
Lundi après-midi	AC	mtp	
Mardi matin			
Mardi après-midi	AC	EJ	OR
Mercredi matin		SL	
Mercredi après-midi	AC	AR	FD (neuro)
Jeudi matin			
Jeudi après-midi	AC	SL	OR
Vendredi matin			
Vendredi après-midi	AC	mtp	

Il existe actuellement, par semaine, la possibilité d'utiliser les bureaux de consultation deux après-midis supplémentaires et toutes les matinées.

Neuropsychologues :

- Anne DUTEIL : 8 ½ journées de consultation 1 ETP, neuropsychologue de l'HDJ gériatrique, spécialisée dans l'évaluation des personnes âgées.
- Celia ADIGOUN : 6 ½ journées de consultation 0.8 ETP, neuropsychologues de l'unité mémoire, prends en charge les adultes de tout âge.
- Valérie LEGOUPIL : 5 ½ journées de consultations, 1 ½ journée d'atelier mémoire 0.8 ETP, neuropsychologue de l'unité mémoire, patients adultes et parfois enfants.

Chaque Neuropsychologue dispose de son propre bureau.

Organisation des consultations :

- 4 BNP en HDJG par jour à répartir entre 3 neuropsychologues
- 1 à 2 BNP par ½ journée par neuropsychologue.
- 1 jour par semaine d'activité FIR.
- ateliers de stimulation cognitive. Actuellement une ½ journée par semaine.

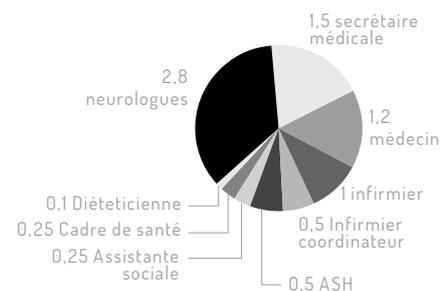
Les recettes attendues de l'activité de l'Hôpital de Jour Neuro Gériatrique seront évaluées dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A) et l'Unité Mémoire est financée par une MIGAC (Mission Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation).

4.6.6. Liens fonctionnels

- rattachement à la filière gériatrique du site cherbourgeois du CHPC (Médecine Gériatrique, Hôpital de Jour Gériatrique, EMEG)
- rattachement à la filière neurologique du site cherbourgeois

4.6.7. Moyens humains

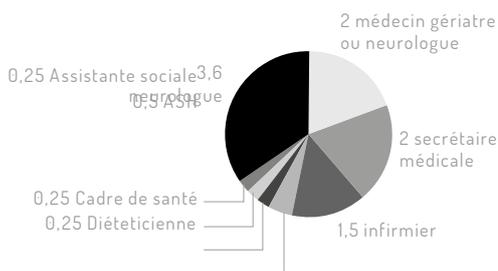
MOYENS HUMAINS ACTUELS (en ETP)



Dotation actuelle :

- cadre de santé : 0.25 ETP (déjà existant)
- infirmier avec fonction de coordination et d'évaluation gériatrique (formation DU gériatrique souhaitable) : 0,50 ETP (déjà existant)
- infirmier : 1 ETP (existant 0,80 ETP)
- aide soignante ou ASH : 0.5 ETP (Déjà existant)
- médecin : 1.20 ETP
- assistante sociale : 0,25 ETP (déjà existant)
- diététicienne : 0.10 ETP (déjà existant)
- neuropsychologue : 2.8 ETP (déjà existant) (1,6 ETP Neuro, 0.2 ETP non pourvus + 1 ETP pour HDJ Gériatrie)
- secrétaire médicale : 1.5 (déjà existant)

MOYENS HUMAINS SOUHAITÉS (en ETP)



Effectif souhaité :

- cadre de santé : 0,25 ETP
- infirmier : 1.5 ETP
- aide soignante ou ASH : 0.5 ETP
- médecin gériatre ou neurologue. : augmentation progressive à 2 ETP
- assistante sociale : 0.25 ETP (évolution souhaitée 0.5 ETP)
- diététicienne : 0.25 ETP (évolution souhaitée 0.5 ETP)
- neuropsychologue : évolution souhaitée 3,6 ETP.
- secrétaire médicale : 2 ETP
- ergothérapeute, Kinésithérapeute, psychomotricienne.

4.6.8. Activité - Financement

Financement :

- mission d'intérêt général, montant pour l'année 2015 : 251 800 €
- prix de journée selon PMSI pour l'HDJ : 388,62 € (cotation basse); 42 semaines travaillées/an soit 210 jours, remplissage à 80% : 670 J d'HDJ soit environ 260 000 €.
- consultations en CS environ 800 : 20 000 €
- consultations externes des NP ?
- total prévisible : 530 000 €

Coût prévisible en moyens humains : environs 500 000 €

4.6.9. Fiche de poste

IDE COORDINATRICE :

Prise de contact : (Fonctionnement actuel à réévaluer)

- appel par téléphone du patient ou de sa famille, pour programmer la consultation ou l'hospitalisation. La demande doit émaner : d'un médecin traitant, d'un gériatre, d'un service hospitalier.

- recueil des données du patient et de l'existence d'un aidant. Évaluation du besoin d'un bilan social (outil d'évaluation à travailler).
- elle demande qu'un accompagnant soit présent lors de la consultation ou de l'hospitalisation.
- elle coordonne tous les différents intervenants sur une journée.
- elle fixe une date en accord avec l'accompagnant, et en fonction du médecin présent.

Le jour de la convocation :

- accueil et installation du patient + aidant.
- mise à jour du recueil des données.
- mise à jour du dossier.
- fait le bilan programmé, si besoin.
- assure la prise des constantes + ECG+ différents tests.
- fait les soins programmés selon les protocoles prescrits.
- coordonne les différentes étapes de la journée.
- recueil des conclusions des différents intervenants en vue de la synthèse avec le médecin.

IDE :

- accueil et installation du patient + aidant.
- mise à jour du recueil des données.
- fait le bilan programmé + tests.
- fait les soins programmés selon les protocoles prescrits.
- soins locaux programmés.
- visite avec le médecin si besoin.
- mise à jour du dossier et transmissions écrites.
- commande et distribution des médicaments.
- commande DMS.
- aide au repas.
- aide à la réfection du lit.
- vérification et préparation des prises en charge des patients du lendemain.

AS ou ASH:

- accueil et installation du patient + aidant.
- transport du patient si besoin.
- soins programmés avec IDE.
- distribution et aide au repas.
- vaisselle.
- entretien et désinfection des locaux avec IDE.
- réfection du lit et des fauteuils.
- préparation de l'accueil du lendemain.
- commande de repas.
- commande des denrées alimentaires et du matériel.

Diététicienne : 2h par jour de présence

- évaluation, élaboration d'un projet diététique avec les aidants.
- encadrement prise des repas (conseils, infos, aide aux aidants).
- menus pour tous les patients (Datameal).

Assistante sociale : 2 h par jour

- passage chaque jour du lundi au vendredi.
- évaluation du projet social existant au domicile (patient + aidant).
- évaluation du projet actuel selon l'état de santé et l'état de dépendance.
- relevé de difficultés avec les aidants.
- renvoi vers le service social de l'APA ou de secteur et transmission de la situation (augmentation des aides).

Secrétaire :

- accueil physique et téléphonique et renseignements.
- accès aux outils du guichet intégré MAIA (formation spécifique).
- planification des interventions d'hôpital de jour avec l'IDE coordinatrice.
- prise de rendez-vous divers.
- convocations des patients.
- frappe des courriers et des bilans neuropsychologiques.
- participation aux synthèses.
- préparation et mise à jour des dossiers patients pour les consultations externes avec demande de PAC.
- classement.
- préparation des dossiers pour le STAFF + assistance au STAFF.
- statistiques.
- entrée données pour tarification consultation mémoire sur B N A (Banque Nationale Alzheimer).

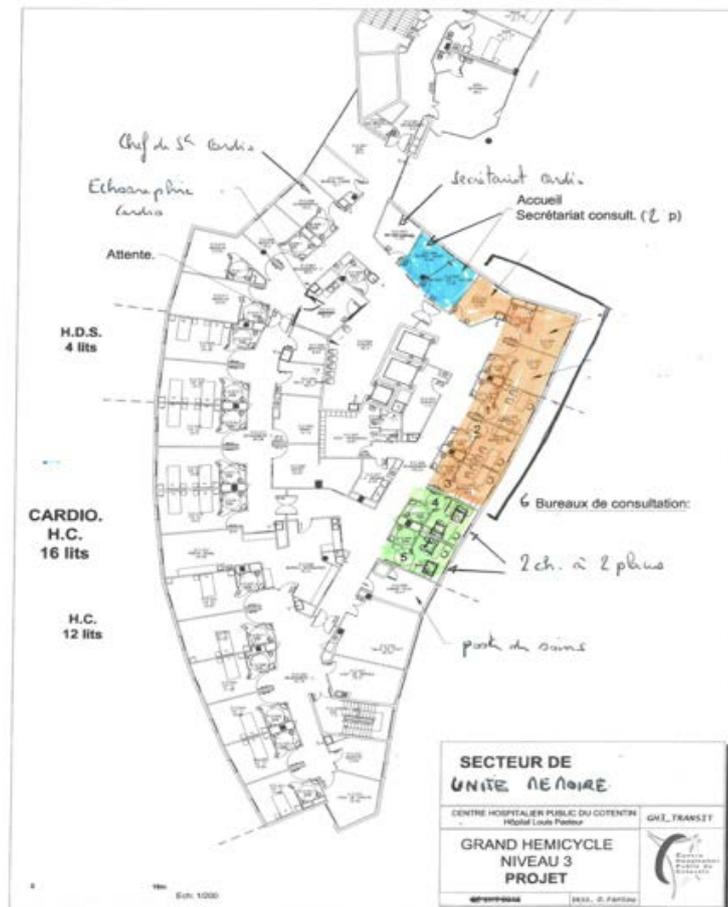
4.6.10. Situation géographique - Locaux

Le service, se situe au troisième étage, accès O, du « grand hémicycle » en prolongement de la cardiologie. Il est donc délocalisé par rapport au service de Court Séjour Gériatrique (2er étage, accès A) et du service de neurologie (même étage autre extrémité de l'hémicycle).

Il est composé de :

- une chambre à 1 lit + 1 fauteuil « grand confort.
- une chambre équipée de 2 fauteuil « grand confort » permettant de donner des soins locaux, de courte durée.
- une salle de soins et d'évaluation infirmier.
- une salle de jour aménagée en réfectoire permettant une prise de repas en commun.
- une salle de réunion (et de staff) mutualisée avec la cardiologie.
- un office commun avec la cardiologie.
- trois bureaux de consultation pour les intervenants, dont un est dédié au Docteur CLOTTEAU.
- trois bureaux pour les neuropsychologues.
- un bureau pour la secrétaire, à proximité de l'entrée du service (fonction d'accueil).
- un bureau pour l'infirmière coordonatrice mitoyen de celui de la secrétaire.
- un bureau pour la secrétaire décentré pour les fonctions de saisie

PLAN :



4.6.11. Articulations

Des partenariats doivent être développés en amont :

- filière gériatrique : CHPC – UCC – SSR Alzheimer.
- neurologie
- oncologie
- cardiologie
- EHPAD

L'évaluation bien conduite n'a de sens que si elle débouche sur des préconisations : un projet de soins, une réflexion sur le projet de vie et l'assurance d'une coordination des acteurs.

Un soin particulier doit être apporté à la relation avec les médecins traitants.

Également :

- MAÏA et les acteurs du guichet intégré
- services sociaux - CMS - CCAS – CLIC
- les relais régionaux : CMRR.

O. Rabourdin

N. Pezet

C. Adigoun

V. Lefrançois



4.7. Unité de soins palliatifs

4.7.1. Définition des soins palliatifs

Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage.

« Les personnes malades dont l'état requiert des soins palliatifs sont les personnes atteintes de maladie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale. Les soins prodigués visent à améliorer le confort et la qualité de la vie et à soulager les symptômes : ce sont tous les traitements et soins d'accompagnement physiques, psychologiques, spirituels et sociaux envers ces personnes et leur entourage. »

Loi n°99-477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs

4.7.2. Définition des unités de soins palliatifs

Les unités de soins palliatifs (USP) sont des unités spécialisées qui ont une activité spécifiques et exclusive en soins palliatifs. Elles s'inscrivent dans le schéma général d'une offre de soins globale et graduée défini par les circulaires n°2002/98 du 19 février 2002 et n°2008/99 du 25 mars 2008.

Les USP sont, au sein des établissements de santé, le troisième maillon d'une prise en charge qui est graduée en fonction de la complexité des situations rencontrées. Le recours à l'unité des soins palliatifs concerne les situations les plus complexes de fin de vie.

Les USP sont les structures de références et de recours, pour les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), les établissements disposant de lits identifiés de soins palliatifs (LISP) et les équipes de coordination des réseaux de soins palliatifs. Elles ont un rôle d'expert dans l'évaluation pour les soins palliatifs et l'accompagnement. Elles participent au débat public sur les questions de fin de vie. Les USP contribuent à la permanence des soins palliatifs et de l'accompagnement pour les malades hospitalisés et les proches, y compris dans le domaine du conseil et du soutien aux professionnels.

Les USP assurent une triple mission de soins, de formation et de recherche. Elles constituent un élément essentiel du maillage de l'offre régionale de soins palliatifs et ont vocation à participer à son organisation.

4.7.3. Les missions des unités de soins palliatifs

L'USP est une structure spécialisée qui accueille de façon temporaire ou permanente toute personne atteinte de maladie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vitale, en phase avancée ou terminale, lorsque la prise en charge nécessite l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire ayant des compétences spécifiques.

Elle assure les missions suivantes :

- missions de soins et d'accompagnements complexes et de recours. L'USP prend en charge les personnes présentant les situations les plus complexes qui ne peuvent plus être suivies temporairement à domicile, en établissement médico-social, ou dans leur service hospitalier d'origine.

Elle assure :

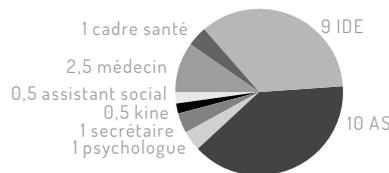
- L'évaluation et le traitement des symptômes complexes ou réfractaires, pouvant nécessiter une compétence ou une technicité spécifiques ou le recours à un plateau technique,
- La gestion des situations dans lesquelles des questions complexes relevant de l'éthique se posent,

- L'accompagnement des personnes malades et/ou de leur entourage présentant des souffrances morales et socio-familiales complexes.
- mission de formation. L'USP contribue à la formation initiale :
 - Elle assure l'accompagnement des stagiaires dans le cadre de la formation initiale ainsi que dans le cadre de la formation continue,
 - Elle participe à la mise en place et au fonctionnement des espaces éthiques régionaux pour les questions concernant la fin de vie,
 - Elle participe au fonctionnement des centres de référence et de documentation.
- mission de recherche et de ressources. L'USP assure ou partage la responsabilité de la conception et de la mise en œuvre d'actions de recherche dans une dynamique pluridisciplinaire souvent multicentrique dans les domaines de la recherche clinique et thérapeutique en soins palliatifs et accompagnement, de l'éthique en fin de vie, des sciences humaines et sociales, et de la pédagogie...

4.7.4. Les critères de fonctionnement

- critères d'activité : L'USP relève d'une activité de court séjour.
- dimensionnement : L'USP dispose d'une capacité de 10 lits
- le personnel

EFFECTIFS DE PERSONNELS
(en ETP)



- Effectifs de personnels : L'USP fonctionne avec les personnels suivants pour 10 lits : 2.5 ETP de médecin de plein exercice, 0.75 à 1 ETP de cadre de santé, 9 ETP d'IDE, 10 ETP d'AS, 1 ETP de secrétaire, 1 ETP de psychologue, 0.5 ETP de kinésithérapeute et de 0.5 ETP d'assistant(e) social(e). Les personnels sont recrutés sur la base de volontariat et doivent bénéficier d'un tutorat comportant pendant leur période d'intégration, un temps de travail en binôme. Les samedis, dimanches et jours fériés, une présence médicale d'au moins une demi-journée est requise. Le soutien de l'équipe repose notamment sur l'organisation régulière de temps de parole, avec la possibilité de recourir à une supervision individuelle, et sur l'analyse régulière des pratiques et des situations rencontrées.
- Formation des personnels : Les personnels de l'USP doivent avoir reçu une formation de type « approfondissement en soins palliatifs et à l'accompagnement ». Un médecin devra être titulaire d'un diplôme spécialisé (diplôme inter universitaire, DIU, de soins palliatifs ou diplôme d'études spécialisées complémentaires, DESC, « médecine de la douleur et médecine palliative »). Les autres médecins de l'unité devront être titulaires du DU (diplôme universitaire de soins palliatifs). Le cadre référent devra être titulaire du DIU ou DU. Pour la majorité des soignants, une formation de type « spécialisation » en soins palliatifs est recommandée. En outre, il est souhaitable qu'un membre de l'équipe (médecin, cadre ou IDE) ait eu une expérience de formateur, ou ait bénéficié d'une formation de formateur. Des formations spécifiques dans la dimension éthique, l'évaluation et le traitement de la douleur doivent également être favorisées pour au moins un référent de l'USP. L'équipe de l'USP doit bénéficier d'une formation continue, nécessaire pour assurer la mission de recherche clinique et de recours.

- Conditions d'accueil et d'hébergement :

- L'USP doit accueillir exclusivement des patients requérant des soins palliatifs.
- Les conditions d'accueil et d'hébergement devront privilégier particulièrement le confort du patient et de sa famille.
- L'USP doit pouvoir mettre des chambres individuelles à disposition des patients et être en mesure de disposer d'un lit d'appoint pour les proches, dans la chambre du patient. Il est nécessaire de disposer d'une pièce d'accueil et/ou de repos pour les proches, d'un lieu pour les bénévoles d'accompagnement, ainsi que de locaux

de réunion destinés notamment aux entretiens avec les proches, aux réunions de l'équipe.

- L'accès au plateau technique doit être organisé.
- Ces locaux seront disposés au même niveau que les chambres de l'unité.
- L'établissement devra également disposer d'une chambre mortuaire, conformément aux dispositions du décret n°97-1039 du 14 novembre 1997 et de l'arrêté ministériel du 24 août 1998.

- L'équipement

- les chambres seront équipées chacune d'un lit médicalisé à commande électrique, de matelas et coussins anti-escarres, d'un fauteuil de repos, d'une ligne téléphonique, d'un système d'appel-malade et de fluides médicaux,
- l'équipement sanitaire devra être adapté à la population accueillie (patients et accompagnement) : douches et/ou « chariots-douche » destinés aux patients, douches à disposition des proches,
- des moyens techniques adaptés à la prise en charge seront disponibles en nombre suffisant dans le service : pousse-seringues électriques, pompes pour le contrôle de l'analgésie ainsi que des appareils de neurostimulation cutanée,
- des possibilités de restauration sur place (coin cuisine, repas accompagnement) devront être proposées à la famille,
- l'accès au plateau technique doit être formalisé dans le cadre d'une procédure.

- Modalités de fonctionnement

Critères d'admission des patients en USP

Un patient est admis en USP lorsque :

- la prise en charge ne peut plus être effectuée par l'équipe ayant en charge les soins et l'accompagnement soit à domicile soit dans une structure médico-sociale, soit dans une structure hospitalière disposant ou non de LISP,
- la charge en soins est trop lourde ou ne permet pas le maintien soit dans une institution médico-sociale, soit dans une structure hospitalière disposant ou non de LISP, soit dans un lieu de vie habituel ou souhaité,
- l'équipe prenant en charge le patient a besoin de prendre de recul, du temps et d'échanger avec l'équipe de l'USP avant de poursuivre la prise en charge,
- la personne malade présente une détérioration majeure de qualité de vie personnelle ou familiale liée à l'intensité ou l'instabilité des symptômes, à une souffrance morale intense et réfractaire, à une situation socio-familiale rendant le maintien difficile dans le lieu de vie souhaité,
- il existe un questionnement difficile dans le champ de l'éthique,
- c'est la multiplicité des critères qui définit la complexité et justifie l'indication d'une admission en USP.

Une grille spécifique (Pallia 10) devra être renseignée pour l'admission de chaque patient au sein de l'USP précisant sur quel critère l'admission a été décidée.

Communication et coordination

L'unité doit pouvoir être jointe au téléphone à tout moment.

L'USP assure le recueil de données médicales, psychosociales et familiales à l'admission du patient et, de façon continue, dans un dossier patient adapté à ce type de prise en charge.

Évaluation

Dès l'admission d'un patient et tout le long de son hospitalisation, les motifs et les objectifs de l'hospitalisation font l'objet d'évaluation régulière. Cette évaluation permet d'élaborer puis d'adapter le projet de soins et d'accompagnement personnalisé pour chaque patient.

Coopérations

Les établissements de santé comportant une unité de soins palliatifs ont vocation à être

membre naturellement du réseau de soins palliatifs de leur territoire.

L'USP doit pouvoir bénéficier de l'intervention intra ou inter-hospitalière d'une EMSP.

L'USP contribue à la permanence téléphonique, pour conseils aux médecins traitant ou aux référents hospitaliers, aux infirmières libérales ou hospitalières ayant en charge un malade, notamment dans le cadre de la participation active à un réseau de soins palliatifs.

Elle développe des liens étroits avec les services disposants de LISP.

Elle participe à des réunions régulières entre les acteurs de l'USP, des EMSP, du réseau, HAD et des LISP pour analyser les situations complexes et prévoir les éventuelles hospitalisations.

La collaboration avec les bénévoles d'accompagnement est conditionnée par la signature d'une convention entre l'association et l'établissement de santé.

L'USP organise des réunions régulières avec les bénévoles d'accompagnement et participe à leur formation qui reste sous la responsabilité de l'association.

- Modalités de prise en charge

La démarche de soins palliatifs

Le développement des soins palliatifs doit être inscrit au projet médical d'établissement et au contrat pluriannuel d'objectifs et des moyens.

L'établissement devra déjà être engagé dans une démarche de soins palliatifs.

Les fondements de la démarche palliative ont été précisés dans la circulaire DHOS/02 du 5 mai 2004. Ils reposent sur les principes énoncés ci-après.

La démarche palliative consiste à asseoir et développer les soins palliatifs dans tous les établissements, les services, de même qu'à domicile, en facilitant la prise en charge des patients en fin de vie et de l'accompagnement de leurs proches. Elle s'appuie sur la participation des équipes soignantes, dans une démarche de soutien et de formation.

Les éléments constitutifs de la démarche palliative sont les suivants :

- évaluation des besoins et mise en œuvre de projets de soins personnalisés,
- réalisation d'un projet de prise en charge des patients et des proches,
- mise en place de réunions pluri-professionnelles de discussions de cas de malades,
- soutien des soignants en particulier en situation de crise,
- mise en place de formations multidisciplinaires et pluri-professionnelles au sein de l'unité de soins.

Ils doivent permettre de mieux assurer les missions de :

- soulagement de la douleur et des autres symptômes,
- prise en charge de la souffrance psychique,
- soutien de l'entourage,
- sauvegarde de la dignité ; à cet égard, une attention particulière est portée aux données relatives au patient en lien avec les droits des patients en fin de vie.

Le projet de l'unité

Il devra intégrer, outre que les aspects médicaux et de soins infirmiers, les spécificités de la prise en charge liées notamment :

- à l'éthique,
- au respect de la dignité de la personne,
- à l'accueil et au soutien des familles (aménagement spécifique des horaires de visite, soutien psychologique, accompagnement dans les procédures post-mortem..),
- au recours à l'assistante sociale,
- à la continuité de la prise en charge (HAD, retour à domicile, travail en réseau),
- au soutien de l'équipe soignante (temps de parole, réunion d'analyse des pratiques et de situations, soutien psychologique),
- à l'intervention des bénévoles,
- à l'adaptation du dossier patient

La prise en charge de la douleur

L'évaluation et le traitement de la douleur doivent être tracés.

L'établissement devra disposer d'un programme de lutte contre la douleur et/ou d'un CLUD

en fonctionnement auquel est associé ou participe le référent médical et/ou paramédical de l'unité. Des protocoles spécifiques devront être élaborés et utilisés.
La douleur sera régulièrement évaluée par des outils adaptés et des échelles d'évaluation.

Différents types de prise en charge

Afin de s'adapter au mieux aux besoins des patients et de leurs proches, l'USP peut prendre en charge les patients :

En séjours « classiques » (séjours de fin de vie dont il est difficile d'évaluer la durée),
En séjour « de répit », prises en charge programmées en hospitalisation à durée déterminée,
En consultations externes de soins palliatifs et consultations de suivi de deuil compliqué, en hôpital de jour.

L'USP doit également permettre l'accueil de personnes en situations de décompensation palliative.

Réunions de synthèse pluridisciplinaires

Elles doivent associer l'ensemble des intervenants (médicaux, paramédicaux et travailleurs sociaux). Elles seront régulièrement organisées pour pouvoir répondre au mieux aux besoins des patients et de leur famille et assurer une meilleure cohérence des soins.

Protocoles de soins spécifiques

Des protocoles sur la prise en charge des patients en phase terminale ou avancée seront définis, formalisés et utilisés dans le service (prescriptions personnalisées anticipées notamment). Les critères d'admission et modalités de ré-hospitalisation seront également formalisés au sein du service.

Outils d'évaluation adaptés

Des outils spécifiques seront utilisés pour l'admission des malades et leur suivi : grille d'admission en soins palliatifs (Pallia 10), indice de Karnofsky, échelle de Norton, grille de dépendance, échelles d'évaluation de la douleur...

Dossier médical du patient

Au dossier du patient doivent être retranscrits :

- les informations données au patient par les professionnels,
- les informations importantes données aux proches par les professionnels,
- la transcription des propos tenus par le malade concernant sa maladie,
- la transcription des propos significatifs tenus par les proches concernant la maladie du patient,
- le recueil d'éventuelles directives anticipées,
- la désignation éventuelle d'une personne de confiance,
- les résultats des délibérations collégiales,
- la synthèse des réunions pluridisciplinaires.

Évaluation

L'établissement devra s'engager à évaluer l'activité de l'unité et à fournir l'ensemble des éléments permettant d'apprécier son fonctionnement en cas de besoin.

- nombre total de séjours et de journées,
- nombre de patients pris en charge en USP,
- durée médiane de séjour,
- nombre total de décès dans l'USP,
- provenance des patients : domicile, autre service de l'établissement, autre structure,
- orientation à la sortie : décès, domicile, autre structure,
- fréquence des réunions pluridisciplinaires,
- nombre d'IDE et AS formés aux soins palliatifs par rapport au nombre total d'IDE et AS exerçant dans l'unité,
- nombre de visites des bénévoles et d'accompagnement,

- nombre d'intervention du psychologue par type de personnes rencontrées (patient-aidants-soignants),
- nombre d'interventions de l'assistant(e) social(e) et nombre de patients suivis, nombre de réunions pluridisciplinaires auxquelles l'assistant(e) social(e) a participé,
- nombre et qualité des stagiaires accueillis dans l'USP,
- nombre de demi-journées de formation sur les soins palliatifs dispensées par les professionnels de l'unité.

4.8. SSR gériatrique

Composé de 7 unités fonctionnelles pour un total de 96 lits, le service a connu des évolutions notables sur les 5 dernières années.

- labellisation gériatrique de 70 lits (SSR 1 – 2 – 3) obtenue en 2012 permettant la création de postes d'IDE coordinatrices (chargées de la coordination de l'évaluation gériatrique et du parcours patient, notamment de l'organisation des sorties) et de postes d'aides soignants dédiés (alimentation, aide à la mobilité, animation).
Intégration de l'équipe technique de rééducation fonctionnelle (kiné, ergo, psychomot) au sein du service.
- création d'une UCC de 10 lits associée à 2 lits de médecine Alzheimer(MCO) en octobre 2013.
- création de 10 lits « SSR Alzheimer » en juin 2015.

Le service compte 8 équivalent temps plein de PH gériatre ou en cours de formation par capacité. Deux postes d'interne sont ouverts pourvus par 1 FFI depuis deux ans.

Les unités fonctionnelles doivent être analysées de façon différenciée, en fonction de leur mission, de la nature des patients accueillis et des parcours de ces patients.

Le SSR gériatrique est composé de 4 unités fonctionnelles (SSR 1 – 2 et 3 : 70 lits ainsi que le SSR Alzheimer 10 lits, cette dernière unité présentant toutefois quelques spécificités cf infra).

Le SSR végétatif chronique : 6 lits.

L'UCC : 10 lits.

L'unité de Médecine Alzheimer (UMA) : 2 lits de MCO.

4.8.1. SSR gériatrique :

70 lits = SSR 1 – 2 et 3

- Missions
 - Assurer les soins médicaux curatifs ou palliatifs, ajustement des thérapeutiques, renutrition, diagnostic et traitement des pathologies déséquilibrées.
 - Assurer la rééducation et la réadaptation pour limiter le handicap physique, sensoriel, cognitif et comportemental.
 - Les actions de réadaptation comprennent notamment la restauration somatique et psychologique en particulier après un épisode aigu, la rééducation orthopédique et neurologique, la stimulation cognitive.
 - Mais aussi, prévenir l'apparition d'une dépendance, maintenir ou redonner de l'autonomie, assurer l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage dans les domaines tels que les troubles sensoriels de l'équilibre, du diabète, de la nutrition, des troubles neurodégénératifs,
 - Organiser la sortie.
 - Réaliser une évaluation gériatrique globale.
- Activité 2016
 - 710 séjours, taux d'occupation 96%, une DMS à 39.21 jours.
 - L'âge moyen est de 83.75 ans.

- 91% des entrées se font par mutation des services du CHPC.
- Les motifs les plus fréquents d'entrée : fracture de l'extrémité supérieure du fémur, syndrome post-chute, AVC.
- Prévalence de la polypathologie avec retentissement fonctionnel et des troubles cognitifs.
- Le délai moyen d'admission pour les priorités 1 est de 4.19 j et pour les priorités 2 de 6.01j. (% admissions directes du domicile.)
- Les sorties : 65% au domicile, 15 % en EHPAD, 8% en mutation-transfert MCO, 7% de décès.

- Quelques remarques :

- Tendence à l'augmentation de la DMS (34.42 j en 2011) alors que la médiane des durées de séjour est stable sur la même période (28-30 jours), traduisant le poids des séjours longs > 50 jours qui restent peu fréquents mais ont tendance à s'allonger.
- On note en effet un allongement des séjours des patients qui attendent une place en EHPAD pour leur sortie (40 jours en 2012 et 50 jours en 2016).
- Par ailleurs, le taux de sorties en EHPAD (15%) est stable sur la même période.
- L'âge moyen augmente (81.4 en 2011, 83.75 en 2016).
- Le taux de mutation est faible (7 à 9 %) et stable sur ces dernières années. Ceci traduit la prise en charge des épisodes aigus (infectieux, cardiaques, nutritionnels ...) au sein du service. Ce taux de mutation est à comparer aux 15-20% de mutations constatées sur les SSR de la région.

- Projets

► **Raccourcir les délais d'admission ce qui suppose d'essayer de diminuer nos DMS à nombre de lits constant.**

- effectif de rééducateurs (kiné principalement) à renforcer mais difficile à recruter. A noter le recrutement en 2016 d'un APA qui permet d'économiser en partie du temps de kinésithérapeute et d'optimiser la prise en charge.
- synchronisation des temps soignants et médicaux (mise en place d'un agenda patient).
- développer l'utilisation des durées prévisionnelles de sortie contractualisées avec les familles dans la première semaine d'admission.
- pérenniser les fonctions dédiées d'IDE coordinatrice responsables du parcours patient et de la coordination d'évaluation gériatrique au sein de chaque unité fonctionnelle.
- créer un Hôpital de Jour SSR permettant à des patients de poursuivre une activité de rééducation réhabilitation fonctionnelle pluridisciplinaire après leur sortie.
- développer les admissions directes du domicile à la demande des médecins traitants ou après la sortie de MCO.
- contractualiser avec les EHPAD du territoire un pourcentage d'entrées par an venant du SSR.
- investir dans du matériel informatique et de réalité virtuelle pour améliorer l'adhésion des patients aux protocoles de réhabilitation.
- développer les consultations de suivi post-hospitalisation afin d'éviter les ré-hospitalisations.

► Mieux valoriser l'activité « aiguë » par la création d'un lit de médecine gériatrique au sein de chaque unité fonctionnelle permettant une tarification « T2A » de ces parties de séjour en compensant le faible taux de mutation.

► Disposer d'un temps de médecin rééducateur (0,2 ETP) pour les prises en charge complexes et/ou l'appareillage prothétique.

4.8.2. Focus sur le SSR Alzheimer :

Service de 10 lits, attendant à l'UCC – UMA, ce service a ouvert en juin 2015.

Les missions sont celles d'un SSR gériatrique avec les mêmes motifs d'entrée principaux.

Il accueille préférentiellement dans une unité non fermée, des patients présentant par ailleurs une maladie neurodégénérative, d'impact significatif sur les capacités de compréhension ou de participation aux activités. Il peut également accueillir des patients présentant des symptômes psycho-comportementaux de la démence sans autonomie motrice.

L'activité 2016 est marquée par la réalisation de 133 séjours pour une DMS de 36.68 j.

L'âge moyen est de 83.5 ans.

8.5 % des patients sont admis directement de leur domicile ou d'une EHPAD.

Les sorties se font à 50% au domicile, 33% des patients sortent en EHPAD, 10% de décès, 5% de transferts-mutation en MCO.

4.8.3. SSR Végétatif chronique

Cette UF de 6 lits a été ouverte en 2009.

Pas de nouvelle admission ni de demande depuis plus d'un an ; seuls trois patients relevant de cette prise en charge sont actuellement hospitalisés sur l'unité.

Dans ce contexte, une reconversion de cette unité nous semble nécessaire à court terme.

4.8.4. UCC

Unité ouverte en octobre 2013, l'Unité de réhabilitation cognitivo-comportementale (UCC) a pour mission de prendre en charge quelque soit leur âge, des patients atteints de maladies neurodégénératives (diagnostiquées) et dont les troubles du comportement ne sont pas compatibles avec un maintien au domicile ou dans leur EHPAD habituelle.

La prise en charge fait appel préférentiellement à des techniques non médicamenteuses, réalisée par une équipe soignante pluridisciplinaire (médecins, AS, AMP, assistante de soins en gérontologie, I.DE, neuropsychologue, psychomotricienne, art-thérapeute, orthophoniste, diététicienne, ...).

L'UCC du CHPC dispose également de moyens techniques adaptés (salle Snoezelen, robot thérapeutique PARO, jardin thérapeutique,...).

Il va être nécessaire de prévoir un budget de fonctionnement (5000 Euros/an) afin d'entretenir, renouveler ces matériels et de prévoir de nouvelles acquisitions de petit matériel notamment pour l'art thérapie et l'ergothérapie.

- Activité 2016

- 108 séjours pour 81 entrées.
- DMS 42.7 j (médiane à 29 jours)
- Age moyen : 81.2 ans.
- 49% d'admissions directes, 43% par mutation du CHPC.
- Les admissions directes ne représentaient que 28% en 2012.
- 20% des admissions concernent les patients du sud et du centre manche (l'UCC a une vocation départementale).

- 35% des patients résidaient en EHPAD avant leur entrée (contre 17% en 2014) traduisant la mise en place d'une filière de soins reconnue par les EHPAD.
- Les sorties au domicile se font pour 65% des patients, 22% des patients entrent en institution à l'issue de leur séjour avec parfois des délais d'attente très longs.
- 10% de mutations MCO, 3 % de décès.
- A noter la mise en place d'un suivi systématique de réévaluation en consultation ou en Hôpital de Jour à un mois et à six mois après la sortie des patients, permettant de revoir environ 80% des patients.

- Projets

- Mettre en place une filière avec les EHPAD et UHR pour faciliter les sorties.
- Développer de nouvelles activités non médicamenteuses (atelier cuisine et courses, atelier musique chant et danse).
- Investissement informatique (serious Game) pour les patients qui peuvent l'utiliser (10% de patients CDR 1, 22% en CDR 2, démence légère à modérée).
- Développer les liens avec la Géroto psychiatrie (Unité Ecalgrain et CMP) afin d'optimiser le fonctionnement de nos filières et de permettre un regard croisé gériatrique et psychiatrique sur nos patients.

4.8.5. Unité de médecine Alzheimer (UMA)

Création avec l'UCC en octobre 2013.

Ouverture depuis mars 2015 d'une Hospitalisation de Jour et d'évaluation permettant de valoriser la prise en charge pluridisciplinaire des suivis à 1 mois et 6 mois.

- Missions

Prise en charge des épisodes confusionnels aigus avec agitation et déambulation, ou de problème somatique aigu chez un patient porteur d'une pathologie neurodégénérative connue.

- Activité 2016

- 59 séjours d'hospitalisation complète et 44 séjours en Hôpital de Jour
- DMS : 10.2 j (IPDMS 0.83). Taux d'occupation : 80%.
- Les entrées se font pour 38% par admission directe sans passage par les urgences, 31 % à partir des urgences, 29% par mutation-transfert.
- La valorisation T2A en 2016 : 304 000 euros pour l'hospitalisation complète, 32 600 pour l'HDJ.
- Les sorties se font à 68% au domicile, 27% par mutation sur l'UCC. Mutation autres MCO 4 %, décès 1%.

- Projet

- Poursuivre le développement de l'Hospitalisation de Jour qui nécessitera le renforcement de temps de neuropsychologue à hauteur de 0.2-0.3 ETP.
- Développer le nombre des séjours en améliorant le taux d'occupation (objectif 90-95%).

5. Pôle P – Prestataire



5.1. Anatomopathologie

5.1.1. Présentation du service :

Le service d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques comprend 4 secteurs :

- histologie ;
- cytologie ;
- immuno-histochimie ;
- recherche.

Il compte actuellement trois médecins anatomo-pathologistes (100%, 50%, et 40%), un poste d'interne, deux secrétaires, une aide-secrétaire, 6,5 ETP de techniciens d'anatomie pathologique et de cyto-techniciens.

5.1.2. Recrutement des examens :

- CHPC (site de Cherbourg et de Valognes) ;
- Polyclinique du Cotentin ;
- CHU de Caen et autres.

5.1.3. Domaine d'activité :

- histopathologie (biopsies et pièce opératoires) : Les prélèvements concernent principalement l'appareil digestif, la pneumologie, l'appareil génital féminin, la pathologie cutanée, la sphère ORL. Pathologies rencontrées :
 - Pathologies variées ; la cancérologie occupe une place importante dans l'activité du service.
- cytopathologie (étalements, cyto-centrifugations, apposition des filtres, étalements en couches minces, inclusion des culots de centrifugation) : Les prélèvements concernent l'appareil génital féminin, l'appareil respiratoire, les séreuses, l'appareil urinaire, le liquide céphalo-rachidien et les liquides synoviaux.
- immuno-histochimie : La technique est automatisée ; 80 anticorps environ sont disponibles pour les immuno-marquages.
- recherche en analyse d'image : Dans le cadre d'une convention avec l'université de Caen (programme de recherche PLANUCA en cours). Avec le projet PLANUCA (PLAteforme NUMérique de pathologie, pour la prise en charge des CANcers), le souhait est de développer une plate-forme numérique d'outils, dédiée aux pathologistes pour l'aide au dépistage, au diagnostic, au pronostic et à l'enseignement en pathologie tumorale. Les atouts seront la rapidité, la sécurité, la pertinence et la précocité des diagnostics. PLANUCA est un travail pluridisciplinaire entre médecins, mathématiciens, informaticiens, techniciens, enseignants universitaires et industriels, ayant déjà collaboré dans ce domaine de recherche (six thèses – deux programmes de recherche). Il repose donc sur la collaboration entre la Société DATEXIM, entreprise spécialisée dans l'imagerie médicale qui développe des solutions innovantes permettant aux laboratoires d'anatomo-pathologie notamment d'aider au diagnostic de l'une des formes aiguës du cancer du col de l'utérus ; le GREYC (Groupe de Recherche en Informatique, Image, Automatisation et Instrumentation de Caen), pour le développement des algorithmes et le service d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques du CHPC (Centre Hospitalier Public du Cotentin) ainsi que le CHU de Caen pour l'apport des données médicales, l'expertise et les tests en condition réelle.

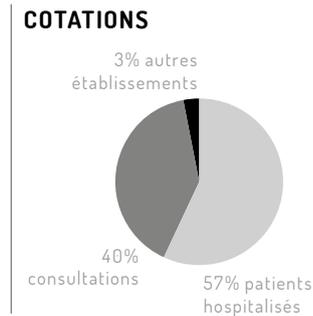
- Enseignement : Encadrer l'interne de spécialité (correction des lames, etc).

5.1.4. Niveau d'activité (chiffres 2016) :

Examens extemporanés : 180.

Immuno-histochimie : 3 789 lames (1 241 lames en moins, correspondant à 7 093 euros d'économie) ;

Activité globale : 11 434 actes (l'activité mesurée en cotation CCAM est en forte progression - 6,6% - par rapport à 2015 ; activité « Consultations » augmentée de 39%).



Activité selon le mode de recrutement :

- 57 % des cotations concernent des patients hospitalisés.
- 40% de cotations concernent les consultations.
- 3% des cotations proviennent d'autres établissements.

Ventilation par secteur :

- histologie : 70% des cotations.
- cytologie : 30% des cotations.
- dont cytologie gynécologique 27% des cotations de cytologie ;
- autres cytologies 63% des cotations de cytologie.
- examens extemporanés : 180.
- autopsies : 2 (dont une d'adulte).
- immuno-histochimie : 1 293 examens.

Activité de janvier et février 2017 :

- 1 560 actes (soit 9% d'augmentation par rapport à 2016) ;
- 75 247,28 € (soit 17% d'augmentation par rapport à 2016).

5.1.5. Locaux :

Le service dispose d'une surface de 400 m² :

- un laboratoire de macroscopie équipé de deux tables aspirantes ;
- deux laboratoires d'histologie ;
- un laboratoire d'immuno-histochimie ;
- des locaux techniques (laverie, salle des automates, réserve, salle d'informatique) ;
- un secrétariat avec pièce d'accueil des prélèvements ;
- deux bureaux pour les cyto-techniciens ;
- deux bureaux pour les médecins ;
- deux pièces et un bureau, pour l'analyse d'images.

Ventilation des locaux avec remise aux normes.

Climatisation des quatre pièces.

Locaux annexes : une réserve de produits inflammables, deux caves pour l'archivage.

Une salle d'autopsie, aménagée à la chambre mortuaire.

5.1.6. Moyens matériel :

- pour la macroscopie : scie électrique, appareil photo numérique.
- pour l'histologie : l'équipement est performant avec, en particulier, un automate d'imprégnation sous vide, une station d'enrobage, deux microtomes motorisés, une station de coloration coupeuse et alimenteuse de lamelles.
- pour l'examen extemporané : deux cryostats.
- automate d'immuno-histochimie.
- automate pour cytologie en phase liquide, centrifugeuse et cyto-centrifugeuse ;
- des microscopes dont un équipé pour la fluorescence, deux microscopes à deux têtes et deux autres à trois têtes.

- un système de gestion de laboratoire (SGL), avec programme de requêtes statistiques sur l'AS400, connecté au réseau de l'hôpital.
- 14 micro-ordinateurs pour le SGL, la bureautique et l'accès à Intranet et Internet.
- équipement pour la transmission et l'analyse d'images : un scanner grand champ (EKSCN400), un microscope avec platine motorisée multi-lames, trois stations de stockage, trois micro-ordinateurs.

Autres équipements :

- automate imprégnation ASP 300 LEICA ;
- cyto-centrifugeuse CYTOSPIN 3 THERM SHANDON ;
- microtome LEICA RM 21555 ;
- microtome LEICA RM 2165 ;

5.1.7. Information de gestion :

Continuer à travailler avec le logiciel ANAPIC qui permet, depuis le début 2016, l'intégration du compte-rendu dans le DPI (grâce au code barre intégré). Ce système permet aussi d'effectuer des statistiques et des rapports d'activité détaillés, réclamés par le Bureau des Mouvements et la Direction des Affaires Financières.

5.2. Biologie

5.2.1. Présentation du service

Le laboratoire de biologie médicale (LBM) est situé sur le site de Cherbourg.

L'équipe du laboratoire regroupe différentes catégories professionnelles :

- 4 ETP biologistes médicaux dont 0.2 pour le dépôt de délivrance
- 1 Assistant Spécialiste Régional (0.6 ETP)
- 1 interne
- 0.8 cadre de santé
- 36.2 techniciennes dont 1.75 pour le dépôt de délivrance
- 4 aides de laboratoire
- secrétaires
- 2 infirmières

5.2.2. Activités

Le LBM du CHPC est un laboratoire polyvalent regroupant différents secteurs d'activité :

- secteur Biochimie
 - Chimie courante
 - Dosages médicaments
 - Dosages vitaminiques
 - Dosages hormonaux
 - Sérologies virales, parasitaires, bactériennes
 - Electrophorèses et immunofixations sang, urines, LCR
 - Allergie
 - Gazométrie
- secteur Hématologie
 - Numération formule sanguine
 - Vitesse de sédimentation
 - Myélogramme
 - Test de Kleihauer
- secteur Hémostase

- Hémostase de routine
- Hémostase spécialisée : facteurs de coagulation, bilan de thrombophilie
- secteur Immunohématologie
 - Groupes sanguins
 - Phénotype étendu
 - Recherche et identification des agglutinines irrégulières
 - Test de coombs direct
- secteur Microbiologie
 - Examens bactériologiques : prise en charge des prélèvements avec examen direct, mise en culture, identification avec antibiogrammes.
 - Examens parasitologiques : parasitologie des selles, recherche de paludisme
 - Biologie moléculaire : recherche par PCR de différents microorganismes
- secteur Auto-Immunité : Ac anti nucléaires, Ac anti-cytoplasme des neutrophiles, Ac anti-tissus, Ac anti-cardiolopine et anti bêta 2 GP1
- secteur de biologie délocalisée : automates de gazométrie à la maternité et en néonatalogie, automate de gazométrie et automate de marqueurs sur le site de Valognes, automate de CRP en pédiatrie.
- autres
 - Un centre de prélèvements est rattaché au laboratoire ouvert du lundi au vendredi de 7h à 17h en continu.
 - Le laboratoire gère le dépôt de délivrance

5.2.3. Bilan d'activités

- versant chiffre : Sur l'année 2016 :
Le LBM a réalisé 28.9 millions de B, le B étant l'unité de cotation des actes de biologie sur un total de 1.181.836 analyses. Le centre de prélèvements a traité 10337 dossiers.
Le dépôt de sang a délivré 5330 PSL
- versant qualité : Depuis la loi sur la réforme de la biologie de mai 2013, les LBM sont soumis à une accréditation obligatoire avec comme référentiel la norme 15189 et des échéances :
 - 31 octobre 2014 : preuve d'entrée dans l'accréditation
 - 31 octobre 2017 : accréditation de 50 % du volume des analyses
 - 31 octobre 2010 : accréditation de 100% du volume d'analyses

Le laboratoire de biologie est en cours d'accréditation pour la seconde échéance, la visite du COFRAC (comité français d'accréditation) a eu lieu les 22, 23 et 24 novembre 2016. Six écarts non critiques ont été retenus, un plan d'action a été proposé aux auditeurs et le LBM est en attente de leurs réponses.

5.2.4. Projets sur les années à venir

Le laboratoire de biologie médicale a toujours eu comme objectif de répondre au mieux aux cliniciens pour une prise en charge optimale du patient en développant des nouvelles techniques et en maintenant un parc d'automates de qualité.

► Acquisition d'équipements innovants :

- spectromètre de masse permettant une identification de souche bactérienne en 4h au lieu de 24 à 48 heures avec nos moyens d'identification actuels
- automate de biologie moléculaire permettant l'identification simultanée de plusieurs germes par pathologie : panel respiratoire, panel neurologique, panel digestif avec une réponse en 4 heures (approche syndromique)

Ces équipements permettront au laboratoire d'apporter une aide au diagnostic rapide et

optimale avec mise en route d'une thérapeutique adaptée et ciblée dans un délai moindre, meilleure prise en charge du patient et diminution de la durée moyenne de séjour

► Changement d'équipements pour des automates récents plus performants

- automate d'hématologie
- automate d'immuno hématologie
- automate d'hémostase
- automates de gazométrie : uniformisation du parc avec mise en place d'automates délocalisés dans certains services toujours dans l'objectif d'optimiser la prise en charge du patient.
- remplacement du système de gestion des antibiogrammes

► Acquisition de nouveaux logiciels :

En parallèle le LBM souhaite apporter une aide aux soignants avec l'acquisition de nouveaux logiciels :

- prescription connectée des examens de laboratoire : Prescription électronique et non plus sur bons papier, plusieurs avantages :
 - Mise à disposition d'un thésaurus des analyses avec moteur de recherche pour éviter les erreurs de retranscription
 - Liste des tubes à prélever en fonction des examens saisis, type et nombre de tubes.
 - Alerte si conditions préanalytiques particulières : tube réfrigéré dans la glace, transport rapide..
 - Champs obligatoires pour certains renseignements cliniques : heure de prélèvement, traitement anticoagulant...permettant de diminuer les prélèvements non conformes et de ne pas avoir à reprélever le patient
- encapsulation des Comptes-rendus: Les CR d'examens extérieurs pourraient être encapsulés dans le dossier patient de notre SIL (système informatique de laboratoire) et ainsi être accessibles dans le DPI ou le serveur de résultats.
- accès au dossier transfusionnel du patient : L'accès au dossier transfusionnel du patient avec mise en place du logiciel « e-hemobank » et d'un lien contextuel à partir du DPI, présente plusieurs avantages :
 - visualisation des examens immunohématologiques (groupe sanguin, recherche d'agglutinines irrégulières)
 - visualisation des transfusions
 - prescription électronique des produits sanguins labiles dans un second temps

Ce logiciel permettra de supprimer à terme le dossier transfusionnel papier allant dans le sens du DPI avec disparition des PAC

► Mise en place des recommandations des différentes sociétés savantes

- recommandations du GFHC (groupe francophone d'hématologie cytologie) avec uniformisation interlaboratoires des critères de revue de lames et ajout d'un commentaire du biologiste médical en cas d'anomalies, commentaire à trois niveaux : description des cellules anormales, hypothèses diagnostiques et proposition d'examens complémentaires pour orienter le diagnostic.
- recommandations de la SFM (société française de microbiologie) sur les antibiogrammes des différents germes : types et charge des disques des antibiotiques à tester

► Poursuite de la démarche qualité

Le LBM poursuit sa démarche qualité avec pour objectif l'accréditation de 100 % des analyses en 2020 ; fin 2016, 60 % des analyses sont accréditées.

- Demandes d'accréditation de nouvelles analyses dans les différentes familles ouvertes
- Organisation d'audits internes dans les différents secteurs d'activité afin d'améliorer la gestion du poste et relever d'éventuels dysfonctionnements
- Amélioration de la prestation conseil : élaboration de documents d'aide à la prescription, d'aide pour la phase pré-analytique, appel du clinicien pour des renseignements cliniques, ajout de commentaires d'interprétation
- Gestion des examens redondants selon les recommandations en vigueur
- Avis du biologiste sur les analyses transmises, souvent onéreuses et définir la pertinence de la demande après discussion avec le prescripteur

Tous ces projets nécessitent le déploiement de ressources humaines qualifiées : travail de paramétrage, de formation, de rédaction, temps d'encadrement, développement de nouveaux postes. Augmentation pour amener à bien ces projets : 6 à 7 ETP biologistes médicaux.

5.3. Département d'information médicale et SCDM

5.3.1. Département d'informations médicales

Le Département d'information médicale (DIM) a pour mission d'assurer, dans le respect de la réglementation et de la confidentialité, le recueil et le traitement de l'information médicale liée au programme médical de systèmes d'information (PMSI).

Le DIM est une structure dont le rôle est autant interne à l'hôpital (entre les services médicaux et médico-techniques), qu'externe :

Coordonner la mise en œuvre de la gestion de l'information médicale

Coopérer à l'analyse de cette information à des fins économiques et comptables dans le respect des règles de déontologie.

Le DIM est une structure transversale de l'hôpital placée sous l'autorité d'un médecin. Des techniciens de l'information médicale (TIM) ainsi qu'un analyste programmeur collaborent au fonctionnement de ce service.

Parallèlement aux codages et envois de données d'activité vers les organismes tutélaires, le DIM élabore et transmet des informations (statistiques d'activité et autres données) à la commission médicale d'établissement, et à la direction, systématiquement et/ou sur demande, tant en ce qui concerne l'établissement dans son ensemble que chacune des structures médicales ou ce qui en tient lieu. Ces informations consistent en statistiques agrégées ou en données par patient, constituées de telle sorte que les personnes soignées ne puissent être identifiées (article R. 710-5-8 du décret 94-666 du 27 juillet 1994).

Pour les demandes ponctuelles émanant d'un pôle, d'un service ou d'une UF sur des données non nominatives d'autres pôles, services ou UF, le DIM transmet les informations souhaitées au demandeur.

► Bilan d'activité 2013 - 2015

- changement de chef de service en Mai 2013 suite au départ en retraite du Dr Barre.
- gestion de l'absence partielle de 2 TIM en congés de formation professionnelle depuis septembre 2013.
- accueil et formation de deux TIM à partir de décembre 2013 puis accueil et formation d'une TIM à partir de mars 2015.
- participation à l'intégration statutaire de l'unité associée de radiothérapie de Cherbourg par le centre François Baclesse. Utilisation des outils PMSI mis à disposition par Baclesse depuis janvier 2014 pour contrôler le codage des séjours en radiothérapie sur le site de Cherbourg.

- mise en place du logiciel CORA MCO en février 2014.
- codage centralisé des diagnostics depuis le 17 février 2014 à partir des comptes-rendus d'hospitalisation mis à disposition dans crossway. Le codage des actes restent à la charge des effecteurs de ces actes.
- révision systématique des dossiers papiers des patients décédés dans les services de MCO en collaboration avec le service des archives depuis mars 2014.
- mise en place du logiciel CORA HAD et formation du service HAD (secrétaire et praticien) en avril 2014.
- mise en place du logiciel CORA SSR et formation de l'équipe médicale et du secrétariat en mai 2014.
- implication dans les travaux ANAP (2014) au travers 3 ateliers : positionnement territorial, facturation/recouvrement, gestion des lits.
- implication dans la certification des comptes depuis octobre 2014.
- participation au staff hebdomadaire de l'HAD et codage hebdomadaire sur place de leur activité depuis novembre 2014.
- mise en place du logiciel CORA externe en décembre 2014 : Consultations externes et formations des médecins à l'utilisation de CORA externe pour le codage des consultations et la saisie des actes.
- élaboration des rapports d'activité annuelle pour le PMSI.
- début de rédaction des procédures et modes opérationnels qui sont indexés dans APTA.
- réinstauration d'un staff mensuel de service.
- sensibilisation des nouveaux arrivants (internes et médecins) à l'importance des CRH de qualité pour le codage.
- implication dans la mise en place de la certification électronique des décès au sein du CHPC.
- transmission de données PMSI pour les études à la demande des services et la réalisation de thèses et travaux.

QUELQUES CHIFFRES CONCERNANT LE SECTEUR MCO

	2012	2013	2014
% RSS contrôlés	84,40%	91%	codage centralisé*
Nombre de RUM codés	40388	38410	46111
Nombre de séjours décrits par les RSS (séances incluses)	48844	47820	42815
Nombre d'ETP théorique TIM	5,3	5,4	6,7
Médecin DIM	1	1	1
Nombre moyen de RUM codés ou contrôlés par TIM+Med DIM/j (Base 210 jours travaillés)	25,77	26,01	28,52
Nombre moyen de RSS codés ou contrôlés par TIM+Med DIM/j (Base 210 jours travaillés)	31,16	32,38	26,48
Nombre de RSS codés ou contrôlés par médecin DIM	1282 (3,6%)	2839 (6%)	3907 (9,1%)
Séjours codés/contrôlés après retour à la PAC			1422
C.A. moyen par journée brute	460,85 €	465,52 €	492,34€

* À partir du 17 février 2014

Gold standard du nombre moyen de RUM codés = 27 par TIM (hors médecin DIM)

► Projets

► Évolution de l'équipe du DIM

Composition théorique de l'équipe du DIM en 2015 :

- un praticien hospitalier à temps plein
- un analyste programmeur à temps plein

- 8 techniciens d'information médicale (4 temps plein, un à 90%, 3 à 80% dont 2 en congé de formation professionnelle(CFP)).

Du point de vue des effectifs médicaux :

Dans le rapport de la Mission auprès du directeur de l'Agence Régionale de Basse-Normandie, en appui au Centre Hospitalier Public du Cotentin, il est précisé :

« On peut également s'interroger sur la répartition des effectifs du DIM, qui comprend un médecin DIM et 9 TIM. Dans un établissement où la motivation des certains médecins au codage ne semble pas encore suffisante, il serait sans doute préférable d'augmenter le nombre de médecins du DIM, seuls susceptibles d'aller motiver leurs collègues »

- En tenant compte de ces préconisations, le recrutement d'un praticien hospitalier supplémentaire serait souhaitable.

Du point de vue du nombre de TIM :

En se basant sur le Gold standard du nombre moyen de RUM codés (27 par TIM (hors médecin DIM)), le nombre moyen de RUM codés ou contrôlés par TIM est de 30 par jour lorsque l'on se base sur les données 2014 et que l'on ne prend pas en compte les absences (CFP, maladie). Ce qui implique que le surplus de RUM à coder est pour l'instant compensé par l'action du médecin DIM.

- En conséquence, en l'état actuel des ETP, il serait nécessaire de recruter et former un nouveau TIM.

► Fonctionnement interne du service

Formations

Concernant les formations des codeurs (TIM et médecin), au lieu de déplacer dans des centres de formations spécifiques lointains plusieurs agents sans que tous puissent en bénéficier au moins une fois par an, il serait plus intéressant de faire venir sur place des formateurs.

- organisation annuelle de journées de formation par des formateurs extérieurs au sein même du CHPC.
- mise à contribution des cliniciens du CHPC pour venir faire des interventions relatives à leur spécialité au sein même du DIM.

Staffs au sein du service :

- poursuite des staffs mensuels de service.

Procédures :

- poursuite de la rédaction des procédures de travail au sein du DIM avec indexation dans APTA.

Qualité :

- renforcer les contrôles internes et leur traçabilité sur la qualité du codage PMSI même sur les données codées en centralisé au DIM.
- poursuivre la restitution et l'information personnalisées à tous les services sur le codage.
- démarche renforcée d'amélioration de la qualité de codage.

► Transversalité et coopérations

Avec les services cliniques

- améliorer le délai d'obtention du compte-rendu d'hospitalisation (CRH) et sa qualité par la sensibilisation des services lors de rencontres régulières voire lors de présence des TIM aux staffs des services.
- poursuite de la sensibilisation des nouveaux arrivants (internes et médecins) à l'importance des CRH et/ou des observations (disponibles électroniquement) : présentation du CRH type et du mémo ciblant les comorbidités.
- sensibilisation des nouveaux médecins à l'intérêt de la certification électronique des décès via CepiDC.

- continuer la maintenance des applications développées sous ACCESS (MPR, diététique,...) et la collaboration au bon fonctionnement du registre des cancers.
- poursuivre la formation des médecins à l'utilisation de CORA externe pour le codage des consultations et la saisie des actes.
- organisation de formations spécifiques au codage PMSI SSR notamment dans l'optique d'un passage très prochain à une tarification à l'activité en SSR.

Avec les pôles

- participation à la production de tableaux de bord à usage interne pour les pôles, les services ou les autres structures internes. Réalisation d'une synthèse annuelle de ces indicateurs.
- proposition par le DIM d'une série d'indicateurs standardisés à modifier ou compléter en fonction des souhaits exprimés par les chefs de pôles, les chefs de service ou des autres structures et par la direction. Le niveau d'agrégation peut être l'établissement, le pôle, le service ou les autres structures.

Avec la facturation/bureau des mouvements

- augmenter les interactions avec le bureau des mouvements afin d'améliorer les délais de facturation et d'éviter les refacturations suite à des modifications faites par le DIM dans un second temps : Se préparer à FIDES.
- continuer à repérer les erreurs de mouvements.

Avec la direction des affaires financières

- poursuivre la coopération avec la direction des affaires financières. Dans ce cadre, un ingénieur au sein même du DIM (personne interface DIM/DAF) serait utile pour analyser les données de concert avec la DAF.

Avec la direction du service qualité

- promouvoir la qualité des CRH par la mise en place d'actions en collaboration avec le service qualité et en s'appuyant sur les documents publiés notamment par la HAS (par exemple la check-list de sortie d'hospitalisation supérieure à 24 heures)
- poursuivre la participation du DIM à QUALHAS pour le recueil des indicateurs de qualité qui reflètent l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au sein de l'établissement.

Avec les autres services transversaux

- poursuivre la coopération avec la pharmacie, les laboratoires et les consultations externes.

Avec les autres DIM régionaux

- réactiver le Comité technique régional de l'information médicale (COTRIM) et le Collège régional de l'information médicale (CRIM) au niveau de la Basse Normandie et plus largement participer à ces instances au niveau de la future grande région Normandie.

5.3.2. Service central des dossiers médicaux

Le Service central des dossiers médicaux (SCDM) est un service d'archivage centralisé qui a pour mission d'assurer dans le respect de la réglementation et de la confidentialité :

- la gestion et la conservation de l'ensemble des dossiers médicaux du CHPC
- la communication des dossiers médicaux aux secrétariats des médecins hospitaliers responsables des patients
- l'accessibilité au dossier médical

► Bilan d'activité 2014

- préparation d'une nouvelle épuration de dossiers de patients décédés (année 2003-2004).

- Désormais une épuration a lieu tous les deux ans (2010-2012-2014-2016).
- désengorgement des 2 sites : travail commencé en 2013 et toujours en cours
 - ACTIF : Mise au passif des dossiers des patients non venus depuis plus de 5 ans, afin de libérer de la place pour intégrer les nouveaux dossiers des patients : 5000 créations/an
 - PASSIF : Reclassement de toutes les pac du n° 683 au n° 999 (du plus petit au plus grand) comme pour le site actif.
 - formation des nouvelles secrétaires au service central des dossiers médicaux au respect du guide d'utilisation du dossier patient (PAT – MO – 049 du 3/11/11) : entre 5 et 10 par an pour obtenir un classement homogène dans les PAC par les services
 - optimisation du classement dans les pac pour en diminuer le volume afin de lutter contre les risques musculosquelettiques (PAC dormantes) (Travail commencé fin 2012).
 - renforcement de la fiabilité de l'identité patient par la participation aux réunions du comité d'identitovigilance et à l'animation d'une cellule d'identitovigilance : Sur l'année 2014: une moyenne de 1183 modifications d'identités/mois a été réalisée par les archivistes, soit 59/j, à noter une diminution par rapport à l'année 2013 : 1470,5.
 - répondre aux demandes de sorties de pac dans les services : Pour l'année 2014 : CHERBOURG : 1118/J, VALOGNES : 50/J

► Projets

- préparer une nouvelle opération d'épuration de dossiers à programmer en 2016
- établir une liste informatique des patients non venus depuis plus de 20 ans
- mettre en place un système de relance afin de limiter la durée de stockage des dossiers dans les services, ce qui permettrait d'alléger le travail de recherches pour le personnel concerné (secrétaires, archivistes, personnel de nuit et cadres de garde).
- poursuivre l'action mise en place pour diminuer le volume des PAC (PAC DORMANTE A FAIRE)
- diminuer le nombre de problèmes d'identités (Diffusion du film sur l'identitovigilance, rappels réguliers auprès des intervenants sur l'importance de l'identité du patient, participation aux réunions du Comité d'identitovigilance, animation d'une cellule opérationnelle d'identitovigilance ...).



5.4. Douleur

5.4.1. Équipe de la consultation douleur :

Répartition des médecins et du personnel non médical (psychologue, IDE, aide soignante, assistante sociale, diététicienne, secrétaire)

CONSULTATION PLURIDISCIPLINAIRE DE LA DOULEUR CHRONIQUE

Spécialités Cliniques	Temps en ETP
PH Médecine Générale DU Douleur + Capacité Douleur en cours	0,6 ETP
Médecine Générale DU Douleur / Soins Palliatifs	0,2 ETP
PH Psychiatre DU en TCC	0,1 ETP
Psychologue DIU « douleur : psychologie et psychopathologie ». Certificat de sophrologie, Certificat de formation aux thérapies IFS	0,5 ETP
Infirmière DIU Douleur, certificat de relaxation	1 ETP
Secrétaire	1 ETP
Diététicienne	0,1 ETP
Assistante Sociale	0,1 ETP

5.4.2. **Activité :**

CONSULTATIONS MÉDICALES EXTERNES ET INTERNES

	ANNÉE 2014	ANNÉE 2015	ANNÉE 2016
NOMBRE DE CS	623	1091	1025
NOMBRE DE CNPSY	139	130	123
TOTAL	762	1221	1148

5.4.3. **Liste des équipements :**

- PCA
- stimulateurs transcutanés (TENS)
- tapis magnétique

5.4.4. **Fonctionnement**

► Permanence téléphonique

- secrétariat ouvert de 9 h 00 à 17 h 00

► Modalités de pluridisciplinarité et réunions de synthèse de la douleur chronique

- un staff hebdomadaire avec l'équipe douleur pour traiter les dossiers courants + projet thérapeutique.
- groupe fibromyalgie (2 sessions annuelles, à raison d'une séance par semaine pendant sept semaines)
- un staff trimestriel avec toute l'équipe douleur, les médecins MPR, les médecins rhumatologues, et les médecins neurologues.
- consultation conjointe médecin/IDE notamment 1^{ère} consultation.
- formation hypnose IDE.
- formation hypnose médecin
- pose QUTENZA (2 patients/semaine)
- KETAMINE hospitalisation en HAD et Médecine Polyvalente de Valognes, Hôpital de Semaine RDED.

5.4.5. **Projet**

- temps médical avec 1 ETP présent à la Consultation Douleur, ce qui permet :
 - Augmentation du nombre d'hospitalisations de jour en proposant un 2^{ème} créneau dans la semaine (lundi après midi+ vendredi après midi).
 - Continuer à améliorer l'offre des soins avec des délais < 3 mois (délai moyen national).
 - Prise en charge des patients douloureux dans le service par l'équipe mobile douleur pour les avis médicaux dans les différents services, sur demande.
 - Augmentation du temps de psychologue.
- participation à la formation du personnel paramédical et médical (internes, IFSI + cours DU Douleur au CHU de Caen)).
- évaluation des pratiques professionnelles en collaboration avec le service Qualité.
- poursuivre la consultation avancée sur le site de Valognes.
- collaboration avec l'EMASP.
- développer les hospitalisations en Médecine Polyvalente Valognes, Hôpital De Semaine et HAD.

- continuer à élargir l'offre des soins (améliorer l'utilisation du champ magnétique, formation hypnose médicale et IDE)
- participation aux réunions Réseau Douleur, staffs de Médecine Interne organisés par le CHPC.
- formation médicale continue (congrès, symposiums)

5.5. EMASP (Équipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs)

5.5.1. Présentation de l'équipe de l'EMASP

Création de l'équipe en 2004 : statut MIGAC et donc des interventions gratuites auprès des patients et des professionnels

Deux sites : Cherbourg et Valognes avec des locaux différents.

Le personnel :

- un médecin à 60%
- une secrétaire à temps plein
- deux IDE à temps plein
- une psychologue à 50%
- équipe opérationnelle toute l'année, pas de remplacement des absences.

Le territoire : Le Cotentin, un territoire allant jusqu'à La Haye du Puits, Carentan avec parfois exceptionnellement quelques sorties hors de ce territoire.

Horaires des infirmières : 9H00 – 17H00, donc une équipe opérationnelle toute la semaine mais pas d'astreinte ni de nuit ni de week-end.

Zone/Secteur d'activité : CHPC (sites Valognes/Cherbourg), polyclinique, CHS, MAS, maisons de retraite privées et publiques de tout le Cotentin, foyer résidence, CAP, congrégation religieuse, hôpital local de Carentan, HAD Carentan, domicile, etc...

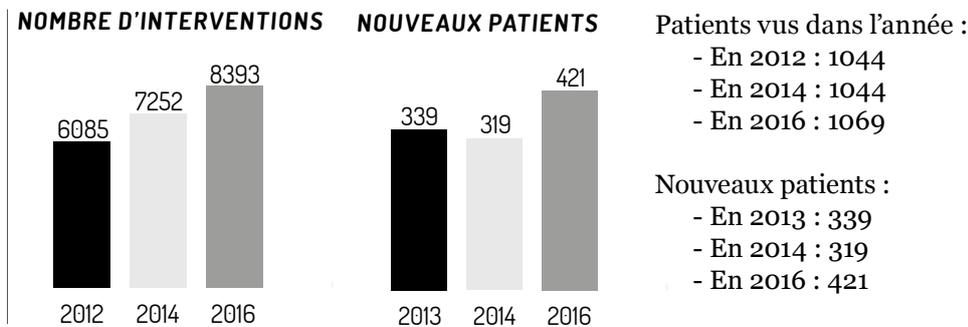
Les partenaires externes au CHPC : médecins traitants, médecins coordonnateurs de maison de retraite, SOS Médecins, SAMU, SSIAD, IDE libéraux, pharmaciens, prestataires, HAD Carentan, auxiliaires de vie, CPAM, MSA, Baclesse, le CHU, le centre ABIVEN (service de Soins Palliatifs), le réseau la source pour une prise en charge en Soins Palliatifs des enfants, les assistantes sociales de secteur et le secteur psychiatrique, etc...

Les partenaires internes au CHPC : les assistants sociaux, l'IFSI, les bénévoles, l'unité douleur, l'HAD, les urgences, le SMUR, l'UHCD, la pharmacie et certains services privilégiés : l'oncologie, la pneumologie, la médecine de Valognes et bien sur aussi tous les services du CHPC.

5.5.2. Activité de l'EMASP du CHPC :

L'activité de l'EMASP est en augmentation d'une année sur l'autre.

- En 2012 : 6085 interventions
- En 2014 : 7252 interventions
- En 2016 : 8393 interventions



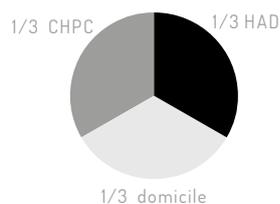
Pourquoi cette différence ?

Augmentation et constance de la file active, le nombre de patients suivis à un instant T allant d'une fourchette entre 95 et 108 patients, donc de plus en plus de patients à prendre en charge au quotidien, des appels de plus en plus importants venant de l'extérieur du CHPC et des appels que ce soit internes ou externes au CHPC de plus en plus tôt dans l'évolution de la maladie, ce qui occasionne un suivi de plus en plus long de ces patients.

Étant donné l'augmentation de la file active, une priorité est donnée à la prise en charge de patients suivis avant de répondre aux nouvelles demandes.

Par ailleurs de nombreuses demandes du CHPC sont formulées afin de permettre à l'équipe de l'EMASP de connaître un patient pour favoriser ensuite son retour à domicile et un suivi à ce dernier.

SUR LES 8393 INTERVENTION - En 2016



Répartition des activités sur ces 8393 interventions : environ un tiers pour le CHPC dont le CHV, un tiers pour le domicile autre que le CHPC c'est-à-dire domicile, maisons de retraite, etc... Et un tiers pour l'HAD.

Augmentation des demandes pour le domicile et pour l'HAD.

En ce qui concerne l'HAD l'activité est importante car de nombreux patients sont en Soins Palliatifs à l'HAD et l'équipe de l'EMASP sollicite cette dernière pour prendre en charge des patients difficiles.

L'activité est croissante avec l'HAD de Carentan qui dépend de l'hôpital Mémorial de Saint Lô puisque les secteurs géographiques se superposent.

L'équipe de l'EMASP soutient les soignants internes ou externes au CHPC, la rencontre des élèves IDE pour préparer leur mémoire ou être jury de ce dernier, de nombreux avis téléphoniques pour des renseignements ou des aides de prise en charge, autre participation interne à l'hôpital, le CLUD, préparation de protocoles avec la pharmacie, participation aux transmissions de l'HAD, supervision de l'équipe, participation au COPIL de Soins Palliatifs et aux réunions d'éthique, mise en place d'un site intranet à partir duquel sont diffusés les cours et les formations proposées par l'équipe.

En parallèle, l'équipe gère l'association SPES (Soutien, présence, écoute et soins) qui permet de répondre aux différentes demandes des patients.

L'EMASP organise également des portes ouvertes sur les sites de Cherbourg et de Valognes et ainsi qu'un staff de Soins Palliatifs une fois par mois. Ce projet, par faute de participants soignants est suspendu à ce jour mais reste d'actualité.

Par ailleurs, l'EMASP encadre des stages pour des séances d'immersion auprès des personnels internes ou externes à l'hôpital, des élèves IDE mais est aussi lieu de stage pour des DIU de

Soins Palliatifs et de gériatrie.

Une convention a été signée avec le CHS de Picauville ; une psychologue intervient au sein de l'équipe du CHS pour une supervision trimestrielle.

5.5.3. Formations dispensées par l'équipe de l'EMASP :

- internes au CHPC :

- l'IFSI : 9 interventions en 2016
- Participation à l'accompagnement de fin de vie proposé par le docteur HENRY (IRAP SANTE) au CHPC
- 14 Interventions au CHPC pour former les soignants, 5 sur Valognes.
- Soit 160 heures.

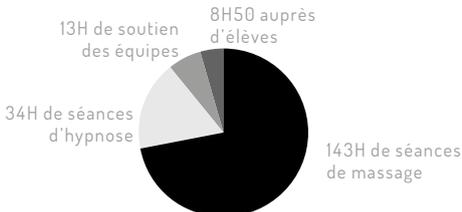
Les formations proposées sur le site de Cherbourg sont également proposées sur le site de Valognes.

- externes : Nombreuses formations au niveau des maisons de retraite (conventions signées avec ces dernières), auprès aussi de certains auxiliaires de vie, au niveau des MAS (Maison d'accueil spécialisée), dans la formation continue : médecins traitants, intervention au niveau du CLIC (Centre local d'information et de coordination), de l'AFPA (Association pour la formation professionnelle des adultes). 11 Interventions soit 71 heures

5.5.4. Quelques chiffres concernant l'activité de l'EMASP (chiffres 2016):

ACTIVITÉ DE L'EMASP

- En 2016



- soutien des équipes (qu'il soit interne au CHPC ou externe) 18 interventions soit 13h00 de temps médecin, IDE.
- intervention des IDE auprès des élèves infirmiers pour leur soutenance de mémoire : 8 interventions soit 8h50 de présence IDE.
- séances d'hypnose : 26 interventions ont été réalisées soit environ 34.00 heures.
- séances de massages : 80 interventions soit environ 143 heures de temps IDE.

5.5.5. Projets :

- poursuite de l'activité orientée notamment sur les suivis à domicile, les interventions dans les structures extérieures au CHPC, les liens avec l'HAD de Carentan et l'HAD de Cherbourg ainsi que toutes les interventions au sein de la structure hospitalière.
- projet de demande d'acquisition d'un logiciel adapté aux activités de l'EMASP.

5.5.6. Formations :

- avec l'AFPA et d'autres organismes, au CHPC : formations DPC (formations ouvertes aux soignants du CHPC et aux soignants extérieurs à celui-ci).
- sur 2 jours suivis d'un 3ème jour à distance afin de refaire le point avec les soignants présents sur l'acquisition de leur connaissance
- deux journées de formation prévues en 2017 sur l'hôpital de Carentan ; au regard de la demande, ces deux journées de formation seront vraisemblablement à réitérer dans les années à venir.
- réalisation d'infos flash dans différents services (médecine polyvalente, oncologie mais aussi HAD) comme par exemple des infos flash sur les massages, la méthadone.....
- formations massage : réalisées auprès des patients et des professionnels

- participation régulière des membres de l'équipe aux collèges médecins, infirmiers, psychologues bas normand et depuis quelques temps un passage aussi au niveau de la Haute Normandie puisque les deux structures sont réunies pour participer à la formation d'une association normande.
- développement de conventions avec les maisons de retraite du territoire mais aussi avec la polyclinique d'Equedreville, le CHS (Centre hospitalier du Bon Sauveur) de Picauville, les MAS et toute autre structure qui le souhaite.
- porte ouverte sur le site de Cherbourg dans le hall de l'hôpital Pasteur pour promouvoir l'activité de l'EMASP. Cette porte ouverte sera aussi en association avec les bénévoles. (A réitérer dans les années à suivre une fois par an).
- staff de soins palliatifs : l'équipe de l'EMASP s'inscrit au sein du projet de l'équipe de soins palliatifs fixe dans l'hypothèse de sa mise en place, afin d'être sollicitée pour évaluer les situations de patients hospitalisés ou non, en vue d'une mutation sur cette structure et pour la participation au staff de soins palliatifs qui sera instauré dans ce cadre, lorsque le service de soins palliatifs sera mis en place.
- dans les années à venir, l'équipe souhaite proposer aux intervenants extérieurs (médecins généralistes, pharmaciens, IDE,.....) des soirées de formations à thèmes.
- interpellation régulière des prestataires du domicile pour des formations permettant à ces prestataires d'être conventionnés auprès de la CPAM pour un financement spécifique aux patients en soins palliatifs.

5.5.7. Association SPES :

Mis en place d'une association SPES qui nous permet encore une fois l'intervention de l'équipe de l'EMASP dans certaines situations auprès des patients en finançant des aides à domicile, et certains traitements, le projet actuel étant la réalisation d'un ouvrage en collaboration avec certains membres du CHPC et Cœur et Cancer, un ouvrage de cuisine pour proposer aux familles quelques recettes de plaisir dans des situations médicales compliquées. Un rapprochement auprès d'autres associations locales en particulier ACREA (Après cancer Ressources, écoute, activités) mais aussi des associations sportives pour essayer de promouvoir certains sports auprès de nos patients et en tout cas de les aider dans leurs démarches. (Signature entre SPES et ACREA d'une convention, interventions bénévoles des deux infirmières de l'EMASP proposant hypnose et massage aux adhérents d'ACREA).



5.6. Imagerie

5.6.1. Introduction

► Objectif

- Optimiser l'accessibilité de la population du territoire à l'imagerie médicale du CHPC ;
- Développer des activités déjà mises en place, afin de garantir un plateau technique complet.

► Situation actuelle du service

► Plateau technique

L'activité du service est répartie sur deux sites du CHPC, celui de Cherbourg et celui de Valognes. Le plateau technique comporte les équipements suivants :

- en scanner :
 - GE REVOLUTION EVO (128 barrettes) mis en service en janvier 2017 à Cherbourg ;
 - GE BRIGHTSPEED (16 barrettes) mis en service en mars 2010 à Valognes.
- en IRM : Siemens AERA (1,5 Tesla) mis en service en octobre 2011 à Cherbourg ;

- en échographie :
 - GE dédié à la sénologie mis en service en 2016 à Cherbourg ;
 - GE E9 et GE VOLUSON 8 mis en service en 2013 à Cherbourg ;
 - GE VOLUSON 8 mis en service en 2007 à Valognes.
- en mammographie : GE mis en service en juin 2011 à Cherbourg ; stéréotaxie et tomosynthèse mises en service en 2016 ;
- en radiographie conventionnelle :
 - Capteurs plans GE mis en service en 2008 et 2009 à Cherbourg ;
 - Salles télécommandées (3 à Cherbourg, 1 à Valognes) anciennes (plus de 15 ans) ;
 - Appareil de radiographie au lit et appareil panoramique dentaire Siemens mis en service en 2010 ;

Les systèmes RIS EDL et PACS CARESTREAM mis à jour en décembre 2015 permettent la diffusion des images et des résultats vers tous les services des deux sites, prenant en compte toutes les modalités y compris la mammographie et disposant pour chaque modalité d'une console d'interprétation dédiée.

► Équipe

L'activité du service est assurée par 4,2 ETP praticiens hospitaliers, 5 ETP praticiens attachés associés, 1 clinicien hospitalier dédié à la sénologie ; le service dispose de 3 postes d'internes. L'effectif actuel est de 9,2 ETP séniors, 12, 35 ETP manipulateurs et 3 aides-soignants.

► Activité

Le nombre d'actes réalisés dans le service du 01/01/2016 au 31/12/2016 est présenté ci-dessous, par type d'examen et site de prise en charge des patients.

Activité	Site Cherbourg	Site Valognes
Radiologie en hospitalier	8245	1213
Radiologie en externe	20222	7776
Radiologie en urgence	28831	2251
Echographie en hospitalier	839	227
Echographie en externe	4952	1999
Echographie en urgence	792	51
Sénologie	4730	Sans objet
IRM en hospitalier	3162	Sans objet
IRM en externe	9064	Sans objet
IRM en urgence	400	Sans objet
Scanner en hospitalier	9986	1792
Scanner en externe	15253	15085
Scanner en urgence	15794	534

► Contraintes

- développement modéré (à ce jour) de l'imagerie en secteur libéral dans la région, entraînant une demande accrue d'examen en externe pour le service d'imagerie du CHPC ;
- effectif plein-temps en radiologie sénior encore insuffisant (le service disposant de deux

- sites et trois équipements d'imagerie « lourde » ;
- partage de l'activité programmée et non programmée (urgences) au scanner du Cherbourg, générateur d'un délai de prise en charge plus long pour les patients programmés (contrainte inexistante au scanner du Valognes en raison d'une faible activité d'urgence) ;
- une seule machine IRM dans le Cotentin : difficulté pour répondre aux demandes d'examens externes, en raison du nombre élevé de prises en charge précoce des patients neurovasculaires dans le cadre de l'AVC.

► **Éléments favorables :**

- équipe médicale jeune et enthousiaste, prête à apprendre et intégrer des nouvelles techniques ;
- équipe paramédicale (manipulateurs, cadres) compétente/performante ;
- plateau d'imagerie en coupes et système informatique modernes et performants.

5.6.2. Le plateau de sénologie. La stéréotaxie

- définition : Une biopsie stéréotaxique du sein est un prélèvement réalisé sous mammographie afin de guider avec précision l'aiguille à travers les tissus, jusqu'à l'anomalie. Cette procédure est réalisée par un radiologue et utile lorsque la lésion est très petite, non palpable, ou pas bien visible à l'échographie.

- intérêt du projet : Le cancer du sein est en Europe le cancer le plus fréquent chez les femmes, tant en incidence qu'en mortalité. En France, le taux d'incidence du cancer du sein est fort. Son pronostic à long terme est favorable, surtout s'il est pris en charge précocement (survie à 5 ans supérieure à 80 %). Trois critères conditionnent la survie en cas de cancer du sein : la taille lésionnelle, le grade histologique, l'envahissement ganglionnaire.

Les femmes diagnostiquées par biopsie chirurgicale sont souvent soumises à une reprise chirurgicale pour s'assurer que la lésion a été totalement retirée, et dans certains cas pour permettre une évaluation des ganglions. Il est donc préférable de poser le diagnostic avant l'opération.

L'objectif de la mise en place de ce plateau est de diminuer le nombre des biopsies chirurgicales par des techniques de prélèvement simples et efficaces. Cet objectif s'inscrit dans des recommandations qui visent à poser le diagnostic sur des biopsies percutanées dans au moins 90 % des cas (recommandations HAS). Le service rendu à la population est important. Il évite les déplacements vers d'autres centres hospitaliers publics ou privés (notamment le CHU de Caen ou le Centre F. Baclesse).

La mise en place du plateau de sénologie permet d'éviter de se déplacer jusqu'au CHU de Caen ou le Centre F. baclesse.

- ressources nécessaires :
 - Scanner (64 barrettes ou meilleur) ;
 - Salle adaptée pour l'installation de ce scanner ;
 - Personnel médical et paramédical constant (3 ETP radiologue senior, 5 ETP manipulateurs) ;

5.6.3. Le plateau scanner et son évolution

- observations : L'examen en scanner combine l'accessibilité et la quasi-exhaustivité, venant remplacer de plus en plus les modalités plus « classiques », comme la radiologie ou l'échographie. Il est par conséquent très demandé, l'activité y étant systématiquement surchargée.
- intérêt du projet : Les 2 scanners dont dispose le CHPC (Cherbourg et Valognes) sont à ce jour insuffisants pour répondre aux besoins de la population, notamment en raison des demandes régulières d'examens en urgence, superposées à l'activité programmée.

Le nombre d'actes réalisés en urgence est légèrement supérieur à celui des actes réalisés en externe. Par ailleurs la gestion des patients (installation, préparation) et la transmission de l'information aux prescripteurs implique un temps agent (manipulateur, radiologue) important.

La solution serait un scanner dédiée aux examens en urgence, avec du personnel médical et paramédical spécifique à l'activité, permettant de prendre en charge plus rapidement les urgences et d'augmenter l'activité. Un troisième scanner, à installer sur Cherbourg, est en cours de demande.

Aujourd'hui, les scanners dont dispose le CHPC sont insuffisants, il en faudrait un en plus dédié aux urgences.

- ressources nécessaires :

- Scanner (64 barrettes ou meilleur), coût estimé à 800000 € ;
- Salle adaptée pour l'installation de ce scanner ;
- Personnel médical et paramédical constant (3 ETP radiologue senior, 5 ETP manipulateurs) ;

5.6.4. Amélioration de la prescription

La prescription actuelle est réalisée sur papier, les demandes étant signées et envoyées (ou apportées) dans le service d'imagerie. Ce fonctionnement pose des problèmes :

- traçabilité limitée : les demandes sont numérisées lors de l'enregistrement, mais elles pourraient être égarées avant d'arriver au destinataire ;
- travail en plus pour le secrétariat (enregistrer, numériser) et pour les manipulateurs (tout vérifier avant la réalisation de l'examen) ;

L'informatisation de la prescription permet d'éviter des erreurs de rendez-vous et aussi une meilleure transmission de l'information entre le prescripteur (dont la validation d'une demande est obligatoire) et le radiologue. Elle épargne du temps-secrétariat. La prescription informatisée sera intégrée dans le dossier informatisé du patient (DPI), en cours de déploiement au CHPC.

La prescription informatisée permettra de limiter les risques de pertes et de soulager le travail pour le secrétariat.

5.6.5. Télé-interprétation

- observations : Le service d'imagerie doit répondre à un nombre très important de demandes de radiographies en urgence. Cela entraîne plusieurs dysfonctionnements :
 - La permanence de soins de type astreinte (en raison de l'effectif disponible) fait que les clichés réalisés pendant la nuit sont interprétés en différé (le lendemain), après une première lecture du médecin des Urgences ;
 - Pour l'interprétation des clichés difficiles le radiologue a besoin d'informations supplémentaires transmises par le médecin urgentiste ; la reprise de ces informations est moins facile si les clichés sont interprétés en différé ;
 - La frappe des comptes rendus occupe beaucoup de temps-secrétariat, du fait du nombre de demandes ;
 - La validation des comptes rendus saisis nécessite du temps senior supplémentaire pour lecture et éventuelles corrections.
- intérêt du projet : Faire interpréter à distance les radiographies en Urgences par des centres disposant d'un effectif plus important de radiologues ou par des sociétés dédiées permettrait :
 - Une réponse en temps réel à la question diagnostique adressée par le prescripteur et un échange facile d'information entre le prescripteur et le réalisateur, le radiologue étant disponible aussi par téléphone ;
 - De dégager du temps de radiologue senior ;
 - Le développement de nouvelles activités ;
 - De libérer du temps de secrétariat et ainsi d'optimiser l'activité, la prise en charge des comptes rendus d'imagerie en coupes étant plus rapide.

- ressources nécessaires : Les ressources nécessaires (réseau informatique sécurisé, notamment) existent et une consultation est en cours pour la mise en place du projet.

5.6.6. Conclusion

Les projets présentés ci-dessus doivent permettre une amélioration générale de la prise en charge du patient, dès son accueil à son retour chez le médecin prescripteur. La collaboration de l'ensemble des services de l'établissement (médicaux et techniques) est essentielle pour leur mise en œuvre.



5.7. Médecine physique et rééducation

5.7.1. Présentation

Deux sites / Deux plateaux techniques pour une activité transversale

- centre Hospitalier Louis Pasteur :
 - Plateau central de 800 m² comportant gymnase, salle d'ergothérapie, salle d'appareillage, boxes individuels, piscine de rééducation, salles de consultation.
- résidence Médicalisée pour Personnes Agées (E.H.P.A.D Octeville) :
 - Plateau technique de 100 m²,
- la prestation médicale M.P.R. sur le C.H.V. a été abandonnée en 2010. L'équipe para médicale est en lien direct avec les médecins gériatres des services de SSR

5.7.2. Moyens humains

- pour trois postes « autorisés » de M.P.R.
 - 1 E.T.P. Médecine Physique et Réadaptation
 - 0.8 E.T.P. Médecin Généraliste : en cours de D.I.U. Rééducation,
 - 0.4 E.T.P. Médecin D.I.U. Rééducation
 - 1 Interne : service validant le D.E.S. M.P.R.
 - Consultation avancée d'un médecin D.I.U. du Centre de l'A.D.A.P.T. Bayeux : convention en cours
 - Consultation avancée d'un Chirurgien d'Orthopédie Pédiatrique du C.H.U
- équipe para médicale pluridisciplinaire
 - 1 cadre à temps partiel,
 - 6.80 E.T.P. kinésithérapeutes + 0.30 E.T.P. à Valognes,
 - 2.5 ergothérapeutes,
 - 2.5 psychomotriciennes,
 - pas d'orthophoniste,
 - les agents ont une activité transversale, s'assurant des compétences dans toutes les disciplines médicales et paramédicales et ce, quelque soit l'âge,

5.7.3. Missions générales

- être présent à l'origine de l'incapacité et participer à la réduire,
- prestations de M.P.R. en unité de soins au C.H.P.C. Cherbourg et E.H.P.A.D. d'Octeville :
 - Assurer l'activité transversale dans les unités d'hospitalisation complète et de semaine,

- Validation des demandes émanant des unités de soins,
 - Évaluation clinique des patients hospitalisés,
 - Organisation et coordination des soins sur le plateau technique,
 - Participation à l'orientation du patient et au suivi post hospitalisation,
 - prestations de consultations externes :
 - Recrutement : population enfants / adultes / personnes âgées du Nord Cotentin, consultations à la demande des médecins libéraux, des médecins des unités de soins, de nos homologues des S.S.R. de la région (30 plages par mois (1/2 journées), consultations programmées
 - En 2014 : 2062 consultations externes ont été assurées dont 1760 en Infantile,
 - En 2015 : 2145 consultations externes ont été assurées, bien qu'un médecin ait été absent du mois d'aout au mois de décembre (congés annuels + congés maternité).
- En tant que prestataire, participation aux projets d'autres services

5.7.4. Missions particulières

- suivi des enfants handicapés du Centre et Nord Cotentin
 - consultations médicales conjointes avec le C.A.M.S.P. de Tournlaville (1/2 journée / mois),
 - consultation avancée au C.H. Bon Sauveur « le Bocage » (secteur pédopsychiatrique) : 1/2 journée tous les deux mois,
 - coordination des soins de rééducation à l'I.M.E. Jean Itard (2 jours / mois réalisées en journées d'intérêt général dont une au Centre des Polyhandicapés) et au S.S.E.S.D. de l'A.D.A.P.T. (un jour / mois),
- contribution au C.O.B. Normandie (Via Trajectoire)

5.7.5. Caractéristiques du service M.P.R

- atypie du service
 - Existe en tant qu'unité mobile intra hospitalière et plateau technique central,
 - Disponibilité pour les unités de soins au quotidien,
 - Est reconnu être la meilleure formule pour éviter les défauts d'orientation et améliorer les flux en aval (H.A.D., S.S.R., spécialisés ou non, soins externes),
 - Ce mode d'exercice n'a pas de réalité administrative, ne s'adossant pas à une unité de S.S.R. loco moteur ou neurologique et échappant au développement par mutualisation de moyens à l'occasion des projets des unités de soins
- points Faibles
 - L'activité est restreinte en raison des difficultés de recrutement territoriale de médecins MPR
- points forts
 - Implication dans le médico social : collaboration avec C.A.M.S.P., S.S.E.S.D., secteur pédo psychiatrique, I.M.E. Jean Itard,
 - Importante activité de M.P.R. pédiatrique avec suivi des enfants handicapés du Centre et Nord Cotentin,
 - Continuité du suivi des pluri- et poly- handicapés devenus adultes,
 - Interface entre unités de soins et C.R.F., suivi de proximité enfants / adultes,

5.7.6. Projets de service et idées de développement

- au sein du C.H.P.C.
 - À l'occasion de l'installation du D.P.I., standardisation des évaluations médicales et para médicales,

- Améliorer les collaborations avec les services demandeurs pour une meilleure exploitation de l'expertise du service : dans une démarche qualité, standardiser les évaluations médicales et paramédicales.
- Favoriser la participation du service de MPR aux projets des unités de soins en tant que service prestataire pour contribution aux développements. Exemple : rééducation à l'effort en cardiologie, hôpital de jour neuro gériatrique, ouvertures d'unités transitoires d'hospitalisation, S.S.R. pneumologie....
- Participer à l'élargissement du champ d'action de l'H.A.D.
- Augmenter l'implication des médecins de MPR dans l'orientation des patients en lien avec les C.R.F. de la région, et en appui Via Trajectoire pour optimiser les flux Hôpital / S.S.R., Hôpital / H.A.D., Hôpital / Soins Extérieurs. Ce pourrait être un axe de qualité. A chaque semestre : information des internes sur l'offre de soins de la région. Aide à la prescription d'orientation pour l'élaboration d'un outil d'aide à la décision d'après l'algorithme de l'H.A.S. (juillet 2013) et « le parcours de soins en M.P.R. du patient après A.V.C. (H.A.S. FEDMER SOFMER septembre 2012)
- Contribution à l'organisation des consultations d'évaluation pluri professionnelles post A.V.C. (orchestrées par le service de Neurologie),
- D.J. S.S.R. locomoteur et neurologique, le C.H.P.C. a besoin d'autorisations. L'A.R.S. a confirmé qu'une ouverture de places de jour est possible si un centre M.P.R. nous octroie une partie de ses autorisations. 5 places suffiraient.

- dans le Nord Cotentin

- Partenariat avec la Polyclinique du Cotentin : des développements sont envisageables :
 - rééducation des amputés, avec la collaboration des chirurgiens vasculaires,
 - rééducation en kiné balnéothérapie en collaboration avec les chirurgiens orthopédistes,
 - exploration cystomanométrique en collaboration avec le chirurgien urologue,
 - C.R.F. Korian – Siouville - :
 - dans l'optique d'une amélioration des flux de patients qui s'impose pour notre établissement et pour le leur, il est nécessaire d'améliorer la qualité de l'orientation...
- À l'échelle de la région :
 - développer des liens avec le C.H.U. de CAEN pour faciliter l'accès à des explorations et soins spécifiques en particulier consultations spasticité Enfants / Adultes, et analyse quantifiée de la marche.
 - participer à l'attractivité médicale : recruter médecins M.P.R., A.S.R., Internes.

5.7.7. Au total

Le service de M.P.R. du C.H.P.C. est un service polyvalent, déjà très ouvert sur la ville par le biais de consultations externes et de consultations avancées dans les centres d'enfants handicapés.

Pour aboutir à une offre de soins optimale, et à la valorisation de certains actes, il lui manque de s'adosser à un hôpital de jour, locomoteur et neurologique.

Cet hôpital de jour est la priorité du projet de service. Son intérêt est d'abord d'améliorer les flux de patients ; l'autre intérêt est d'offrir un H.D.J. M.P.R. au sein du bassin de population.

En interne, la collaboration avec certaines unités de soins est perfectible. Plus particulièrement, un effort doit être fait en matière d'orientations médicales du patient.

Tout projet nouveau et l'anticipation d'un départ en retraite est soumis au recrutement de deux P.H. temps plein, un polyvalent adulte et un spécialisé en infantile.

L'urgence est donc le recrutement de médecin MPR au minimum pour pérenniser l'activité actuelle.

5.7.8. Annexe : projet HdJ MPR

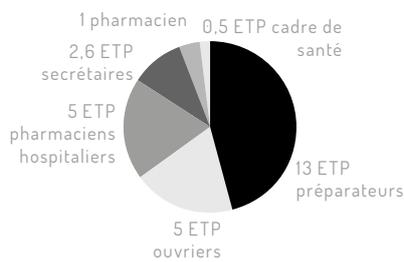
- pourquoi l'H.D.J. en M.P.R. ? Objectifs et rôles :
 - un H.D.J. offre une rééducation spécifique en ambulatoire, coordonnée par le médecin M.P.R. et dispensée par une équipe de professionnels comportant kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie, psychomotricité, diététique, orthoptie, podo-orthésiste, ortho prothésiste, +/- neuropsychologue, . Un programme précis de rééducation est défini dans un temps imparti pour chaque patient,
 - l'alternative à l'hospitalisation complète en M.P.R. permet d'éviter ou de diminuer la durée d'hospitalisation en S.S.R. neuro et locomoteur,
 - il contribue au maintien fonctionnel de patients vieillissant présentant une affection chronique invalidante ou au recouvrement d'acquis,
 - il peut permettre de développer une prise en charge locale du traitement de la spasticité, de structurer les évaluations en vue de prescription de fauteuil roulant électrique,
 - il est une nécessité pour l'évaluation multidisciplinaire de certains patients (S.L.A., S.E.P., douleur rebelle), non envisageable en libéral ni en consultation médicale «simple»,
- types d'indications :
 - les indications seront portées pour les affections neurologiques, rhumatologiques, orthopédiques, post chirurgicales, pneumologiques, gériatriques.
- modalités de recrutement :
 - dans les unités de soins et S.S.R. spécialisés, ou polyvalents ou à orientation gériatrique,
 - en suite de consultation M.P.R.,
 - directement de la ville à la demande du médecin traitant et avec consultation préalable,
- moyens humains pour 5 places :
 - 1/2 E.T.P. médecin M.P.R. coordonateur en présence effective sur le temps d'ouverture de l'H.D.J. ; ces 5 places peuvent correspondre à une file active de 20 / 25 patients,
 - 5 E.T.P. paramédicaux de rééducation à repartir selon activité.



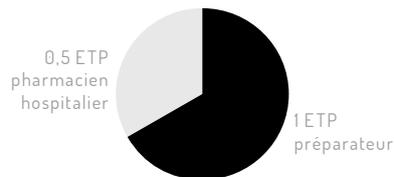
5.8. Pharmacie-Stérilisation

5.8.1. Présentation du service

- la PUI du CHPC dispose de locaux implantés sur 2 sites :
 - Site de Cherbourg : pharmacie et stérilisation
 - Site de Valognes : pharmacie
- pharmacie : La composition de l'équipe pharmaceutique de la PUI du CHPC est la suivante :

PHARMACIE CHERBOURG**Pharmacie site de Cherbourg :**

- 5 ETP pharmaciens hospitaliers dont un pharmacien gérant de la PUI
- 1 pharmacien assistant en charge de la conciliation médicamenteuse (poste financé par l'ARS sur au minimum 2 ans)
- 0.5 ETP cadre de santé
- 12 ETP préparateurs
- 5 ETP agents filière « ouvrier »
- 2.6 ETP secrétaires

PHARMACIE VALOGNES**Pharmacie site de Valognes :**

- 0.5 ETP pharmacien hospitalier
- 1 ETP préparateur en pharmacie hospitalière

- stérilisation :

- 0.5 ETP pharmacien
- 0.25 ETP cadre de santé
- 0.25 ETP IBODE
- 6 ETP aides soignants
- 1 ETP ASH

5.8.2. Activités au sein de la PUI

Les activités suivantes sont exercées au sein de la PUI du CHPC selon la réglementation.

- activités obligatoires :

- Gestion, approvisionnement, contrôle, préparation, détention et dispensation des médicaments, des dispositifs médicaux stériles et de produits ou objets type pansements et de tous articles présentés comme conformes à la Pharmacopée.
- Action d'information, de promotion et d'évaluation des produits pharmaceutiques, ainsi que de leur bon usage, action à mener en lien avec la pharmacovigilance et la matériovigilance.

- activités soumises à autorisation spéciale

- Reconstitution de spécialités de chimiothérapies anticancéreuses en unité centralisée.
- Stérilisation des dispositifs médicaux.
- Gestion de médicaments expérimentaux.
- Rétrocession au public de médicaments et de produits diététiques destinés à des fins médicales dans les conditions prévues par le code de la santé publique.

- autres activités :

- Conciliation médicamenteuse
- Entretien pharmaceutiques
- Éducation thérapeutique

Remarque :

Toutes ces activités sont effectuées en suivant une démarche qualité avec comme socle la cartographie des risques et selon le PAQSS de l'établissement.
Par ailleurs, les pharmaciens intègrent dans leur activité la gestion budgétaire en lien avec les services de soins, activité accentuée avec la certification des comptes et le CBUMPPIII.

5.8.3. Bilan d'activité

Quelques chiffres :

- délivrance des produits pharmaceutiques : La délivrance des médicaments et des dispositifs médicaux est assurée via une délivrance globale (dotation de services) et une dispensation à délivrance nominative, notamment pour tous les produits en hors dotation.

L'activité est résumée dans le tableau suivant (chiffre 2015)

	Médicaments (nombre de lignes)	Dispositifs Médicaux Stériles et solutés (nombre de lignes)	Dispositifs Médi- caux Implantables (nombre de poses)	Reconstitution des médicaments anti- cancéreux (nombre d'unités)
Délivrance globale	206 000	99 400		
Dispensation nomi- native	51 230	150 51 230 0	4 541	8 753 (9028 en 2016)

- validations pharmaceutiques : L'établissement est en cours d'informatisation de la prescription (cf paragraphe 2 « prise en charge médicamenteuse » des projets transversaux du projet médical et projet DPI). En 2016, le nombre de lits informatisés est de 430 lits, les lits du site de Valognes étant totalement informatisés. D'ici 2018, le reste des lits du CHPC soit 1009 lits et places seront informatisés (USMP incluse).

Cette évolution se traduit par une augmentation de l'activité pharmaceutique en terme de validation des ordonnances par les pharmaciens.

- stérilisation : L'activité de la stérilisation est liée à celle des services de soins mais surtout à celle du bloc opératoire.

Elle peut être résumée sur 2016 par les chiffres suivants :

		Quantité annuelle 2016
Nb de sets ou unitaires lavés, recomposés, conditionnés et stéri- lisés	Services	33326
	B0	
Nb de plateaux opératoires lavés, recomposés, conditionnés et stérilisés		10513

- Pharmacie clinique

Activité	Chiffre 2016
Conciliation médicamenteuse	54 entrées et sorties / mois
Entretien thérapeutique	64 entretiens dont 48 en initiation et 17 en renouvellement

5.8.4. Dynamique du service / Projets structurants des années à venir

- la dynamique du service du CHPC repose sur plusieurs axes :
 - le développement de l'analyse pharmaceutique avec la validation des ordonnances complètes de la prescription informatisée en lien avec le déploiement de HEO,
 - le projet de Préparation des Doses Administrées (PDA) automatisé,

• la pharmacie clinique,
(Ces trois projets sont décrits dans le paragraphe 2 du chapitre « Projets transversaux » du projet médical)

- la réorganisation du circuit des DMS tout en favorisant leur bonne utilisation. Le stock des DMS a été centralisé sur le site de Cherbourg ; le réapprovisionnement en DMS des services de soins du site de Valognes a été réorganisé en mettant en place des armoires mobiles. Par ailleurs, la restructuration des services de soins du site de Cherbourg en plateaux permet de revoir le circuit des DMS avec un mode de gestion en plein/vide coordonné par le pharmacien responsable du secteur et en lien avec la création des postes de logisticiens de plateaux.
- l'amélioration du service rendu par la stérilisation en adéquation avec l'évolution du bloc opératoire et avec notamment l'amélioration de l'identification des unités stérilisées à destination du bloc opératoire.

Moyens nécessaires :

Temps pharmacien : Afin de répondre aux projets énoncés ci-dessus, le temps pharmaciens doit être réévalué notamment pour les activités suivantes :

- validations pharmaceutiques
- pharmacie clinique

Équipement: La mise en place du projet de PDA est conditionnée par l'achat et la géolocalisation de l'automate (500 000 à 1 million d'€uro) ou tout autre matériel selon le projet retenu dans le cadre du GHT ; du GCS ou de l'association avec un ou plusieurs établissement(s).



8

Annexes

1. Activité.

2. Démographie.

3. PHME : plans d'actions

1. Activité

HC MCO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Évol 2010 - 2015
IPDMS	1,08	1,07	1,06	1,06	1,05	1,02	-5,6%
Médecine	1,11	1,09	1,08	1,08	1,08	1,04	-6,3%
Chirurgie	1,05	1,02	1,03	1,04	0,95	0,92	-12,4%
NB RDD HC	23 994	23 524	23 774	22 323	22 102	22 516	-6,2%
Médecine	20 381	19 948	20 262	19 340	19 271	20 032	-1,7%
Chirurgie	4 671	4 317	4 182	3 599	3 311	3 051	-34,7%
JOURNÉES BRUTES	166 952	156 056	153 361	141 816	136 176	135 313	-19,0%
Médecine	145 667	135 792	134 087	125 580	121 408	122 227	-16,1%
Chirurgie	23 254	21 376	20 400	17 112	15 855	14 233	-38,8%
CA T2A	78 268 718 €	72 329 165 €	72 502 189 €	68 681 871 €	68 054 901 €	70 438 312 €	-10,0%
Médecine	66 861 245 €	61 477 983 €	61 956 450 €	59 872 258 €	58 874 713 €	62 494 738 €	-6,5%
Chirurgie	13 477 691 €	12 391 319 €	11 786 189 €	10 115 465 €	10 368 762 €	9 744 549 €	-27,7%
CA MOYEN / J	469 €	463 €	473 €	484 €	500 €	521 €	11,0%
Médecine	459 €	453 €	462 €	477 €	485 €	511 €	11,4%
Chirurgie	580 €	580 €	578 €	591 €	654 €	685 €	18,1%
DMS	6,96	6,63	6,45	6,35	6,16	6,01	-13,6%
Médecine	7,15	6,81	6,62	6,49	6,30	6,10	-14,6%
Chirurgie	4,98	4,95	4,88	4,75	4,79	4,67	-6,3%
JOURNÉES LITS	194 798	188 990	178 285	170 423	162 815	154 880	-20,5%
Médecine	164 601	159 934	150 127	170 423	162 815	138 543	-15,8%
Chirurgie	30 197	29 056	28 158	23 334	19 955	16 337	-45,9%
NB LITS ET PLACES INSTALLÉS	570	531	504	468	469	438	-23,2%
Médecine	468	429	422	395	408	393	-16,0%
Chirurgie	102	102	82	73	61	45	-55,9%
NB LITS ET PLACES OUVERTS	534	518	487	467	446	424	-20,5%
Médecine	451	438	410	403	391	380	-15,8%
Chirurgie	83	80	77	64	55	45	-45,9%
TO	86 %	83 %	86 %	83 %	84 %	87 %	1,9%
Médecine	88 %	85 %	89 %	85 %	85 %	88 %	-0,3 %
Chirurgie	77 %	74 %	72 %	73 %	79 %	87 %	13,1%
ENTRÉE DEPUIS LES URGENCES	67 %	67 %	70 %	71 %	71 %	70 %	3,9%
Médecine - Hors GO	69 %	69 %	71 %	72 %	71 %	71 %	3,5%
Chirurgie	67 %	64 %	69 %	68 %	69 %	66 %	-2,7%

OJ HORS SÉANCE MCO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Évol 2010-2015
NB RSS	5 118	5 489	5 938	4 782	5 128	5 795	13,2 %
Médecine	3 524	3 501	3 973	3 114	3 138	3 735	6,0 %
Chirurgie	1 596	1 991	1 966	1 671	1 991	2 066	29,4%
CA T2A	3 297 961 €	3 776 792 €	4 053 752 €	3 247 839 €	3 708 792 €	4 285 792 €	30,0 %
Médecine	1 935 857 €	1 956 720 €	2 187 863 €	1 728 074 €	1 725 050 €	2 189 422 €	13,1%
Chirurgie	1 362 104 €	1 820 072 €	1 865 889 €	1 519 764 €	1 983 745 €	2 096 371 €	53,9 %
CA MOYEN/ RSS	644 €	688 €	683 €	679 €	723 €	740 €	14,8%
Médecine	549 €	559 €	551 €	555 €	550 €	586 €	6,7 %
Chirurgie	853 €	914 €	949 €	909 €	996 €	1 015 €	18,9 %
JOURNÉES LITS	7 139	7 151	7 146	7 141	7 420	7 517	5,3 %
Médecine	4 689	4 651	4 406	4 381	4 997	4 883	4,1%
Chirurgie	2 450	2 500	2 740	2 760	2 423	2 634	7,5 %
NB LITS ET PLACES INSTALLÉS	27	27	29	29	31	31	14,8 %
Médecine	19	17	17	17	19	19	0,0 %
Chirurgie	8	10	12	12	12	12	50,0 %
NB LITS ET PLACES OUVERTS	27	28	27	27	28	29	5,3 %
Médecine	18	18	17	17	19	19	4,1 %
Chirurgie	9	10	10	11	9	10	7,5 %
TO	72%	77 %	83 %	67 %	69 %	77 %	7,5 %
Médecine	75%	75 %	90 %	71 %	63 %	76 %	1,8 %
Chirurgie	65%	80 %	72 %	61 %	82 %	78 %	20,4 %

SÉANCES MCO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	ÉVOL 2010-2015
NB SÉANCES	18 037	19 222	19 132	20 815	24 297	25 094		39 %
Dialyse	6 580	6 533	6 533	7 614	8 776	9 630		46 %
Radiothérapie	7 125	7 975	8 135	8 235	1 342	0		
Radiothérapie CFB					8 712	9 686		
Chimiothérapie	3 920	4 325	4 191	4 674	5 106	5 470		40 %
Transfusion	412	389	253	292	361	308		-25 %
CA T2A	5 356 828 €	5 575 970 €	5 493 345 €	5 826 647 €	6 744 402 €	7 070 402 €		32 %
Dialyse	2 283 879 €	2 249 645 €	2 237 345 €	2 374 881 €	2 821 897 €	3 076 731 €		35 %
Radiothérapie	1 338 269 €	1 463 809 €	1 470 288 €	1 486 926 €	1 709 126 €	1 684 403 €		26 %
Chimiothérapie	1 468 834 €	1 619 761 €	1 626 668 €	1 782 060 €	1 987 040 €	2 117 503 €		44 %
Transfusion	265 846 €	242 755 €	159 220 €	182 780 €	226 339 €	191 672 €		-28 %
CA MOYEN / SÉANCE	297 €	290 €	287 €	280 €	278 €	282 €		-5 %
Dialyse	347 €	344 €	341 €	312 €	322 €	319 €		-8 %
Radiothérapie	188 €	184 €	181 €	181 €	170 €	174 €		-7 %
Chimiothérapie	375 €	375 %	388 €	381 €	389 €	387 €		3 %
Transfusion	645 €	624 %	629 €	626 €	627 €	622 €		-4 %

2. Démographie

TAUX POUR 100 HABITANTS

CANTONS	Population totale	Taux de médecins généralistes libéraux et mixtes pour 1000 hab	Taux d'infirmiers libéraux ou mixtes pour 1000 hab	Taux de chirurgiens dentiste pour 1000 hab	Taux de masseurs kinésithérapeutes pour 1000 hab	Taux de pédicures podologues pour 1000 hab	Taux d'orthophonistes pour 1000 hab	Taux de pharmacies pour 1000 hab
Barneville-Carteret	7661	0,78	1,04	0,26	0,65	0,65	0,26	0,26
Beaumont-Hague	11823	0,42	1,01	0,27	0,34	0,17	0,08	0,17
Bricquebec	11214	0,53	0,98	0,27	0,36	0,09	0,18	0,18
Cherbourg-Octeville	39003	1,22	1,28	0,35	0,97	0,31	0,33	0,49
Cherbourg-Octeville Sud Ouest	4631	0,85	0,65	0	0,43	0	0,22	0,22
Equeurdreville-Haineville	25412	0,79	0,91	0,35	0,59	0,16	0,12	0,39
Les pieux	13540	0,51	0,71	0,15	0,81	0,15	0	0,22
Montebourg	6794	0,44	1,32	0,15	0,59	0,15	0	0,29
Quettehou	9226	0,76	1,19	0,22	0,33	0,22	0	0,33
Saint Pierre Eglise	8586	0,35	1,05	0,23	0,35	0,12	0	0,23
Saint Sauveur le Vicomte	6697	0,44	0,9	0,3	0,3	0,3	0	0,15
Tourlaville	24829	0,83	0,85	0,29	0,56	0,12	0,08	0,4
Valognes	13953	0,93	1,43	0,29	0,43	0,22	0	0,29
Territoire Nord Cotentin	183369	0,79	1,05	0,37	0,61	0,21	0,13	0,33
Manche	501007	0,91	1,54	0,34	0,63	0,17	0,16	0,49
Basse Normandie	1480171	0,91	1,32	0,35	0,61	0,17	0,18	0,49
France Métropolitaine	63409191	1,06	1,46	0,57	0,94	0,19	0,27	0,49

POUR 100000 HABITANTS

Spécialité	France Métropolitaine	Manche	Territoire Nord Cotentin
Anatomie et cytologie pathologiques	2,4	1,8	1,1
Anesthésie-réanimation	17,1	14,1	7,6
Biologie médicale	4,5	3,4	3,3
Cardiologie et maladies vasculaires	10,6	8,9	4,9
Chirurgie générale	5,6	5,7	3,3
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	1,8	2,0	1,1
Chirurgie orthopédique et traumatologie	4,9	4,3	4,4
Chirurgie infantile	0,5	0,3	0,0
Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	1,3	0,4	0,5
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	0,7	0,5	0,0
Chirurgie urologique	1,8	1,8	1,6
Chirurgie vasculaire	0,8	0,8	0,5
Chirurgie viscérale et digestive	1,5	2,0	0,5
Dermatologie et vénéréologie	6,3	4,5	3,3
Endocrinologie et métabolisme	2,8	2,0	1,6
Génétique médicale	0,4	0,2	0,0
Gériatrie	2,6	1,8	3,8
Gynécologie médicale	5,1	3,7	
Gynécologie-obstétrique	6,9	6,5	10,4
Hématologie	0,9	0,6	0,0
Gastro-entérologie et hépatologie	5,6	5,0	3,8
Médecine du travail	8,7	7,0	9,8
Médecine interne	3,7	2,1	1,6
Médecine nucléaire	1,1	0,9	0,0
Médecine physique et réadaptation	3,2	3,0	1,1
Néphrologie	2,5	2,0	2,2
Neuro-chirurgie	0,8	0,8	0,0
Neurologie	3,7	3,0	2,2
O.R.L et chirurgie cervico faciale	4,7	4,3	0,5
Oncologie option médicale	1,4	1,1	1,1
Ophthalmologie	9,1	7,4	4,9
Pédiatrie	12,0	9,9	7,6
Pneumologie	4,6	4,3	2,2
Psychiatrie	23,3	15,9	9,8
Radio-diagnostic et imagerie médicale	13,2	11,1	7,1
Radio-thérapie	1,3	1,5	0,5

Réanimation médicale	0,5	0,3	
Recherche médicale	0,0	0,0	0,0
Rhumatologie	4,0	3,4	2,7
Santé publique et médecine sociale	2,6	1,8	0,5
Toutes spécialités sauf médecine générale	184,7	149,9	113,6

Sources multiples (tableaux Insee / annuaires santé Cnom & Ameli) - retraitement DIM/CHPC (mars 2016)

3. PHME : plans d'actions

Les Plans d'actions d'amélioration de l'efficacité des organisations et du fonctionnement de l'hôpital étaient les suivants :

► Champ d'action n°1 : Le positionnement et le pilotage stratégiques

- mettre en œuvre les autorisations d'activités déjà accordées (HAD et SSR), pour favoriser l'aval des services d'hospitalisation de court séjour.
- renforcer l'offre de soins existante sur certaines spécialités pour lesquelles une forte demande de soins de proximité existe.
- développer ou renforcer les coopérations de soins avec des partenaires extérieurs publics ou privés.
- définir une stratégie interne sécurisée par un environnement institutionnel formalisé renforcé.
- mettre en place un pilotage stratégique interne renforcé et partagé.
- mettre en œuvre une stratégie de communication interne et externe renforcée.

► Champ d'action n°2 : La structure de l'établissement, des activités et des services

- redéfinir le programme capacitaire des sites de Cherbourg et de Valognes : Restructurer les capacités d'accueil et les modes de prise en charge de l'ensemble des activités des sites de Cherbourg et de Valognes, en privilégiant la mutualisation des secteurs de prise en charge sur des « plateaux de soins » plus intégrés, dans l'espace, et dans leur organisation et leur fonctionnement, permettant de retrouver une « taille critique » (notamment pour les unités de soins).
- redéfinir le découpage en pôles d'activités : Redéfinir le périmètre et réduire le nombre des pôles d'activités, suivant une logique de filières de prise en charge, assurant la lisibilité de l'offre de soins.

► Champ d'action n°3 : L'organisation et le fonctionnement de l'ensemble des activités

- optimiser le circuit « médico-administratif » du patient et de l'utilisateur, sur les sites de Cherbourg et de Valognes.
- améliorer le circuit d'entrée des prises en charge non programmées (admissions via le service des Urgences).
- améliorer le circuit d'entrée des prises en charge programmées.
- améliorer la programmation des activités et la régulation des capacités de prise en charge.
- améliorer le circuit du patient hospitalisé pendant son séjour et au moment de sa sortie
- améliorer l'organisation et le fonctionnement des équipes médicales dans les services

- cliniques et médico-techniques.
- améliorer l'organisation et le fonctionnement des équipes paramédicales dans les services cliniques et médico-techniques.
- améliorer les interrelations entre les prescripteurs des services cliniques et les prestataires des services médico-techniques.
- réorganiser les fonctions supports logistiques (médicales et non médicales) et médico-administratives.
- adapter l'utilisation des moyens en ressources humaines non médicales.
- mettre en œuvre des mesures de réorganisation spécifiques à certaines activités.

► Champ d'action n°4 : Le pilotage médico-économique et opérationnel

- mettre en place, dans le cadre de la redéfinition du pilotage institutionnel (Cf. supra), une véritable gestion par pôles d'activités, s'appuyant sur une délégation de gestion plus attractive, identifiant clairement le rôle de chaque acteur (directions, «chefs» de pôle, cadres supérieurs de pôle, directeur référent de pôle, assistant administratif de pôle, ...).
- renforcer le «dialogue de gestion» et développer une «culture de gestion» commune à l'ensemble de la communauté hospitalière, permettant un pilotage opérationnel des activités plus efficace.
- optimiser l'utilisation des outils de contrôle de gestion, notamment des tableaux de bord et des CRÉA, et mettre en œuvre un raisonnement de type « TCCM par pôles ».
- mettre en place un outil simple mais robuste de prévisions d'activité et de recettes T2A (en MCO et en HAD) et non T2A (dans les autres secteurs).



EXPLORE ▶

Préambule	3
Synopsis	4
Contexte et état des lieux	9
1. Positionnement stratégique	10
2. Organisation structurelle du CHPC	11
2.1. Organisation sur deux sites	11
2.2. Modalités de la prise en charge des patients	11
3. Activité	11
3.1. Médecine – chirurgie – obstétrique (MCO)	11
3.2. Soins de suite et de réadaptation (SSR)	16
3.3. Hospitalisation à domicile (HAD)	16
3.4. Consultations externes	17
3.5. EHPAD	17
4. Démographie et recrutements	17
4.1. Les médecins au CHPC, des statuts divers, source de richesse	17
4.2. Démographie (voir annexe)	18
4.3. Répondre aux besoins d'aujourd'hui et anticiper ceux de demain	19
5. Recommandations PHME, IGAS et ANAP	21
5.1. PHME (voir annexe 4)	21
5.2. Rapport IGAS	22
5.3. ANAP	23
Adaptation de l'offre de soins	25
1. Objectifs	26
1.1. Réorganisation structurelle et fonctionnelle	26
1.2. Les pôles et le DPI	26
1.3. Restructuration des unités d'hospitalisation	27
2. Plateaux – capacitaire	27
3. Parcours patient	28
3.1. Consultation	28
3.2. Admission	28
3.3. Hospitalisation	30
3.4. Filières d'aval	31
Qualité	35

1. Renforcer le déploiement d'une culture qualité et impulser une culture de l'évaluation	36
1.1. Le déploiement d'une culture qualité au sein du CHPC	36
1.2. L'impulsion d'une culture de l'évaluation au sein du CHPC	37
2. Poursuivre la Maîtrise des risques	38
3. Respecter l'usager et le rendre acteur de sa prise en charge	41
4. Promouvoir la qualité de vie au travail des professionnels	42

Communication 45

1. Communication interne	46
1.1. Le patient	46
1.2. Les professionnels de santé du CHPC	47
1.3. Les outils de communication interne	48
2. Communication externe	49
2.1. Les moyens utilisés	49
2.2. La mobilisation en faveur d'une communication renforcée avec les autres acteurs de santé	49
2.3. La mobilisation en faveur de l'attractivité médicale du territoire	50
2.4. La mobilisation en faveur de la prévention des violences faites aux femmes	50
2.5. La mobilisation en faveur de la réputation de l'établissement :	50

Partenariats et travail en réseaux 53

1. Polyclinique	54
2. Le S.S.R. de « Korian L'Estran »	56
3. Coopération inter-GHT : CH.Saint-Lô et CH.Avranches-Granville	59
3.1. Hospitalisation à domicile	59
3.2. Urgences	60
3.3. Neurologie	60
3.4. Cardiologie	61
3.5. Autres thématiques proposées	61
4. Convention d'association avec le Centre hospitalier universitaire de Caen	61
4.1. Le principe d'association du CHU pour les activités hospitalières et universitaires	61

4.2. La formalisation de l'association du CHU	62
4.3. Les axes de coopération existants	62
5. Convention de coopération avec le Centre François Baclesse de Caen pour la radiothérapie	64
5.1. Transfert de l'autorisation de radiothérapie au Centre François Baclesse	64
5.2. Construction d'un projet médical commun	66
5.3. Conclusion	68
6. GHT	68
7. La Fondation Bon Sauveur	71
8. Médecins généralistes	73
9. Télémédecine	74
10. Recherche clinique	75
Projets transversaux	77
1. Projet gériatrique	78
1.1. La filière gériatrique	78
1.2. Un projet de soins gériatrique transversal	79
1.3. Liens avec la ville	80
1.4. Axes de développement	80
2. Prise en charge médicamenteuse	82
2.1. Informatisation du circuit du médicament	82
2.2. Dispensation à délivrance nominative : projet d'automatisation de la préparation des doses à administrer (PDA)	83
2.3. Développement de la pharmacie clinique	83
3. Hygiène Hospitalière	86
3.1. Revoir les processus de formation/sensibilisation des professionnels au respect des bonnes pratiques	86
3.2. Prioriser les actions de surveillance des infections nosocomiales	87
3.3. Renforcer la culture qualité / sécurité des soins en matière de prévention des IAS	87
3.4. Promouvoir une juste utilisation des antibiotiques	88
4. Dossier Patient Informatisé (DPI)	88
4.1. Prescriptions médicales et plan de soins infirmiers :	88
4.2. Intégration de logiciels tiers :	89
5. Soins palliatifs	90

6. Développement de la prise en charge nutritionnelle au CHPC	90
7. Éducation et promotion à la santé	91
7.1. Éducation thérapeutique	91
7.2. Éducation pour la santé :	92
8. Unité médico-judiciaire	92
8.1. Missions	93
8.2. Objectifs	93
8.3. Modalités de mise en oeuvre - les circuits	93
8.4. Organisation médicale	94
8.5. Organisation paramédicale	95
8.6. Les locaux	95
8.7. Matériel et mobilier	95
8.8. Durée de conservation des dossiers médicaux	96
8.9. Formation	96
9. La permanence d'Accès aux soins de Santé (PASS)	96
9.1. Missions de la PASS	96
9.2. Patients bénéficiaires	97
Projets de service	99
1. Pôle C – Chirurgie et oncologie	100
1.1. Chirurgie viscérale	100
1.2. Chirurgie orthopédique	102
1.3. Chirurgie ORL, Ophtalmologie et stomatologie	103
1.4. Hépatogastroentérologie	103
1.5. Oncologie	105
1.6. Pneumologie MCO	108
1.7. Pneumologie SSR	108
1.8. Hospitalisation à domicile	120
2. Pôle F – Femme - enfant	126
2.1. Gynécologie et obstétrique	126
2.2. Néonatalogie	128
2.3. Pédiatrie	130
3. Pôle I – Médecines intensives	133
3.1. Cardiologie	133
3.2. Néphrologie	133
3.3. Neurologie	135
3.4. Réanimation	136

3.5. Urgences	139
3.6. Anesthésie	142
4. Pôle M – Spécialités médicales	145
4.1. Médecine gériatrique (gériatrie aiguë)	145
4.2. Médecine polyvalente	148
4.3. Médecine interne – maladies infectieuses	150
4.4. Rhumatologie, dermatologie, endocrinologie, diabétologie	151
4.5. Hôpital de jour – spécialités médicales	153
4.6. Unité d'évaluation neuro-gériatrique	158
4.7. Unité de soins palliatifs	169
4.8. SSR gériatrique	175
5. Pôle P – Prestataire	179
5.1. Anatomopathologie	179
5.2. Biologie	181
5.3. Département d'information médicale et SCDM	184
5.4. Douleur	188
5.5. EMASP (Équipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs)	190
5.6. Imagerie	193
5.7. Médecine physique et rééducation	197
5.8. Pharmacie-Stérilisation	200
Annexes	205
1. Activité	206
2. Démographie	209
4. PHME : plans d'actions	211

Crédits photographiques

Page 8 : Alice Donovan Rouse / Page 24 : Jon Tyson / Page 34 : Jonathan Simcoe / Page 44 : Søren Astrup Jørgensen / Page 52 : Mark Johnson / Page 76 : Tod Diemer / Page 98 : Jon Tyson / Page 204 : Jonathan Simcoe / Page 214 : Andrew Neel / Page 220 : Matt Jones

Conception graphique

Chattermark. Design graphique & domaines connexes. www.chattermark.fr



THANK YOU



Centre Hospitalier Public du Cotentin

BP 208 - 50102 Cherbourg-en-Cotentin

Tel. : 02.33.20.70.00

Fax : 02.33.20.76.09

E-mail : direction@ch-cotentin.fr

Direction des affaires médicales

Tel. : 02.33.20.70.33

E-mail : affairesmedicales@ch-cotentin.fr

Hôpital Pasteur, Cherbourg-en-Cotentin

Centre Hospitalier Public du Cotentin

46 Rue du Val de Saire

50100 Cherbourg-en-Cotentin

Hôpital de Valognes

Centre Hospitalier Public du Cotentin

1 Avenue 8 Mai 1945

50700 Valognes

www.ch-cotentin.fr