



RAPPORT D'ACTIVITE 2018



Editorial du Directeur

L'année 2018 a bien commencé avec la réception en mars du Prix des valeurs hospitalières de l'Association des Directeurs d'Hôpital pour notre politique des Ressources Humaines en faveur des personnes en situation de handicap.

Au-delà de cette reconnaissance honorifique d'un volet de notre politique de Qualité de Vie au Travail, je voudrais mettre en lumière les événements institutionnels marquants de cette année 2018 pour notre établissement :

- Nous avons développé notre offre de soins grâce notamment à l'augmentation du capacitaire du Court Séjour Gériatrique qui a pris cette année pleinement sa mesure, du déploiement de l'HAD et des consultations spécialisées. Concernant l'HAD, plusieurs conventions ont été signées avec des SSIAD du territoire en application de la nouvelle réglementation en matière de prise en charge à domicile.
- Nous avons œuvré ensemble afin d'améliorer l'attractivité du CHI en particulier sur le lien Ville-Hôpital. Des rencontres pluridisciplinaires et ouvertes aux professionnels de santé de ville ont ainsi été organisées pour améliorer l'image du CHI. C'est par une meilleure communication que notre établissement sera plus visible auprès de la population et auprès des partenaires.
- Dans cet esprit, nous avons initié un comité d'accueil pour les internes de notre territoire de santé au Musée des Pêcheries conjointement avec la Municipalité de Fécamp et la Communauté d'agglomération Fécamp Caux Littoral. Cette opération est désormais renouvelée chaque semestre, à l'occasion de l'arrivée de nouveaux internes.
- Nous avons poursuivi nos actions de maîtrise des dépenses dans un objectif d'efficience à travers l'exécution de l'EPRD 2018. Nous avons dû prendre des mesures significatives en terme de maîtrise des dépenses de personnel, cela a impacté certains services dans leur organisation et leur fonctionnement. Je remercie les professionnels des efforts consentis, avec une volonté partagée de maintenir la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge.
- Nous avons participé activement à la mise en œuvre des fonctions supports mutualisées au sein du Groupement Hospitalier de l'Estuaire, dans une volonté partagée avec les autres établissements de préserver les spécificités et les atouts de chacun.
- L'ouverture de notre IRM le 1^{er} octobre, à travers la création du GIE Fécamp – Pays de Caux, est le résultat d'un travail de plusieurs années. Cela apporte une réponse de proximité incontestablement pertinente pour la population de notre territoire.
- Enfin, l'année s'est terminée très positivement puisque nous avons obtenu, après le passage en septembre des experts visiteurs de la Haute Autorité de Santé, la certification niveau B avec 3 recommandations.

Je tiens à nouveau à remercier l'ensemble des professionnels pour leur engagement et leur implication au service du patient, du résident et de leur famille.

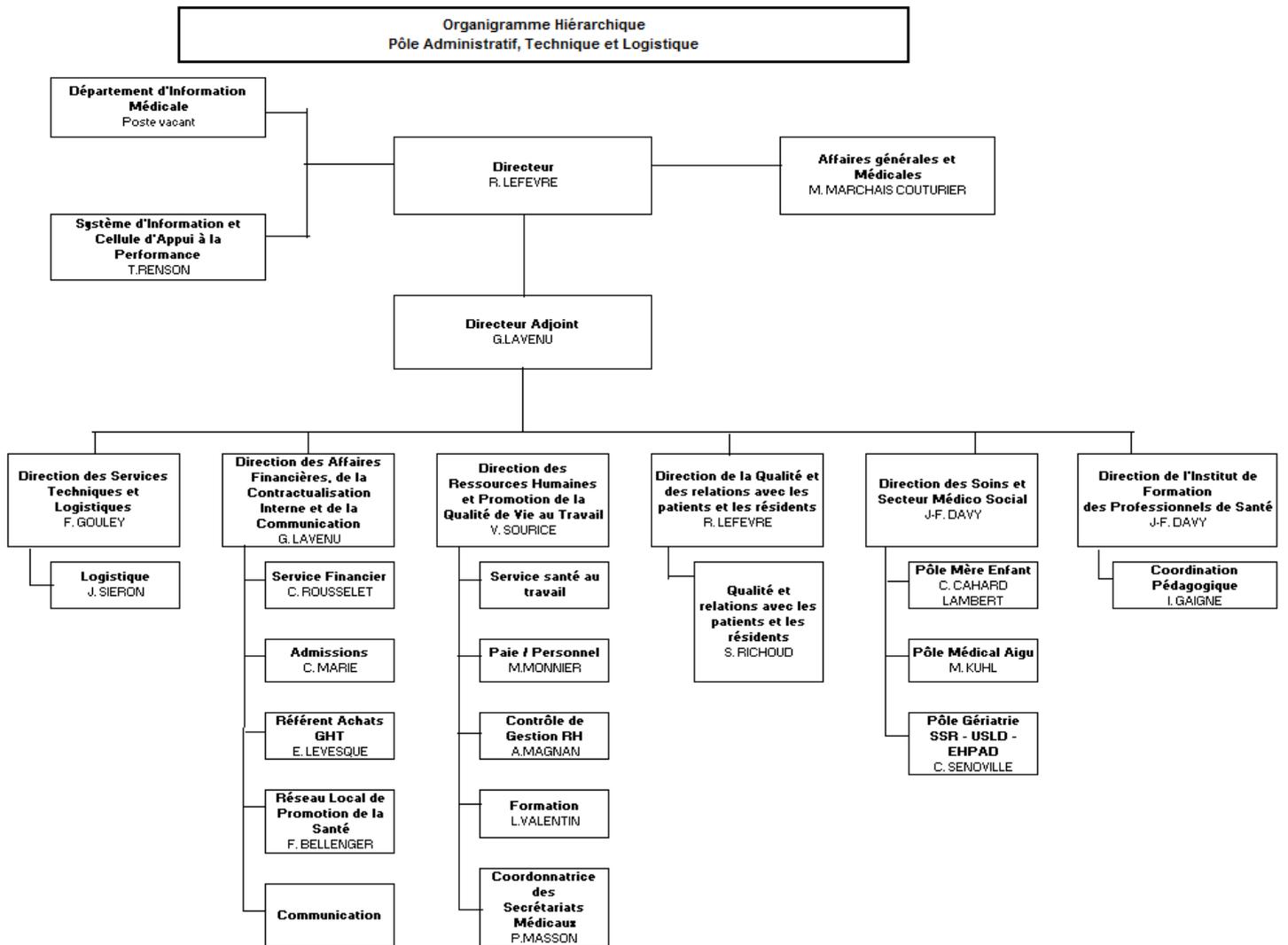
Le Directeur

Richard LEFEVRE

SOMMAIRE

CHAPITRE 1 - EQUIPE DE DIRECTION.....	4
CHAPITRE 2 – OFFRE MEDICO SOIGNANTE ET MEDICO SOCIALE	5
CHAPITRE 3 – LES CHIFFRES CLES 2018.....	6
CHAPITRE 4 – LES TRAVAUX SUR LES DIFFERENTES STRUCTURES.....	10
CHAPITRE 5 – L’ACTUALITE 2018.....	13
CHAPITRE 6 – LES ACTIVITES DU CHI	17
BILAN DU POLE ADMINISTRATIF, TECHNIQUE ET LOGISTIQUE.....	17
BILAN DU POLE MERE ENFANT	44
BILAN DU POLE MEDICAL AIGU.....	51
BILAN DU POLE GERIATRIE.....	62
CHAPITRE 7 – LES INDICATEURS.....	71
LES INDICATEURS QUALITE.....	71
LES INDICATEURS FINANCIERS.....	76
LES INDICATEURS RESSOURCES HUMAINES.....	82
CHAPITRE 8 – BILAN DES INSTANCES	84
CONSEIL DE SURVEILLANCE.....	84
DIRECTOIRE	86
COMMISSION MEDICALE D’ETABLISSEMENT (CME).....	90
COMITE D’HYGIENE, DE SECURITE ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL (CHSCT)	92
COMITE TECHNIQUE D’ETABLISSEMENT (CTE)	94
CHAPITRE 9 – BILAN DES COMMISSIONS.....	96
COMMISSION DES USAGERS (CDU)	96
COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS DE REEDUCATION ET MEDICO TECHNIQUE (CSIRMT)	97
REUNIONS DE CADRES.....	97
COMITE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES (CLIN).....	98
COMITE DE LIAISON EN ALIMENTATION ET NUTRITION (CLAN)	101
COMITE DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR (CLUD).....	101
COMMISSION DU MEDICAMENT ET DES DISPOSITIFS MEDICAUX STERILES (COMEDIMS).....	102
CELLULE DES EVENEMENTS INDESIRABLES ET DES VIGILANCES (CEIV)	102
CELLULE IDENTITOVIGILANCE (CIV)	103
COMITE DE SECURITE TRANSFUSIONNELLE ET D’HEMOVIGILANCE (C.S.T.H)	104
COMITE ETHIQUE.....	105
BUREAU QUALITE	105
COPIL QUALITE – V2014.....	105
CONSEIL DE VIE SOCIALE (CVS).....	106
CHAPITRE 10 – LEXIQUE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	107

CHAPITRE 1 - EQUIPE DE DIRECTION



CHAPITRE 2 – OFFRE MEDICO SOIGNANTE ET MEDICO SOCIALE

Le Centre Hospitalier Intercommunal du Pays des Hautes Falaises est organisé en 4 pôles qui regroupent l'ensemble des services et activités de l'établissement.

POLE MEDICAL AIGU

- ◆ Urgences
- ◆ SMUR
- ◆ UHCD
- ◆ Surveillance Continue
- ◆ Imagerie médicale
- ◆ Médecine cardiologique
- ◆ Médecine gériatrique - CSG
- ◆ Médecine polyvalente
- ◆ Soins palliatifs
- ◆ Oncologie
- ◆ CSAPA
- ◆ Pharmacie
- ◆ Consultations spécialisées
- ◆ Consultations EMG
- ◆ HAD

POLE MERE ENFANT

- ◆ Gynécologie obstétrique
- ◆ Chirurgie gynécologique
- ◆ Bloc opératoire
- ◆ Pédiatrie
- ◆ Anesthésie

POLE GERIATRIE

- ◆ Soins de Suite et Réadaptation
- ◆ USLD
- ◆ EHPAD
- ◆ Consultations mémoire
- ◆ Accueil de Jour
- ◆ PASA
- ◆ UHR

POLE ADMINISTRATIF, TECHNIQUE ET LOGISTIQUE

- ◆ Direction des Finances
- ◆ Direction des Ressources Humaines
- ◆ Direction des Affaires Générales et Médicales
- ◆ Direction des Soins
- ◆ Admissions / Standart
- ◆ Qualité
- ◆ DIM
- ◆ Services Economiques
- ◆ Service Informatique
- ◆ Réseau Local de Promotion de la Santé
- ◆ IFSI / IFAS
- ◆ Service Social
- ◆ Service Santé au Travail
- ◆ Services Techniques
- ◆ Services Logistiques

CHAPITRE 3 – LES CHIFFRES CLES 2018

1/ CAPACITE D'ACCUEIL

Capacité hospitalière globale (517 lits et 46 places) et détaillée par service :

DISCIPLINES	LITS EN SERVICE
<i>Pôle Médical Aigu</i>	
Urgences – SMUR	4
Unité d'Hospitalisation de Courte Durée	7
Surveillance Continue	30
Médecine Polyvalente (Rdc)	27
Médecine Polyvalente (3 ^{ème} étage)	20
Court séjour gériatrique	4 pl.
Oncologie Ambulatoire	30 pl.
CSAPA – Centre de Soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (extra-muros)	
Hospitalisation à Domicile	
<i>Pôle Mère Enfant</i>	
Pédiatrie	10
Gynécologie Obstétrique	19
Total Services Aigus	117 lits – 34 places
<i>Pôle de Gériatologie</i>	
Soins de suite et de Réadaptation (polyvalents, poly pathologie de la personne âgée) - Unité 1 et Unité 2	60
Centre de Gériatologie Yvon Lamour (Long Séjour)	40
Centre de Gériatologie Yvon Lamour (EHPAD)	80
Résidence des Moulins au Roy (EHPAD)	80
Résidence du Bois Martel (EHPAD / PASA)	60 / 14 pl.
Résidence Shamrock (EHPAD / UHR)	80 / 14 pl.
Accueil de Jour pour Malades Alzheimer	12 pl.
Total Gériatrie	400 lits – 12 places
<u>TOTAL GENERAL</u>	<u>517 lits – 46 places</u>

2/ ACTIVITE DES SERVICES DE SOINS

SERVICE	Nbr Entrées	Nbr Journées
Médecine 1 – Gériatrique	656	7141
Médecine 2 – Polyvalente	1181	8050
Médecine 2 – Pluridisciplinaire	114	1467
Médecine RDC – Cardiologie	789	4266
Médecine RDC – Polyvalente	685	5872
Surveillance Continue – Polyvalente	384	1591
Surveillance Continue – Cardiologie	181	547
TOTAL PMA	3990	28934
Pédiatrie	976	2356
Gynécologie	444	827
Obstétrique	1213	3378
TOTAL PME	2633	6561
SSR 1 Polyvalent	134	4604
SSR 1 Gériatrique	137	5984
SSR 2 Polyvalent	178	6496
SSR 2 Gériatrique	108	4103
TOTAL PG	557	21187
HAD	318	7950
UHCD	1467	1501

POLE MEDICAL AIGU

Passages aux Urgences	23 194
Nombres ATU facturés	19513
Sorties SMUR	1114
Consultations Anesthésie	902
Radiologie : actes de radiologie	18992
Radiologie : actes de d'échographies	4294
Radiologie : actes d'IRM depuis le 1 ^{er} Octobre 2018	517
Radiologie : actes de scanner	9335
Consultations spécialisées	9532
CSAPA (file active)	546
Chimiothérapie ambulatoire (séances)	1073
Dossiers de rétrocession au public	571

POLE MERE ENFANT

Interventions au bloc	630
Nombre de naissances	506
Nombres de consultations gynécologiques	11066
Nombres de consultations gynécologiques à Goderville	147
Nombre de consultations pédiatriques	2456

BRANCARDAGE

Nombre de brancardage pour l'ensemble des pôles	29287
---	-------

POLE GERIATRIE

Accueil de jour Alzheimer (file active)	73
Nombre de consultations Mémoire	335

3/ ACTIVITE DES SERVICES ADMINISTRATIFS / LOGISTIQUES / TECHNIQUES

POLE ENSEIGNEMENT

158 étudiants en formation IDE

Elèves en formation AS :

- Promotion 2017-2018 : 48
- Promotion 2018-2019 : 57

161 candidats et stagiaires formés en 2018 répartis comme suit :

- 57 candidats à la préparation aux concours AS et IDE
- 104 stagiaires FTLV

RESSOURCES HUMAINES

Personnels	Nbr agents	ETP
Médicaux (hors internes)	61	47.28
Internes et FFI	8	7.96
Soignants et éducatifs	644	598.65
Médico-techniques	19	17.60
Administratifs	69	66.23
Logistiques et Techniques	111	105.18

Formation (personnel médical et non médical)

- 1027 départs en formation continue pour un budget de 433 560 € : (Personnel non Médical)
- 55 départs en formation continue pour un budget de 43 423 € : (Personnel Médical)
- 14 agents en promotion professionnelle pour un budget de 244 622 €

FINANCES

► Le résultat à fin 2018

	<u>Dépenses</u>	<u>Recettes</u>	<u>Résultats</u>
CHI	47 862 695 €	47 176 202 €	-686 493 €
IFSI-IFAS	1 374 156 €	1 551 972 €	177 816 €
USLD	2 462 382 €	2 539 805 €	77 423 €
EHPAD	14 219 413 €	14 483 002 €	263 589 €
Acc de Jour	263 375 €	275 035 €	11 660 €
CSAPA	374 961 €	420 719 €	45 758 €
TOTAL	66 556 984 €	66 446 737 €	-110 247 €

Investissement prévu au 31/12/2017 1 499 851€

Investissement réalisé au 31/12/2018 1 465 058€

Encours de la dette au 31/12/2018.....37 649 254€

Intérêts restant dus au 31/12/2018 11 327 850€

PARC INFORMATIQUE

- Nombre postes de travail : (sites distants inclus) : **534+80 clinique**
- Nombre interventions techniques CH : **1350**
- Nombre interventions techniques CLINIQUE : **50**
- Nombre d'appels (estimation) : **2000**

INDICATEURS QUALITE

ICALIN.2 (*infections nosocomiales*) **A**

ICSHA.3 (*hygiène des mains*) **2**

ICATB (*bon usage des antibiotiques*) **A**

ICA-LISO (*infections sites opératoires*) **A**

	MCO	SSR	HAD
Document de sortie	C	C	/
Traçabilité de l'évaluation de la douleur post opératoire	A	/	/
Dépistage des troubles nutritionnels	B	A	B
Tenue du dossier anesthésique	A	/	/
E-Satis	C	/	/

Documents applicables **1566**

Fiches d'événements indésirables déclarées **707**

Questionnaires de satisfaction **966 questionnaires remplis, soit 13.4 % de taux de retour**

LOGISTIQUE

- Restauration : nombre de repas servis : **471 963**
- Blanchisserie : tonnage linge : **605 478, 6**
- Transports : **41** véhicules pour **626 223** km parcourus

TECHNIQUE

- Interventions techniques (hors maintenance) : **6872**
- Posers d'hélicoptère : **63**
- Interventions des agents de sécurité : **363**

BIOMEDICAL

- Maintenance préventive interne des dispositifs médicaux : **418**
- Maintenance préventive externe : **249**
- Maintenance curative interne : **917**
- Maintenance curative externe : **2**

4/ FAITS MARQUANTS 2018

- ✿ La visite de certification V 2014 : résultat B
- ✿ L'arrivée de l'IRM au 1^{er} octobre 2018
- ✿ Elections professionnelles de décembre 2018
- ✿ Conception de la charte des valeurs professionnelles du CH de Fécamp
- ✿ Participation à l'exercice « SAREX 2018 »
- ✿ Le niveau d'hygiène jugé très satisfaisant de notre restauration collective 😊



CHAPITRE 4 – LES TRAVAUX SUR LES DIFFERENTES STRUCTURES

L'activité générale de la direction des services techniques et logistiques a été une fois de plus importante en 2018 notamment afin de pouvoir répondre à une attente très grande : **la mise en place de notre premier appareil d'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM).**

En effet, nous avons dû absorber dans un laps de temps très court, un nombre important d'actions sur tous nos secteurs (biomédical, magasin, prop éclair, techniques...) afin que cette implantation puisse se réaliser dans un laps de temps très court entre le choix du prestataire et le 1^{er} patient. Ces opérations ont une thématique commune : mettre en place une solution optimisée et efficiente pour la satisfaction des usagers et des professionnels de santé qui utilisent désormais cette unité.

Site : Centre Hospitalier Intercommunal du Pays des Hautes Falaises

Opération : Implantation d'une IRM

Locaux : RDC Bas – Administration Clinique et Imagerie médicale

Durée effective des travaux : 18 semaines (de la commande au 1^{er} patient)

Surface remaniée : 1 094 m²

Montant : 1 940 000 € TTC





L'examen



Interprétation et résultats



La salle d'attente



Un autre grand chantier a été finalisé cette année, celui qui concerne les **travaux d'amélioration de la sécurité incendie** sur nos EHPAD. Dorénavant, tous nos EHPAD sont équipés d'un **système de sécurité incendie récent** et ils sont **tous autonomes électriquement** grâce à des groupes électrogènes.

Site : **EHPAD Le Bois Martel**

Opération : **Amélioration de la sécurité incendie** > Remplacement du SSI, mise en place d'un groupe électrogène, création d'une cuisine thérapeutique et de locaux dédiés à l'animation et reprise des embellissements (sols/peinture)

Locaux : **Ensemble du bâtiment**

Durée effective des travaux : **10 mois**

Surface remaniée : **3 800 m²**

Montant : **456 470, 93 € TTC**



FAMILEO

Le Centre Hospitalier a mis en place au sein de ses EHPAD un nouveau service permettant de mieux garder le lien entre les résidents et leurs familles. Il s'agit d'un nouveau type de réseau social adapté aux habitudes de chacun, qui se nomme FAMILEO.

Cette solution déployée en début d'année 2018 permet de mettre en contact à travers l'outil informatique, nos résidents avec leurs familles de manière sécurisée et totalement privée.

Enfants et petits-enfants pourront ainsi envoyer des messages (photos, textes), à travers un site internet ou une application mobile, que nos résidents recevront sous la forme d'une Gazette papier personnalisée, imprimée et distribuée par notre établissement.

L'application propose également aux familles de suivre le quotidien de leurs aînés via un fil d'actualités alimenté par le service Animation.

Cette solution gratuite pour nos résidents est présente dans chacun de nos EHPAD. Le service Animation se charge de proposer ce service auprès des résidents, des tablettes numériques ont été déployées sur tous les sites afin de pouvoir communiquer le plus facilement possible.

L'ARRIVEE DE L'IRM AU 1er OCTOBRE 2018

Après une longue route depuis les Etats Unis, le lundi 10 septembre, le Centre Hospitalier a réceptionné son appareil d'IRM d'1,5 Tesla (Imagerie par Résonance Magnétique). L'opération s'est déroulée en milieu de matinée au niveau du parking de la Clinique de l'Abbaye.

L'appareil qui pèse 5,3 tonnes a été levé à l'aide d'une grue puis acheminé jusqu'à un local situé au niveau de l'ancienne salle de formation DPI, dans la continuité du service actuel d'imagerie.



Son coût ainsi que celui des travaux nécessaires pour l'accueillir dans les locaux sont supportés par le GIE IRM (Groupement d'Intérêt Economique) Fécamp Pays de Caux, qui rassemble le Centre Hospitalier Intercommunal du Pays des Hautes Falaises, la société X-RAY Expert et la société Imagerie Caux Albâtre Vallée de Seine.

Des réglages de l'aimant et les derniers travaux doivent désormais être effectués avant l'accueil des premiers patients le 1er octobre 2018.

Bénéfice pour la population :

L'arrivée de cet équipement innovant dans le secteur apporte à la population une réelle amélioration de l'offre de soins particulièrement sur les points de l'accessibilité géographique et des temps de prise en charge. Avec un délai de rendez-vous inférieur à 2 semaines actuellement contre 2 mois dans certains autres centres d'imagerie, la prise en charge du patient se voit nettement améliorée avec la même qualité d'examen et sans avoir l'obligation de se rendre dans les villes du Havre ou de Rouen.

L'IRM en quelques mots :

Il s'agit d'une technologie relativement jeune puisque ce n'est qu'en 1973 que le scientifique Paul Christian LAUTERBUR accompagné de son équipe obtient pour la première fois des images grâce à la technologie de résonance magnétique. Les premières images chez l'homme ont été réalisées en 1979 et ce n'est qu'à partir de 1980 que la technique se diffusera plus largement notamment aux états unis dans un premier temps.

L'IRM est une technique d'imagerie médicale récente, non irradiante puisqu'elle n'utilise pas de rayonnements ionisants, non invasive et sans effets secondaires connus, basée sur le phénomène de résonance magnétique nucléaire (RMN) utilisant les propriétés quantiques des noyaux atomiques des cellules composant les différents tissus de l'organisme humain.

L'IRM pour tous et dans les meilleures conditions :

L'IRM est un examen qui fait l'objet de certaines appréhensions. De nombreuses idées reçues accompagnent cette technique, en particulier l'image d'un long tunnel fermé à ses extrémités très anxiogène pour les patients claustrophobes. L'équipe du GIE IRM Fécamp Pays de Caux a donc travaillé sur plusieurs éléments pour créer une ambiance apaisante et ainsi améliorer le ressenti tout au long de la prise en charge. Un examen d'IRM dure entre 15 et 30 minutes. Pour cela, le patient se voit proposer la possibilité d'écouter la musique de son choix tout au long de l'examen au moyen d'un matériel spécifique adapté à l'environnement de l'IRM ainsi que l'installation de dalles lumineuses représentant un ciel parsemé de branches d'arbre contribuent à créer un effet cocon appréciable.

De par sa technologie (champ magnétique puissant), l'IRM présente certaines contre-indications en présence de dispositif implantable du type Pacemaker, valve cardiaque ou encore neurostimulateur...

Bilan des 4 premiers mois d'exploitation :

Depuis la mise en service de l'équipement le 1er octobre 2018, près de 1500 examens ont pu être réalisés malgré la période de montée en charge du démarrage de l'activité. Toutes les spécialités d'organe peuvent être explorées avec cette machine de dernière génération telle que la neurologie, la cancérologie, l'imagerie ostéo-articulaire et rachidienne, l'imagerie abdominale, l'imagerie de la femme et certains examens de pédiatrie qui reste cependant une spécialité un peu à part du fait de la complexité de la prise en charge des jeunes patients.

Un partenariat public-privé :

Le fonctionnement de cette IRM n'a pu être possible que grâce au partenariat public-privé sous la forme d'un Groupement d'Intérêt Economique (GIE). En effet, ce n'est pas moins d'une douzaine de radiologues qui sont nécessaires pour faire fonctionner cet équipement.

ELECTIONS PROFESSIONNELLES DE DECEMBRE 2018

Le 6 décembre 2018, les élections professionnelles se sont déroulées pour la deuxième fois simultanément dans les trois versants de la fonction publique (État, territorial et hospitalier) afin de désigner pour quatre ans les représentants aux instances de dialogue social CTE, CAPL, CAPD, CCP.

Quels résultats dans notre Etablissements ?

COMITE TECHNIQUE D'ETABLISSEMENT - Taux de participation: 37,22%

CFDT	45,76 %	5 sièges
CGT	20,91 %	2 sièges
SUD	33,33 %	3 sièges

COMMISSIONS ADMINISTRATIVES PARITAIRES LOCALES - Taux de participation 42,77%

CFDT	41,11 %	6 sièges
CGT	21,48 %	1 siège
SUD	37,41 %	7 sièges

COMMISSIONS ADMINISTRATIVES PARITAIRES DEPARTEMENTALES - Taux de participation 42,28%

CFDT	48,29 %
CGT	25,10 %
SUD	22,43 %
FO	3,42 %
UNSA	0,76 %

COMMISSIONS CONSULTATIVES PARITAIRES - Taux de participation 20,51%

CFDT	50,00 %
CGT	25,00 %
SUD	21,88 %
FO	3,12 %
UNSA	0 %

PARTICIPATION A L'EXERCICE « SAREX 2018 »

Un scénario plus vrai que nature

Jeudi 19 avril, 12h, une explosion se produit à quelques miles nautiques de Fécamp à bord de l'Abeille Liberté. A son bord, 104 personnes : 21 membres d'équipage et 83 passagers. Six sont morts, soufflés par l'explosion, vingt-quatre sont blessés, quinze grièvement.

Ce scénario est celui imaginé par la préfecture maritime de la Manche et de la Mer du Nord en partenariat avec celle de Seine Maritime. Il constitue en réalité un exercice de Sauvetage Maritime de Grande Ampleur (SMGA) baptisé SAREX 2018. Son objectif ? Tester les dispositifs de secours afin d'anticiper toute catastrophe dans la zone très fréquentée de la Manche et de la mer du Nord. Entraîner les différents acteurs, sur le terrain, les centres opérationnels et les équipes de gestion de crise de chaque préfecture à gérer une telle situation. Tout cela en accordant une attention particulière à la coordination entre la mer et la terre.



Une participation conséquente du CH de Fécamp dans cet exercice

Le Centre Hospitalier Intercommunal du Pays des Hautes Falaises de Fécamp a largement pris part à cet exercice. En effet, les 80 naufragés de l'Abeille Liberté étaient des étudiants de l'IFPS (Institut de Formation des Professions de Santé) de Fécamp. De plus, médecins et paramédicaux du SMUR de Fécamp étaient présents au poste médical avancé pour apporter les premiers secours et acheminer les victimes vers l'hôpital.

Enfin et dans l'optique d'aller au bout de l'exercice, les urgences du Centre Hospitalier ont été mobilisées, les victimes enregistrées et leur état de santé évalué avant d'être libérées.



LE NIVEAU D'HYGIENE JUGE TRES SATISFAISANT POUR NOTRE RESTAURATION COLLECTIVE

Un smiley pour mesurer le niveau d'hygiène de notre restauration collective :

Un smiley bleu souriant ou grimaçant ? Dorénavant la Direction Départementale de la Protection des Populations (services vétérinaires) attribue quatre niveaux de notes représentés sur une étiquette bleue ornée de smileys blancs : « Très satisfaisant », « Satisfaisant », « A améliorer », « A corriger de manière urgente »

Notre premier smiley est arrivé suite à la visite d'inspection du 21/03/2018



CONCEPTION DE LA CHARTE DES VALEURS PROFESSIONNELLES DU CHI DE FECAMP



Avec un taux de participation de **76.67%**, les employés du CHI ont répondu à la question « **quels sont pour vous les valeurs professionnelles les plus importantes pour travailler au CHI de Fécamp** » ; 743 valeurs ont été analysées par le groupe de travail réuni sur cet objectif de la démarche « Qualité de vie au travail » débutée en décembre 2017 dans notre Etablissement.

Quel résultat ?

9 valeurs essentielles sont ressorties, le COPIL QVT a pu ainsi créer une charte des Valeurs Professionnelles qui est affichée dans chaque service.

Pour rappel, tous les groupes de travail engagés dans la démarche QVT sont composés de 4 collègues (représentants des personnels, cadres/responsables de service, service santé au Travail, Direction).

Grâce à l'implication du personnels, d'autres actions sont en cours telles que la mise à jour du guide du travail, la rédaction d'un guide de la mobilité, une cartographie de la pénibilité des postes, la mise en place d'un baromètre de la satisfaction, d'un logiciel gestion du temps de travail,...au total 16 actions autour de 4 objectifs : « Développer les parcours professionnels », « Agir sur les organisations de travail et leur contenu », « Favoriser la santé et le bien-être au travail », « Promouvoir le management et la communication participative ».

PROJET D'ETABLISSEMENT 2020-2024

Le projet d'Etablissement 2015-2019 du Centre Hospitalier de Fécamp est arrivé à son échéance. Il est donc nécessaire de rédiger un nouveau projet d'établissement, pour la période 2020-2024.

Etabli pour une durée de cinq ans, le projet d'établissement constitue le texte de référence en ce qui concerne les grandes orientations et la stratégie de l'Hôpital. Dans le contexte actuel, c'est l'opportunité pour le Centre Hospitalier de Fécamp, de réaffirmer sa place au sein du territoire et de remplir pleinement ses missions d'hôpital de proximité.

S'inscrivant dans la continuité du précédent projet, la construction du nouveau Projet d'Etablissement 2020 – 2024 doit s'appuyer sur :

- 1 – Un bilan du projet d'établissement 2015 – 2019
- 2 – Le déploiement du nouveau projet médical 2020 – 2024
- 3 – La stratégie nationale et régionale impulsée par le Ministère de la Santé et l'Agence Régionale de Santé (Stratégie Nationale de Santé, Plan Régional de Santé, ...)
- 4 – Le Projet Médico Soignant Partagé (PMSP) du Groupement Hospitalier de Territoire de l'Estuaire de la Seine

Une double approche de cette démarche projet sera privilégiée :

- le déploiement d'un management par la qualité
- la transversalité des champs sanitaires et médico – sociaux

Un comité de pilotage a été créé et se réunira en tant que de besoin pour suivre l'évolution de ce projet. Le Comité de pilotage sera également chargé de la coordination des projets. La première réunion s'est déroulée le 3 décembre 2018.

LE PATIENT TRACEUR

La méthode du patient traceur a pour but d'évaluer la prise en charge globale du patient dans le cadre de son parcours de soins.

Il s'agit d'une analyse rétrospective du parcours d'un patient donné au sein de l'établissement afin d'évaluer :

les processus de prise en charge, les interfaces entre les secteurs, la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire tout en intégrant activement le vécu du patient.

Elle participe à l'évaluation des pratiques par rapport à des référentiels de prise charge. Cette nouvelle méthode pédagogique a pour objectif l'amélioration de la qualité des soins et constitue un outil supplémentaire appelé à prendre sa place parmi les outils déjà existants tels que l'audit ou le chemin clinique.

Elle aura valeur de méthode de développement professionnel continu (DPC) et constituera une nouvelle méthode de visite de certification pour la V2014 (en parallèle de l'audit de processus). C'est pour cela que la Direction a souhaité préparer au mieux l'ensemble des équipes d'ici septembre 2018.

Ainsi, la première marche de ce projet aura lieu à partir de mars. Un cas pratique dans chaque service de soins va être réalisé sur des profils de patient préétablis et validés au COPIL Qualité – V2014. Cette expérience permettra par la suite de mettre en avant nos performances mais aussi nos éventuels axes d'amélioration via un plan d'actions qui sera élaboré après l'exercice.

LA VISITE DE CERTIFICATION V2014 : RESULTAT B

Depuis plusieurs années, l'établissement est investi dans une démarche d'amélioration continue des soins et chaque service y contribue dans son domaine de compétence. La visite de certification est donc un moment important pour la communauté hospitalière pour valoriser toutes les actions menées auprès des experts visiteurs. La certification V2014 du Centre Hospitalier Intercommunal du Pays des Hautes Falaises est prévue en septembre 2018.

La visite de certification a eu lieu du **18 au 21 septembre 2018**. Cette visite a été l'occasion de valoriser le travail quotidien et l'investissement professionnel. Cette quatrième visite de certification (familièrement appelée la V2014) a conduit les experts-visiteurs à plus de rencontres individuelles. Nous avons été donc tous susceptibles d'être interrogés sur nos pratiques.

Suite à la venue des experts visiteurs du 18 au 21 septembre dans notre établissement, voici les points de vigilance retenus par les EV :

Thématiques investiguées
Management de la qualité et des risques : mise à jour des documents à finaliser + épurer la base
Droits des patients : pas d'écart sur cette thématique
Parcours du patient : poursuivre le travail sur l'organisation de la sortie
Management de la prise en charge médicamenteuse : sécurisation des locaux à réaliser
Dossier du patient : mettre en place un Comité de pilotage dossier patient (informatique + papier)
Gestion du risque infectieux : améliorer la traçabilité de l'évaluation de l'antibiothérapie + traçabilité de la désinfection de certains matériels
Prise en charge des urgences et des soins non programmés : mieux définir la filière urgence pédiatrique et gynécologique + tenue du dossier
Management de la prise en charge au bloc opératoire : traçabilité des postes de SSPI à individualiser
Salle de naissance : pas d'écart sur cette thématique
Imagerie interventionnelle : pas d'écart sur cette thématique
Gestion des équipements au domicile du patient (HAD) : pas d'écart sur cette thématique

➤ Qu'est-ce que la certification ?

La certification des établissements de santé est une démarche nationale ayant pour objectif de concourir à l'amélioration continue de la prise en charge des patients. Elle est menée par la Haute Autorité de Santé (H.A.S.).

Elle consiste en une auto-évaluation de nos pratiques réalisée à partir d'un référentiel, le manuel de certification, suivie d'une visite réalisée par des professionnels de santé indépendants, les experts visiteurs.

Les établissements de Santé peuvent prétendre à 5 niveaux de certification :

- A : Certification,
- B : Certification avec recommandation(s) d'amélioration,
- C : Certification avec obligation(s) d'amélioration,
- D : Sursis à statuer,
- E : Non-certification.

➤ **Les résultats du Centre hospitalier de Fécamp**

Le CHI en est à sa quatrième procédure de certification, la "V2014". Au regard du Compte Qualité, des observations réalisées sur services de soins par les experts-visiteurs et d'un rapport de suivi, la Haute Autorité de Santé a rendu ses conclusions définitives.

Bravo !



place dans les

Le Centre Hospitalier a obtenu la certification, niveau B.

Les recommandations d'amélioration portent sur 3 thématiques :

- ✓ **La gestion du risque infectieux**
- ✓ **Le management de la prise en charge médicamenteuse**
- ✓ **La prise en charge des urgences et des soins non programmés**

CHAPITRE 6 – LES ACTIVITES DU CHI

Bilan du Pôle Administratif, Technique et Logistique

❖ Bilan synthétique

RECETTES	EPRD 2018 + DM	réalisé à fin DECEMBRE 2017	réalisé à fin DECEMBRE 2018	réalisations 2018 en 12ème
TITRE 1	3 891 989	3 889 766	3 885 236	11,98
TITRE 2	46 828	43 119	30 380	7,79
TITRE 3	4 854 497	4 465 513	5 863 311	14,49
TOTAL GENERAL	8 793 314	8 398 398	9 778 927	13,35

DEPENSES	EPRD 2018 + DM	réalisé à fin DECEMBRE 2017	réalisé à fin DECEMBRE 2018	réalisations 2018 en 12ème
TITRE 1				
Personnel médical	72 511	26 492	21 765	3,60
Personnel non médical	7 502 544	7 273 074	7 782 486	12,45
TOTAL	7 575 055	7 299 566	7 804 250	12,36
TITRE 2	206 129	153 564	289 652	16,86
TITRE 3	4 035 048	3 816 552	4 268 951	12,70
TITRE 4	3 900 818	3 845 877	4 184 815	12,87
TOTAL GENERAL	15 717 050	15 115 559	16 547 668	12,63

CHARGES BRUTES DE PERSONNEL	EPRD 2018 + DM	réalisé à fin DECEMBRE 2017	réalisé à fin DECEMBRE 2018	réalisations 2018 en 12ème
Personnel non médical				
Titulaires / stagiaires	3 992 000	3 838 351	3 966 449	11,92
CDI	247 849	224 293	258 993	12,54
CDD	265 450	209 986	230 801	10,43

❖ Objectifs spécifiques et bilans

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU CONTRAT DE POLE ADMINISTRATIF, TECHNIQUE ET LOGISTIQUE		
	Prévisionnel	Bilan
Dette et emprunts du CHI	Prévisionnel	Bilan
	Renégociation de la dette : consultations des banques en vue d'un refinancement par banque.	L'établissement a fait le choix de conduire une démarche de renégociation globale des emprunts souscrits auprès des différentes banques ayant consenti des prêts, notamment pour la construction du nouvel hôpital. Cette démarche globale s'est heurtée aux montants très importants des Indemnités de Remboursement Anticipé Actuarielles. Par conséquent, il s'agira de changer de méthode pour l'année à venir en renégociant banque par banque. Le montant des Indemnités de Remboursement Anticipé pourra être renégocié dans chaque dossier et réintégré dans le capital restant dû. Compte tenu des taux actuels, particulièrement bas, l'hôpital peut dégager une économie dans un premier temps sur les intérêts Des rencontres seront planifiées pour mettre en place des renégociations
Projet d'établissement	Prévisionnel	Bilan
	Déploiement du projet d'établissement selon le planning prévu en cohérence avec le projet de santé	Le projet d'établissement poursuit son déploiement en articulation avec la mise en œuvre du projet médical et du projet de soins.
Projet IFPS (IFSI / IFAS)	Prévisionnel	Bilan
	Déploiement du projet - Suivi du dossier de relocalisation de l'IFSI / IFAS en lien avec la ville et le conseil régional	Après la commission d'attribution des marchés de février 2018, l'ensemble des lots a été cette fois attribué aux entreprises retenues. Les travaux « gros œuvre » ont débuté en septembre 2018, avec un travail très important de désamiantage, d'élimination de la mûrue et du plomb. La collaboration de proximité, tant avec le cabinet d'architectes que le mandataire, a permis d'avancer dans le projet foncier, en projetant une organisation des locaux, la plus pertinente possible (pour les professionnels et les étudiants). Cela s'est matérialisé par des réunions et la participation à certaines réunions de chantier du directeur de l'ifsi et du directeur des travaux du CHI. En parallèle, au sein de l'institut, une réflexion de fond a débuté afin de définir les besoins en équipement, mobilier, et garantir le déploiement d'un projet d'institut qui permette l'innovation pédagogique et la qualité de vie pour les professionnels et les étudiants, au sein du prochain institut.
Optimisation de l'équipe administrative	Prévisionnel	Bilan
	Recrutements de Contrats Emploi Avenir en remplacement de départs à la retraite	Les Contrats Emploi Avenir font partie des contrats aidés visés par les mesures de restriction du gouvernement depuis 2017. Pour autant, afin d'optimiser l'équipe administrative, un contrat d'apprentissage a été réalisé, financé par la FIPHFP. Chaque départ à la retraite n'est remplacé systématiquement. (DIM)
	Non remplacements de départs sur le secteur administratif (Economat, Direction)	Un poste n'a pas été remplacé à l'économat à la suite du départ en retraite d'un agent (tâches mutualisées avec le service technique et la logistique). Le remplacement d'un contrat aidé au self n'a pas été effectué grâce à une réorganisation interne.
	Dématérialisation des opérations avec la Trésorerie pour ce qui concerne les services économiques et les finances	La démarche de dématérialisation des opérations avec la Trésorerie a été menée à terme en ce qui concerne les services économiques et les finances. Le volet admissions / facturation doit suivre dans le processus mis en œuvre.
Poursuite du déploiement du DPI et H numérique	Prévisionnel	Bilan
	-Terminer de déployer le DPI dans les EHPAD (il reste l'établissement du Moulin Au Roy) -Changement version DPI de V15 à V17	- Continuité du travail sur la filière AVC avec mise en production de fiches et d'un protocole de soins d'entrée. - Déploiement des soins surveillances ainsi que du circuit du médicament sur l'EHPAD du SHAMROCK - Paramétrage de l'UF 6037

	<ul style="list-style-type: none"> -Création ETP ETP à cœur ETP diabète ETP gériatrie -Création Fiche Dossier Social -Réflexion à mener autour du DPI dans le CSAPA 	<ul style="list-style-type: none"> - Dossier de Soins Palliatifs - Mise en place de la nouvelle procédure d'utilisation des cartes génériques - Nouveaux protocoles de soins médecine rdc/cardiologie et SSR - Projets de soins informatisé USLD - Dossier de liaison Urgences/EHPAD (toujours en cours) - Mise en production précédée des formations de la V15.5 avec différents patchs successifs 15.5.x - Mise à jour de la base Données médecins / MMSANTE - Refonte totale du Guide du Dossier Patient - Envoi de la coupe PATHOS en rapport avec la gériatrie - CERTIFICATION travaillée tout au long de l'année avec mise à jour ou création des fiches techniques/ procédures, et réponse aux besoins conséquents des utilisateurs.
Finaliser la rédaction des conventions pour l'HAD avec les structures du territoire	Prévisionnel	Bilan
	Finaliser les conventions manquantes avec les structures du territoire qui coopèrent avec l'HAD du CHI.	Conventions signées en 2018 avec les structures du territoire pour l'HAD. Développement des collaboration et convention avec les services SSIAD, dans le cadre du décret n° 2018-430 du 1er juin 2018 prévoyant les conditions d'admission et les modalités de prise en charge conjointe des patients par un établissement d'hospitalisation à domicile et un service de soins infirmiers à domicile ou un service polyvalent d'aide et de soins à domicile
Optimisation du GVT	Prévisionnel	Bilan
	- 65 000 €	Non réalisé : impact PPCR
Suivi du CPOM avec l'ARS suivant les objectifs cités ci-dessous	Prévisionnel	Bilan
	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer le bon fonctionnement de la PASS - GCS de moyens mis en place - Améliorer le taux de couverture vaccinale - Augmenter l'efficacité du bloc opératoire - Développer le partenariat et le recours aux HAD de territoire - Poursuivre la structuration de la filière gériatrique - Prévention et réduction de l'absentéisme - Prévention des RPS - Améliorer la qualité et la sécurité des soins 	<p>Un médecin référent a été nommé sur la PASS. Il assure les consultations médicales et travaille en étroite collaboration avec l'assistante sociale.</p> <p>Depuis novembre 2018, la PASS est rattachée au service des urgences qui en assure désormais le fonctionnement médical.</p> <p>Les travaux d'élaboration du GCS sont en cours. Une étude est en cours entre l'hôpital et la Clinique.</p> <p>La convention constitutive du GCS est en phase projet.</p> <p>Des actions de communication ont été mises en place par le service santé au travail afin d'inciter les personnels à se faire vacciner. Les créneaux horaires de vaccination ont été élargis. Projet de fusion des blocs opératoires de la Clinique de l'Abbaye et du CHI de Fécamp, à l'étude.</p> <p>Conventions signées en 2017 avec les structures du territoire pour l'HAD.</p> <p>Le Centre Hospitalier avec l'ouverture du CSG dispose d'une filière gériatrique complète et reconnue sur le territoire.</p> <p>La réduction de l'absentéisme figure dans les objectifs majeurs de la politique RH de l'établissement en 2017.</p> <p>Plan d'actions RPS validé et déploiement en cours. Dépôt Dossier CLACT déposé annuellement.</p> <p>Le projet qualité du projet d'établissement 2015/2019 précise les axes d'amélioration à décliner, des actions ciblées sont identifiées : poursuivre la formation des professionnels et poursuivre le développement des EPP, l'évaluation et l'analyse des risques (CREX/RMM), incluant la démarche par processus, préparer l'ensemble des acteurs à la démarche de certification V2014. Le PAQSS est en cours d'actualisation pour un suivi rigoureux des actions menées au sein du CHI.</p> <p>L'établissement est engagé dans la démarche de certification V2014 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'ensemble des processus et des cartographies des risques associés sont en cours de rédaction <p>De plus, la démarche QGDR est en cours pour notre HAD</p> <p>Le projet des usagers est en cours de formalisation,</p> <p>Plan d'action mis en œuvre pour lever les 5 recommandations de la V 2010 et travaux préparatoires de la V 2014 amorcés.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Lever les 5 recommandations de la V2010 et préparer la V2014 - Développer et optimiser les systèmes d'information 	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place de la solution de messagerie sécurisée MS SANTE avec l'outil de messagerie CONVERGENCE (mutualisé GHH/CH Pont-Audemer et Fécamp), - Informatisation de la production de soins pour l'EHPAD Bois Martel et l'UHR, (Les EHPAD Moulins au Roy et Shamrock restent à informatiser), - Alimentation manuelle de l'outil Trajectoire, - Alimentation des indicateurs Hôpital Numérique (2 fois par an), - Attente de stratégie du GCS Télésanté de Normandie pour déployer les interfaces du dossier de périnatalité, - Dossier PRATIC non déployé au CHI, attente d'une solution plus aboutie pour une phase de mise en œuvre, - Suivi de la plate-forme Ville/Hôpital APICEA, Dans le cadre du développement du réseau ville / hôpital, - Déploiement d'une solution logicielle mobile pour les professionnels de HAD, - DMP non relancé en 2017 : attente de la stratégie CNAM qui reprend ce dossier, - DP non déployé : pas d'interface disponible à ce jour entre le système administratif du patient et le DP, - PSSI non mise à jour pour l'année 2017 <p>Le plan de formation est suivi annuellement par la commission qui veille à cette obligation.</p>
	- S'assurer que tous les paramédicaux sont formés au DPC au moins une fois / an.	
	Prévisionnel	Bilan
Mise en place du GCS de moyens avec la clinique de l'Abbaye	Remplacement des conventions actuelles par un GCS de moyens renforcé par d'autres coopérations. Dossier déposé à l'ARS Convention constitutive signée – arrêté obtenu – administrateur désigné – assemblée générale opérationnelle	L'application des conventions entre les 2 structures est toujours d'actualité, dans l'attente de la constitution d'un GCS de moyens et d'autres formes de coopération.
	Prévisionnel	Bilan
Préparer ERPD des sites annexes et EPRD 2019	<ul style="list-style-type: none"> - préparation de l'EPRD 2019 des sites annexes - préparation de l'EPRD 2019 du H 	Opérations menées à terme.

❖ Rapport d'activité

Direction des Affaires Générales et Médicales

Moyens du service :

1 adjoint administratif à 100 % de temps au secrétariat de Direction
1 adjoint administratif à 50 % de temps (autre 50 % dédié au GIE Scanner)
→ 100 % depuis le 1^{er} octobre 2018 au secrétariat de Direction.
1 adjoint des Cadres à 100 % responsable des Affaires Générales et Médicales depuis le 1^{er} Octobre.

Projets envisagés :

CPOM 2019 - 2023
Projet d'Etablissement 2020 - 2024
Révision des fiches de poste
Recrutement d'une secrétaire de direction
Déploiement du logiciel de Gestion du Temps de Travail des personnels médicaux

Organisation et missions :

Présence assurée entre les 2 agents au secrétariat de Direction du lundi au jeudi de 9h00 à 17h30 et le vendredi de 9h00 à 17h00.

Indicateurs d'activité :

210 courriers envoyés
30 notes d'information et 43 notes de service
11 « flash info » transmis avec les bulletins de salaire

35 CODIR dont 6 CODIR élargi
9 réunions du Directoire
4 Conseils de surveillance
5 Comités Technique d'Etablissement
7 Comités d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail dont 3 exceptionnels
4 Commissions médicale d'Etablissement

4 demandes de renouvellement ou d'autorisation (USLD, HAD, GIE Scanner, Court Séjour Gériatrique)

Gestion des personnels médicaux et des internes
Gestion des remplacements médicaux
Participation à la politique de recrutement des personnels médicaux

Faits Marquants :

- Départ d'une assistante de Direction au 31 août 2018 poste vacant
- Regroupement des Affaires Générales et Médicales au 1^{er} octobre 2018 avec rattachement des affaires médicales à la Direction Générale
- Paramétrage du logiciel de GTT des personnels médicaux pour un déploiement en 2019.

Moyens du service :

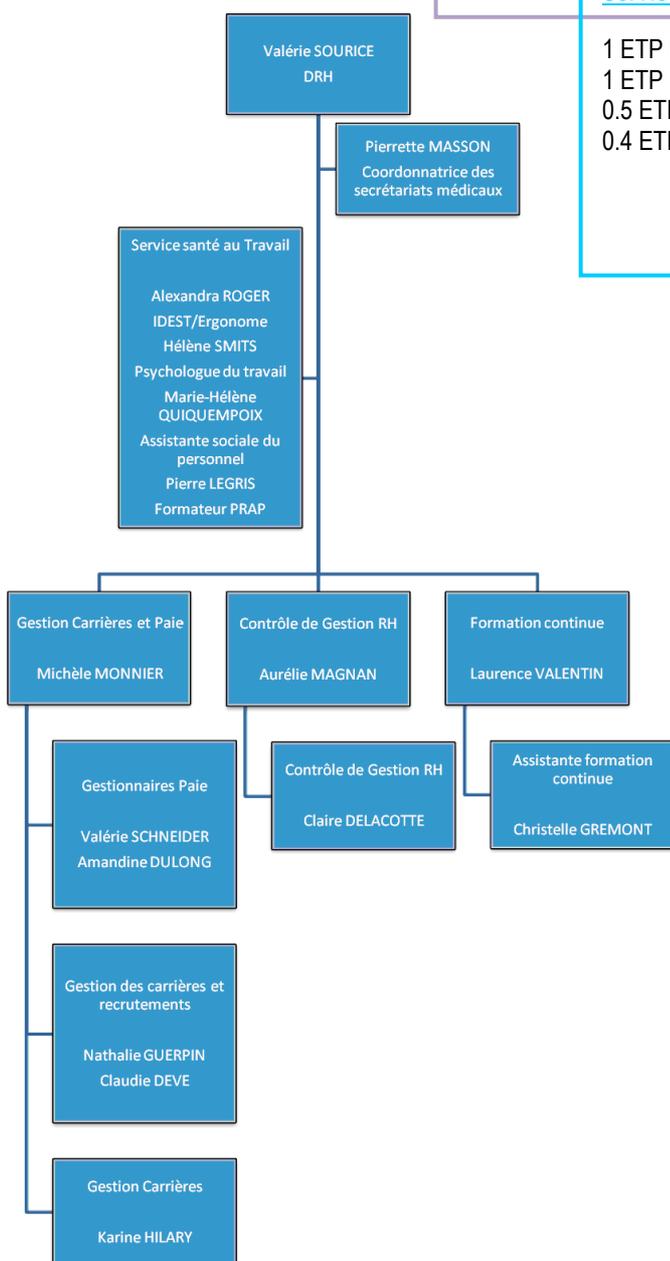
Direction des Ressources Humaines :
 1 ETP Responsable du personnel
 0.9 ETP encadrant paie et rémunération
 1 ETP Chargé de la formation continue
 0.8 ETP gestionnaire formation continue
 2 ETP contrôleurs de gestion RH
 1.5 ETP gestionnaires de paie
 3 ETP gestionnaires de carrière

Service Santé au Travail :

1 ETP IDEST/Ergonome
 1 ETP Psychologue du travail
 0.5 ETP Formateur PRAP
 0.4 ETP Assistante sociale du personnel

Secrétariats médicaux :

0.5 Coordonnatrice des secrétariats médicaux



Projets en cours :

Projet QVT (Rédaction du Guide de la mobilité, formation des cadres au management par la QVT, rédaction d'un livret pour la formation des nouveaux agents)
Application du protocole PPCR
Démarche GPMC
Dématérialisation full-RH
Retenue à la source
Actualisation du Document Unique
Projet Hôpital Sans Tabac
Forum Santé et Bien-être

Projets envisagés :

Renouvellement de la convention avec le FIPHFP
Déploiement d'Hôpital Pro
Cycles de travail
Ecriture du projet social 2020 - 2024

Indicateurs d'activité :

Effectif personnel non médical : 843 agents

1 055 bulletins de salaire mensuels en moyenne pour une masse salariale de l'établissement de 44 691 613.74 € (tous budgets confondus PM et PNM)

1 107 départs en formation pour 324 723.28 €

14 études professionnelles pour 260 421.34 €

Faits Marquants :

Modification de l'organigramme (rattachement des affaires médicales auprès de la Direction Générale)
Projet QVT (dont Charte des Valeurs Professionnelles, Création du logo QVT, Rédaction du sommaire du Guide de la Mobilité, déploiement du logiciel e-planning et rédaction d'un Guide Utilisateur pour ce logiciel)
Déploiement de la convention FIPHFP (études ergonomiques, formation PRAP, AT,...)
Elections professionnelles pour les représentants des CAPL, CAPD, CTE, CCP
Obtention du Prix ADH pour la politique handicap mise en œuvre au CHI
Apport des données RH pour le CICE
Ouverture de l'IRM (modification organisation et recrutements de 2 manipulateurs radio)
Engagement dans le Projet Hôpital Sans Tabac
CMRE : procédure d'accompagnement des agents par la CMRE
GPMC : 14 fiches de postes
Organisation de la Journée Vivre avec son handicap au travail 22 novembre 2018

Moyens du service :

Le service informatique a pour principale mission la maintenance, l'assistance utilisateur de l'ensemble des ressources du système d'information.

Ci-jointes la liste des missions :

- Coordination du Système d'Information,
- Suivi et coordination des projets SI,
- Organisation, Evolution et optimisation de l'exploitation,
- Administration du Système d'Information,
- Elaboration de documents institutionnels,
- Gestion de la sécurité du SI,
- Gestion de la conformité des traitements informatiques,
- Participation aux choix et achats des matériels & solutions informatiques,
- Assistance aux utilisateurs des ressources du SI,
- Installation, configuration et déploiement des systèmes,
- Maintenance des matériels, équipements, systèmes,
- Mises à jour et traitement des évolutions des systèmes,
- Planification des interventions, des traitements informatiques,
- Gestion de la disponibilité des systèmes,
- Administration des habilitations,
- Veille technologique,
- Premier niveau fonctionnel du Dossier Patient informatisé,
- Prestataire de la Clinique pour la partie maintenance informatique de niveau 1 (via convention).

Indicateurs d'activité :

- 510 postes de travail & 70 serveurs
- 1 468 interventions techniques déclarés dans l'application « GLPI » pour le CHI,
- 5 200 appels téléphoniques (estimation),
- 49 interventions techniques déclarées pour l'entité Clinique de l'Abbaye.

Organisation et missions :

4 personnes temps plein

(2018 : remplacement de Myriam Gallas par Sonia Tassel au poste de RDPI).

- Responsable du Système d'information
- 2 Techniciens Supérieur Hospitalier,
- 1 Référente Dossier Patient Informatisé
- Hiérarchie : Directeur d'établissement,
- Horaires du Service : **8 h 30 – 17 h 30**,
- Astreintes informatiques mutualisées avec le GHH (17h30 / 08h30)

Faits marquants

PROJETS DPI :

- Continuité du travail sur la filière AVC avec mise en production de fiches et d'un protocole de soins d'entrée.
- Déploiement des soins surveillances ainsi que du circuit du médicament sur l'EHPAD du SHAMROCK
- Paramétrage de l'UF 6037
- Dossier de Soins Palliatifs
- Mise en place de la nouvelle procédure d'utilisation des cartes génériques
- Nouveaux protocoles de soins médecine rdc/cardiologie et SSR
- Projets de soins informatisé USLD
- Dossier de liaison Urgences/EHPAD (toujours en cours)
- Mise en production précédée des formations de la V15.5 avec différents patches successifs 15.5.x
- Mise à jour de la base Données médecins / MMSANTE
- Refonte totale du Guide du Dossier Patient
- Envoi de la coupe PATHOS en rapport avec la gériatrie
- CERTIFICATION travaillée tout au long de l'année avec mise à jour ou création des fiches techniques/ procédures, et réponse aux besoins conséquents des utilisateurs.

Suivis DPI :

- Création de fiches (16 en 2018) + mise à jour de celles existantes selon les besoins. MAJ également du classeur de fiches.
- Gestion des FEI
- Gestion des demandes des services en matière de création de soins, mises à jour des protocoles, présence à des réunions pour communiquer sur les différentes possibilités du DPI
- Formations des nouveaux arrivants et des intervenants extérieurs (médecins traitants, IDE libérales, etc...)
- Organisation et gestion des différentes mises à jour SILLAGE et des bugs applicatifs.
- Suivi des demandes d'évolution et des problèmes via le support du SIB.
- Assistance téléphonique pour tout le personnel hospitalier.

Partie Technique :

- Mise en place d'un outil de GMAO (gestion de maintenance assistée par ordinateur) pour les services techniques
- Passage en full web de l'application Xplore (imagerie médicale) sur tous les postes de l'imagerie médicale
- Mise en place de l'application GTA e-planning Agirh (en remplacement de Agirh) pour la gestion du temps d'activité
- Acquisition d'un outil de suivi de formation (Formeis FC) pour l'IFSI
- Accueil des patients : Mise en place de tableaux de bord décisionnels avec QL
- Sécurisation de la couverture réseau par la fourniture d'un onduleur rackable équipés de 2 batteries pour alimenter les antennes radio du château d'eau
- Mise en place d'une remontée d'information entre Pastel et Arcan (plateforme de coordination de soins à domicile)

Moyens du service :

1 coordonnateur des soins en lien fonctionnel avec les pôles médico-techniques, le président de la CME, les chefs de pôle et la DRH
1 assistante de direction, partagée avec le service qualité
1 IDEH

Organisation :

- Réunion des cadres toutes les 6 à 8 semaines
- CSIRMT 3 fois par an.
- CSIRMT de GHT (+ bureau)
- Réunions hebdomadaires avec cadres de pôles + réunions tripartites mensuelles DSI/CDP/DRH

Projets en cours :

Projet institutionnel de déploiement de l'hypnose conversationnelle, dans le cadre notamment de la PEC de la douleur
Projet managérial « management par la qualité » et approche des parcours par filières versus GHT
Développement des actions DPC (pharmacie etc)

Indicateurs d'activité :

- Indicateurs de suivi du projet de soins versus projet d'établissement, et PMSP du GHT.
- Ordre du jour et PV des réunions
- PV de CODIR et de Directoire
- IDEH / réunions EOH/ semaine sécurité patient
- Gestion des risques : réunions cellule GR/Analyse des FEI
- Indicateurs de moyens : adéquation moyens nécessaires et moyens disponibles
- Indicateurs d'activité de soins : DMS, nbr de journées, consultations, charge en soins, encadrement des étudiants
- Indicateurs de productivité : IPDMS, nombre de programmes d'éducation thérapeutique.

Faits marquants

- Intérim de mars à décembre 2018
- Coordination de l'élaboration du CPOM EHPAD
- Déploiement d'un plan triennal de parcours de formation par métier pour les professionnels des EHPAD
- Définition conjointe avec DRH d'une stratégie de recrutement IDE/AS et fidélisation des nouveaux professionnels infirmiers
 - Mobilité de l'encadrement soignant
 - Stabilisation du CSAPA
 - Participation aux différentes instances de GHT (co-strat, csirmt, CU de GHT etc)
 - Visite HAS certification

Moyens du service :

1 ingénieure qualité
1 assistante qualité (à 70%)
En collaboration avec le gestionnaire des risques associés aux soins

Organisation :

- Orientations stratégiques définies conjointement avec le président de la CME et le Directeur et formalisées dans la Politique QGDR de l'établissement
- Déploiement des projets piloté par la cellule qualité en lien avec les pôles médico-techniques, administratif, technique et logistique.

Projets en cours :

- **Démarche de certification V2014** : lever des recommandations
- **Gestion de crise** : mise à jour du Plan Blanc avec exercice d'entraînement à programmer
- **Feuille de route QGDR 2019** : poursuite des « incontournables » de la démarche Qualité (CREX, patient traceur, etc.)
- **Logiciel ENNOV** : actualisation des documents et réorganisation du classement des documents dans le logiciel
- Reprise des **CVS** par la Cellule Qualité

Projets envisagés

- Rédaction du nouveau projet d'établissement fixant les orientations pour la démarche QGDR sur 2020-2024

Indicateurs d'activité :

- Résultats visite de certification
- Résultats IPAQSS, bilan LIN, E-Satis
- Suivi du PAQSS
- Suivi des indicateurs qualité des contrats de Pôle
- Pilotage et rédaction des PV de réunions/commissions :
Cellule d'Evènements Indésirables
CLAN
CLIN
CLUD
Commissions des Usagers
Cellule Identivigilance
CREX
Bureau et COPIL Qualité
CVS
- Suivi des FEI, CREX, RMM, EPP
- Résultats enquêtes de satisfaction et traitement des plaintes et des réclamations
- Articles dans le Flash'infos
- Mise à jour de la base documentaire
- Formation du personnel

Faits marquants

- Visite de certification V2014 en septembre : **ES certifié B** (3 recommandations d'amélioration)
- Journée d'informations « Un point sait tout » (près de 200 participants)
- Poursuite du COPIL Qualité GHT
- Semaine Sécurité Patient (novembre)
- Relance du COPIL Plan Blanc
- Mise à jour de la base documentaire ENNOV (plus de 400 documents révisés)

Moyens du service :

Dotation accordée par le conseil régional en 2018 :
1 257 684,85 € Budget à l'équilibre (leger excédent) tous les ans.

Effectifs IFSI :

Personnel de Direction :	1	0.6 etp
Personnel pédagogique :	10	9.1 etp
Personnel administratif :		
Adjt ADM :	1	1 etp
Personnel technique :		
ABN :	1	0.8 etp
CUI :	1	0.3 etp
Maintenance :	1	0.05 etp
documentaliste :	1	0.5 etp

Total : 17 12.35 etp

Effectifs IFAS :

Personnel de Direction :	1	0.4 etp
Personnel pédagogique :	4	2.8 etp
Personnel administratif :		
Adjt ADM :	1	1 etp
Personnel technique :		
ABN :	1	0.2 etp
CUI :	1	0.3 etp
Maintenance :	1	0.05 etp
documentaliste :	1	0.3 etp

Total : 11 5.05 etp

Organisation :

L1 : 3 formateurs
L2 : 3 formateurs
L3 : 2,5 formateurs
AS : 2.8 formateurs
Coordination pédagogique et des stages et FTLV : 1 formateur

Faits marquants

- 1^{ère} rentrée en février 2018. L'ifps a connu sa 1^{ère} rentrée Jécallee en février 2018, en réussissant à atteindre son quota, même si l'on a pu constater une baisse du nombre de candidats
- En août 2018, le concours IFSI a pris fin pour inscrire la sélection via la plateforme de parcoursup
- Début du chantier de l'IFPS à partir de juin 2018.
- Recrutement de 3 nouveaux formateurs
- Nomination d'une cadre sup. coordinatrice pédagogique

LA FTLV A L'IFPS DE FECAMP

Le service FTLV de l'IFPS a proposé l'an dernier 10 formations et deux tests de positionnement (l'un pour les aides-soignants souhaitant s'inscrire au concours d'entrée en formation en soins infirmiers et l'autre à destination des ASHQ souhaitant s'inscrire en formation aide-soignante). Cela représente 743 heures réalisées par les formateurs de l'Institut soit une augmentation de 50% par rapport à l'an dernier.

170 personnes dont 107 agents du CHI de Fécamp ont donc pu bénéficier de ces formations sur l'année 2018.

Notre institut de formation propose deux formations DPC au tutorat (IDE/AS) ainsi que la formation « La bientraitance ».

Les formations proposées par notre Institut sont :

- La préparation concours écrit et oral IDE
- La préparation concours AS
- Le tutorat des étudiants IDE
- Le tutorat des élèves AS
- La bientraitance: une démarche collective
- La formation en géro-psycho-geriatrie
- L'Actualisation des pratiques ASH
- Le parcours EHPAD avec :
 - L'Actualisation des pratiques IDE
 - L'Actualisation des pratiques AS
 - L'Actualisation des connaissances pour les AVS-MM

Les formations se sont déroulées à l'IFPS mais également sur site pour deux établissements avec lesquels nous avons l'habitude de travailler.

La nouveauté pour l'année 2018 a été le Parcours EHPAD qui a remporté un vif succès dès la première année puisque c'est un projet triennal qui va donc se poursuivre jusqu'en 2020. Taux de satisfaction des stagiaires pour l'ensemble des formations proposées se situe entre 88 et 100%.

Moyens du service :

- Directeur des Affaires Financières (1 ETP)
- Responsable budgétaire et financier (1 ETP)
- Gestionnaire financier (1 ETP)

Organisation :

Le service financier a pour missions de mettre en œuvre, suivre et contrôler la procédure budgétaire et les impacts financiers qui en découlent en collaboration avec les différents acteurs internes et externes.

- élaboration des budgets et leurs suivis
- production des tableaux de bord mensuellement
- recettes diverses (T2A)
- production CREA + retraitement comptable
- suivi provisions
- gestion de la dette

Projets en cours :

- Inventaire mobilier exhaustif en vue de la certification des comptes
- Optimisation des tableaux de bord mensuels
- Etudes médico-économique
- Ecriture du nouveau Projet d'Etablissement sur la partie Finances
- Travail sur les provisions

Indicateurs d'activité :

Voir document « INDICATEURS 2018 »

Faits marquants

Départ du Directeur Financier
Ecriture conjointe ARS / Département / CHI du
CPOM EHPAD
Nouvelle activité IRM

Moyens du service :

6.6 ETP Admissions
3.8 ETP Urgences
(Dont 2 ETP en Renfort)

Projets en cours :

- Arrivée en 2019 d'une Borne d'accueil
- Ecriture des procédures internes
- Maintien d'une clôture d'exercice au 30/06/2020

Organisation :

- Maintien des nouveaux horaires de l'accueil administratif des urgences mis en place depuis septembre 2016
- Saisie de l'activité SMUR par les secrétaires administratives des urgences
- Refonte des horaires des agents aux admissions pour une arrivée en « escalier »
- Répartition des tâches à effectuer par guichet en dehors de l'accueil physique et téléphonique

Projets envisagés :

- Réflexion sur l'organisation future du service sur 3 volets :
 - *Ressources Humaines
 - *Organisationnel
 - *Technique
- Mise en place d'un agent référent sur les « Restes à recouvrer »

Indicateurs d'activité :

15187 accueils aux urgences effectués par les agents des admissions :
Soit 65.5 %
229 accueils des rendez-vous programmés sur les urgences

40488 accueils effectués sur les guichets aux admissions soit en moyenne 157 accueils par jour

Faits marquants

- Simulation d'une clôture d'exercice au 30/06/2019
- Arrivée d'un agent en CDD
- Mise en place de CDRI
- L'outil de consultation des droits intégrée est un service de consultation des droits de type « web service » inter régime intégré au logiciel de gestion administrative des patients.*
- Nouveau circuit des patient IRM
- Modification de la porte d'entrée principale au service

Moyens du service :

3 ETP
Dont 1 Agent susceptible de renforcer l'équipe du Standard

Organisation :

- Maintien des nouveaux horaires d'accueil de 8 H à 16 h 15 du lundi au vendredi
- Depuis avril 2018 chaque agent est référent dans la gestion complète d'une ou plusieurs EHPAD

Projets en cours :

- Ecriture des procédures internes
- Réalisation d'un logigramme d'admission

Projets envisagés :

- Modification de l'AISP ACTUEL avec davantage de détails
- Réalisation d'une réunion avec le BPA du GHH
- Facturation des frais de chambre mortuaire à la charge de la succession des résidents

Indicateurs d'activité :

Tableau de Bord ESMS
Suivi tableaux ARS.....

Gestion de 96 DOSSIERS pour les entrées en EHPAD en 2018

9 dossiers avec saisine au Tribunal mais 5 audiences effectuées soit 44 % d'annulation.

Faits marquants

- Modification des bureaux avec l'arrivée de l'IRM.
- Projet d'organisation avec une référence par EHPAD réalisé
- Montée en charge d'un agent
- Participation de l'équipe aux CVS
- Participation de l'équipe aux affaires concernant les obligations alimentaires devant le tribunal des affaires familiales du HAVRE.
- Le BPA a pallié à l'absence de la secrétaire au CGYL

Moyens du service :

2 ETP

Organisation :

- Maintien des nouveaux horaires mis en place en 2018
- Pas de roulement sur les admissions mais un renfort avec l'accueil par 2 agents plus régulièrement

Projets en cours :

- Ecriture des procédures internes afin d'anticiper la formation de nouveaux arrivants en 2020

Projets envisagés :

- Amélioration de la gestion des fauteuils roulants mis à disposition pour la Patientèle
- Recrutement 1 ETP dès septembre 2019 pour le remplacement d'un agent initialement programmé en Janvier 2020
- Revoir la gestion des frais téléphoniques et intégrer la gestion des frais sur le CGYL.

Indicateurs d'activité :

Statistiques Autocom non exploitées à ce jour

Faits marquants

- Modification de l'aménagement du bureau d'accueil avec une nouvelle disposition des bannettes courriers
- Remise en place de l'interdiction de pénétrer dans le standard pour le courrier par le personnel avec affichage
- Régularisation avec la TG des vols commis au sein de la Régie

Moyens du service :

1 Responsable de Service
4 Adjoints Administratifs Temps Plein

Organisation :

Présence du Lundi au Vendredi de 8 h 00 à 16 h 00

Projets en cours :

Suivi des marchés publics au sein du GHT de l'Estuaire
Partenariat avec les Ets Parties et l'Ets Support
Développement de la Politique Achat de territoire
Achats en groupement
Suivi de la chaine de mandatement
Engagement des dépenses à l'année

Indicateurs d'activité :

9 Nouveaux Sinistres Assurances (Auto, RC) + suivi des sinistres des années antérieures

15 750 lignes de commandes hors magasin et pharmacie
27 945 lignes liquidées

Portefeuille Mandatement :

Budget H

Titre 2 : 5 632 672.94 euros

Titre 3 : 5 007 550.34 euros

Budgets E 1 2 3 :

Titre 2 : 810 393.87 euros

Titre 3 : 3 334 987.22 euros

Gestion du Self et des comptes

Budget Investissements 1 465 058.13 euros (réalisé en 2018)

Faits marquants

Mise en place de la démarche GHT
Modifications dans l'organisation du service (départ, arrivée). Reprise de la facturation Pharmacie.

Mise en place d'une Politique Achat de GHT
Fonction achat de **territoire**

Efficienc

Services Techniques

Moyens du service

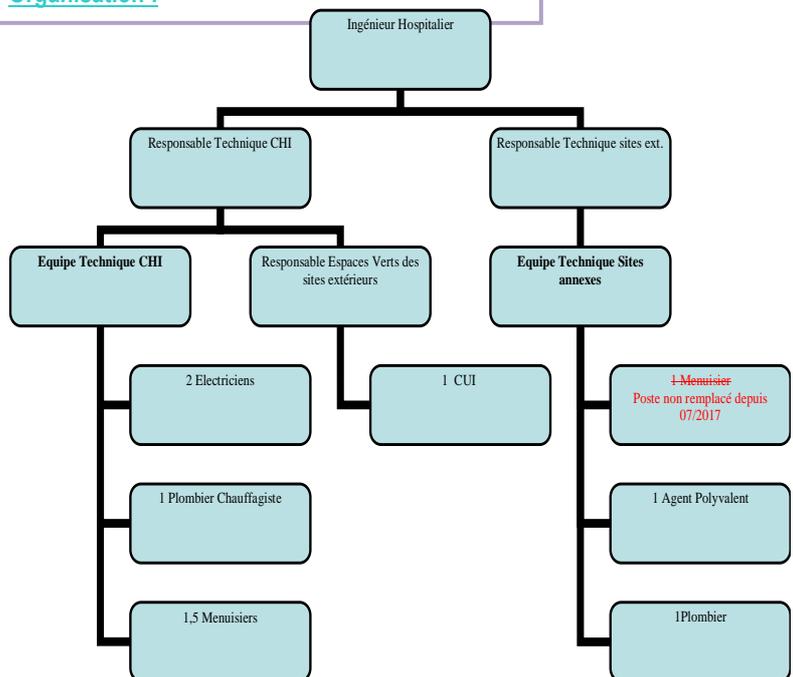
Pour accomplir ses missions principales, l'équipe des Service Techniques offre un large éventail de compétences à travers une grande diversité de métiers permettant de répondre sans délai aux besoins, aux exigences et aux urgences les plus variées, notamment en assurant une astreinte 24 heures/24 et 7 jours/7.

- D'assurer la maintenance de tous les équipements, installations et bâtiments,
- De garantir la production et la distribution des fluides et des énergies nécessaires à l'ensemble des activités médicales, techniques et administratives,
- D'assurer l'étude et la réalisation des projets de rénovation des installations techniques découlant de la mise en œuvre du projet d'établissement ou de projets de pôle / services,
- De faire procéder aux contrôles techniques réglementaires et assurer un suivi.
- D'assurer la conformité des bâtiments et des installations liées à la réglementation incendie dans les établissements recevant du public en lien avec le Service Sécurité.
- De la conduite des opérations de réhabilitation et de travaux neufs ; au titre des principales opérations réalisées (2006 : Centre Hospitalier, 2009 : Pôle Logistique, 2010 : Centre de Gériatrie Yvon Lamour).

Projets en cours :

- Mise en place d'une **Gestion de la Maintenance Assistée par Ordinateur (GMAO)**
- Reforme des achats suite à la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT)
- Finaliser le **Plan de Sécurisation d'Établissements (PSE)** en lien avec le Plan Blanc

Organisation :



Faits marquants

- **Installation d'une IRM** > Travaux de réaménagement de locaux au niveau du RDC de la Clinique de l'Abbaye et du service d'imagerie
- Poursuite des **travaux d'amélioration de la sécurité incendie sur l'EHPAD du Bois Martel** (remplacement de la centrale incendie, mise en place d'un groupe électrogène et locaux dédiés pour l'animation). Montant estimatif : **453 735€**
- **Système de Management de l'énergie (SMé)** selon la norme ISO 50001
- **Départ du technicien de maintenance de la blanchisserie** > difficultés de recrutement
- Arrivée d'un **nouveau responsable des espaces verts** suite à un départ à la retraite
- Participation d'un agent au groupe de travail sur les RPS

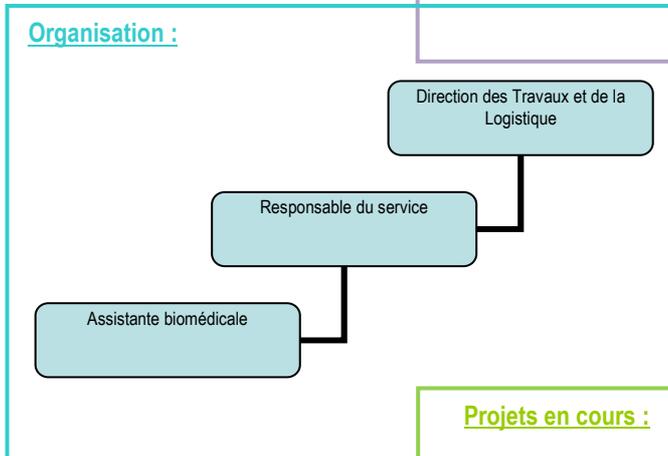
Indicateurs d'activité :

- ☑ **Nombre d'interventions** : 6 872 (maintenance corrective)
- ☑ **Sites pris en charge** : 11 bâtiments (57 255m²) et terrains
- ☑ **Budgets charges à caractère hôtelier et général (budget H)** : 16 Comptes pour un total de 1 437 426,28€ pour un prévisionnel EPRD de 1 286 218€
- ☑ **Budget investissement mandaté** : 712 515 €
- ☑ **Absentéisme** : 9,01 %

Moyens du service :

Le Service Biomédical gère et assure les maintenances préventives et curatives de l'ensemble des équipements biomédicaux depuis leur mise en service jusqu'à leur réforme. Il assure la maintenance des 8 lits pédiatriques à hauteur variable, des 7 lits de Surveillance Continue et des 3 lits d'accouchement. Les autres lits sont également gérés par le service biomédical..

Organisation :



Projets en cours :

- Reforme des achats suite à la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT)
- Mise en place d'une **Gestion de la Maintenance Assistée par Ordinateur (GMAO)**

Indicateurs d'activité :

Nombre de dispositifs médicaux : **1 810 (+3,02%)**

Maintenance des dispositifs médicaux :

- Préventive interne : 418
- Préventive externe : 249
- Curative interne : 26

Budgets Charges à caractère médical (budget H) :

- Compte 615151 : 12 534,71 €
- Compte 615162 : 196 891 €
- Compte 615168 : 0 €

Soit un total de 209 425,71 € pour un prévisionnel EPRD de 192 000 €

Budget investissement mandaté : 149 213 €

Absentéisme : 0 % > 0%

Faits marquants

- **Implantation d'une IRM** dans le service imagerie Médicale
- Remplacement de la **télémetrie** sur le service de Médecine RDC

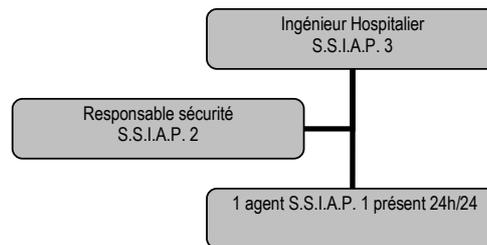
Moyens du service :

Le service sécurité gère et assure la sécurité des personnes et des biens sur tous les sites en lien avec les Services Techniques
Le schéma d'organisation de la sécurité incendie est élaboré et il a été transmis au Service départemental d'Incendie de de Secours (SDIS)

Vérifications réalisées : Ascenseurs / Hélistation / PTI / DAAF / DECT / Vides sanitaires / Report d'alarme / Extincteurs / Plan d'évacuation / Voies SP / Eclairage de secours / BAPI / Baies pompiers / Couverture anti feu / Issue de secours / Déclencheurs manuels / Matériels Plan blanc / Hydrants / PCF / Compas de fenêtres / CCF et désenfumage

Les sessions de formation et d'information sont réalisées en interne par les agents du service sécurité

Organisation :



L'agent SSIAP 1 intervient sur les 3 sites (Hôpital/Clinique, Pôle logistique et CGYL). L'équipe est composée de 3 agents hospitaliers et d'agents de sécurité mis à disposition par un prestataire extérieur. Des maintenances périodiques sont également réalisées sur les autres sites

Rondes : 12 rondes journalières sont effectuées : 4 le matin, 4 l'après-midi, 4 la nuit, soit un total de 72 points de contrôle

Projets en cours :

- Finaliser le **Plan de Sécurisation d'Etablissements (PSE)** en lien avec le Plan Blanc
- Mise en place de **formations incendie** pour les personnels soignants des **EHPAD** sur leur site de travail

Indicateurs d'activité :

Nombre d'intervention : 363

Sites pris en charge :

- Hôpital Clinique, Avenue du Président François Mitterrand
- Pôle logistique, Avenue du Président François Mitterrand
- Résidence Shamrock, Rue du Bois de la Lande St Jacques
- Résidence Les Moulins au Roy, Rue des Murs Fontaine
- Résidence Le Bois Martel, Rue Charles Hue
- Centre de Gériologie Yvon Lamour
- CSAPA, Rue Henri Dunant
- IFSI, Rue des galeries

Nombre de détecteurs incendie : 2 303

Nombre de détections incendie :

CHI / CGYL / Pôle logistique : 60 dont 0 départ de feu

Autres sites : 17

Absentéisme : 2.19 %

Faits marquants

- Poursuite **des travaux d'amélioration de la sécurité incendie sur l'EHPAD du Bois Martel** (remplacement de la centrale incendie, mise en place d'un groupe électrogène et cloisonnement).
Montant estimatif : **453 735€**
- Commission de sécurité incendie
IFPS :
24/05 > Avis FAVORABLE
- Rédaction du **Plan de Sécurisation d'Etablissement (PSE)**

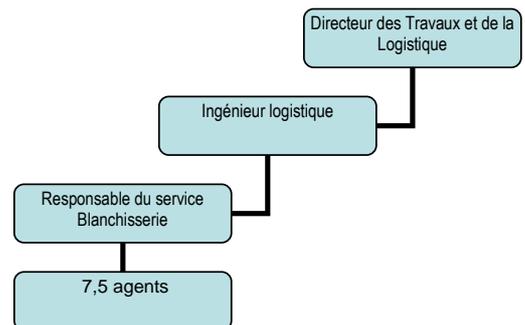
Moyens du service :

L'établissement possède une blanchisserie industrielle qui traite le linge plat, les vêtements de travail et le linge de résident de l'ensemble des sites du Centre Hospitalier. Elle traite également le linge pour d'autres clients comme la Clinique de l'Abbaye ou l'EHPAD de Fauville-en-Caux. Le groupe RABC est garant de la bonne hygiène du linge.

La blanchisserie comprend 8.5 ETP (5 agents titulaires, 2 agents stagiaires, 1 agent en contrat avenir, 1 agent en CUI à mi-temps).

Une prestation est également assurée par l'ESAT (8 travailleurs et une formatrice).

Organisation :



Projets en cours :

- **Réforme des achats** suite à la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT)
- Travail sur le **lavage du linge en EHPAD** (désinstallation des grosses machines à laver et sècheurs et installation de modèles familiaux pour traiter les urgences)
- Evaluation et réorganisation du travail puis réécriture des fiches de poste des agents de la blanchisserie et de l'ESAT
- Mise en place d'une armoire supplémentaire sur chaque EHPAD afin d'éviter les ruptures d'approvisionnement en linge

Faits marquants

- Ouverture du service d'IRM
- Mutualisation des personnels, coopération et entraide au sein des services logistiques
- Installation d'une petite machine à laver pour prendre en charge du linge plus délicat
- Départ du technicien de maintenance de la blanchisserie > difficultés de recrutement
- ½ journée de sensibilisation face aux handicaps au sein du pôle logistique en partenariat avec l'ESAT et la médecine du travail
- Mise en place de 3 armoires supplémentaires sur le CHI afin d'éviter les ruptures d'approvisionnement en linge pour les services en dehors des horaires d'ouverture de la blanchisserie
- Inventaires des tenues de tous les personnels afin de reconstituer les trousseaux de chacun

Indicateurs d'activité :

Kg de linge traité : 605 478,6 kg
Coût du kg de linge traité : 1.76 € le kilo

Absentéisme : 15.64 %

Budget H :

Compte 602 622 : Produits lessiviels : 31 483,37€ Compte

602 6631 : Linge : 40 312,90€

Compte 602 6632 : Habillement : 37 148,74€ Compte

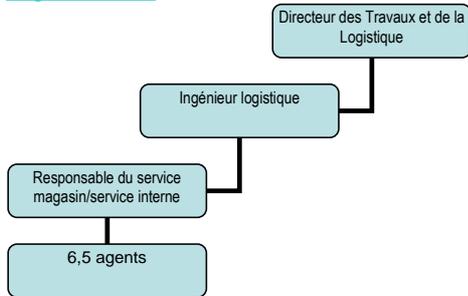
606 263 : Linge et Habillement : 14 997,62€

Moyens du service :

Le Service Magasin et Service Interne comprend 7,5 ETP (7 agents titulaires et un agent en CUI).

Ce service a des fonctions variées : passation des commandes aux fournisseurs, réception, stockage, préparation des commandes des services, transport interne, gestion des déchets...

Organisation :



Projets en cours :

- **Réforme des achats** suite à la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT)
- **Restructuration organisationnelle du service** pour anticiper le départ à la retraite du responsable du service (dernier trimestre 2018)
- Projet de **restructuration physique** du magasin et achat de rayonnages
- **Réorganisation du service** pour palier au départ du responsable (formation management de l'adjointe, accueil d'un nouvel agent...)
- Changement des tenues de travail des agents allant à l'extérieur (mise en place de gilets jaunes et manteaux jaunes)

Réorganisation des réserves du CGYL

Faits marquants

- Suite à la montée en charge de l'HAD : augmentation des tâches et par conséquent du temps de travail nécessaire à l'HAD sans personnel supplémentaire (préparation des commandes, lavage des caisses...)
- Mutualisation des personnels, coopération et entraide au sein des services logistiques – réalisation de stages interservices
- Intégration du Court Séjour Gériatrique dans les tournées d'approvisionnement
- Participation d'un agent au groupe de travail sur les RPS
- Mise en place d'une traçabilité de suivi des déménagements et aménagements
- Mise en place d'une traçabilité de suivi des ventilateurs

Indicateurs d'activité :

Absentéisme : 17.86%

Budget H

Compte 602 621 : produits d'entretien : 196 347,51€

Compte 602 661 : couches et alèses : 171 932,07€

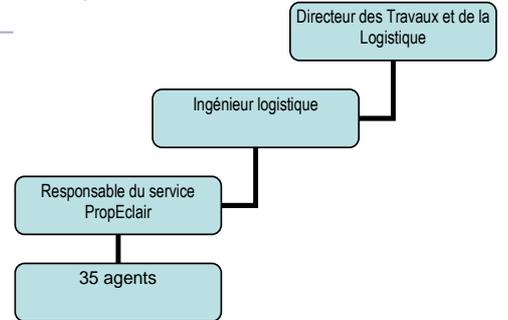
Compte 602 662 : petit matériel hôtelier : 70 218,51€

Compte 602 668 : autres fournitures hôtelières : 2 954,90€

Moyens du service :

Le service PropEclair est un service centralisé d'entretien des locaux présent à l'hôpital. Il comprend 29.2 ETP (18 agents titulaires, 18 agents en CUI). Une prestation est également assurée par l'ESAT (7 agents de l'ESAT et une formatrice) : nettoyage des circulations et locaux communs.

Organisation :



Projets en cours :

- **Réforme des achats** suite à la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT)
- Travail sur le **plan de renouvellement des équipements** à continuer (dont nettoyeur vapeur au bloc)
- Travail de **réduction de l'absentéisme**
- Mise en place de la **polyvalence des agents pour les sorties de l'après-midi**

Indicateurs d'activité :

Surfaces prises en charge : 14 951 m²
Absentéisme : 21.32 %

Faits marquants

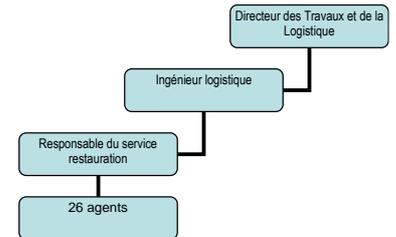
- Ouverture du Court Séjour Gériatrique et adaptation des matériels et des méthodes de travail → 788 m² de surface de nettoyage géré de plus
- Absentéisme élevé
- Amélioration de l'ambiance de l'équipe
- Participation de deux agents au groupe de travail sur les RPS
- Continuité du plan de renouvellement des auto-laveuses
- Mise en place du nouveau marché de produits d'entretien
- Mise en place de centrales de dilution
- Difficultés dans l'entretien des auto-laveuses
- Grosses difficultés pour trouver des porte-balais adaptés aux chariots
- Mise en place de nouvelles techniques de nettoyage (Imops)

Moyens du service :

Le Service Restauration comprend 25.8 ETP (23 agents titulaires, 1 agent contractuel et 3 agents en CUI).

Ce service produit les repas pour l'ensemble des sites du centre hospitalier et quelques clients extérieurs. Il est le garant de la bonne hygiène alimentaire, notamment par la bonne mise en œuvre du Plan de Maitrise Sanitaire.

Organisation :



Projets en cours :

- **Réforme des achats** suite à la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT)
- Travail sur le **manger-main** en collaboration avec les services gériatriques

Indicateurs d'activité :

Nombre de repas produits : 471 963

Coût d'un repas : 4.83 €

Absentéisme : 13.89 %

Budget H

Compte 602 31 : pain, farine : 67 829,67€

Compte 602 32 : viandes, poissons : 252 301,97€

Compte 602 33 : boissons : 77 147,73€

Compte 602 34 : comestibles : 422 510,98€

Compte 602 35 : Lait et produits laitiers : 188 728,53€

Compte 602 37 : Produits surgelés : 153 585,67€

Faits marquants

- **Plan de Maitrise Sanitaire** presque finalisé
- Ouverture du **Court Séjour Gériatrique** et adaptation matériels et méthodes de travail
- Prise en charge des **repas self et patient de la clinique**
- Prise en charge des **repas de la crèche Léon Dufour**
- Tests sur la mise en place du **manger main** et restitution effectués
- Acquisition de la **nouvelle version du logiciel de prise de commandes des repas (Hestia)**, formation des personnels et déploiement
- Continuité du plan de **changement des lave-vaisselle dans les services et des chariots de transport isotherme pour les EHPAD**

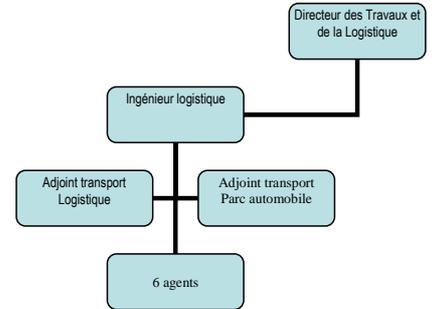
Moyens du service :

Le Service Transport comprend 8 ETP (7 agents titulaires et un agent contractuel). Il réalise deux types de transport :

- **les transports logistiques ;**
- **les transports sanitaires et d'examens et analyses.**

Ils desservent différents sites dans un périmètre de 40 km.
Le service transport gère également l'ensemble du parc de véhicules.

Organisation :



Projets en cours :

- Réforme des achats suite à la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT)
- Prise en charge des transports des chariots alimentaires les weekends et jours fériés pour la clinique
- **Mise en place d'une Gestion de la Maintenance Assistée** par Ordinateur (GMAO)

Faits marquants

- Suite aux problèmes d'absentéisme :
- mise en place d'une organisation en mode dégradé
- de gros efforts d'effectués par les agents du service pour remplacer les collègues absents
- mutualisation des personnels, coopération et entraide au sein des services logistiques et espaces verts
- Suite à la montée en charge de l'HAD :
- Augmentation du parc de véhicules (augmentation du temps nécessaire au suivi de l'entretien des véhicules)
- Augmentation des tâches et par conséquent du temps de travail nécessaire à l'HAD (livraison à domicile...)
- Intégration du Court Séjour Gériatrique dans les tournées
- Départ à la retraite du responsable du service et réorganisation du service suite au gel du poste
- Réorganisation des tournées pour prendre en charge **le transport des repas de la crèche Léon Dufour**
- Travail sur l'ensemble des procédures du service en lien avec la certification

Indicateurs d'activité :

Km parc total de véhicule : 626 223 km

Nombres de véhicules : 42 véhicules

Km HAD : 302 821 km

Km logistiques : 55 944 km

Examens et analyses : 480 transports réalisés

Absentéisme : 4.27 %

Budget H :

Compte 615 262 : entretiens et réparations : 33 131,58€

Compte 602 61 : carburant : 65 469,77€

Moyens du service :

Médecin DIM 0,1 ETP jusqu'à fin avril
Médecin DIM du GHH 0.1 ETP DEPUIS MAI

TIM :

- 2 ETP : depuis le 01/03/2018
- Renfort de 0.5 ETP TIM GHH de Novembre à avril 2019

Organisation :

- Récupération du codage de la maternité depuis janvier 2018

Projets en cours :

- Arrivée d'un agent 0.50 DIM à compter du 27/05/2019
- Optimisation par deux agents du GHH de l'année 2018

Indicateurs d'activité :

9818 RUM
3872 RHS

Faits marquants

Départ du Médecin DIM en avril
Vérification de l'intégralité des dossiers UHCD répondants bien aux critères
Participation à l'optimisation des externes avec la société CTR
Formation au codage de l'obstétrique de deux agents CRIM 04/06/2018
FORMATION AU LOGICIEL QL
Participation à la cellule d'appui à la performance
Participation à l'accréditation (extraction de données)

Bilan du Pôle Mère Enfant

❖ Bilan synthétique

RECETTES	EPRD 2018 + DM	réalisé à fin DECEMBRE 2017	réalisé à fin DECEMBRE 2018	réalisations 2018 en 12ème
TITRE 1	4 903 353	4 782 731	4 863 414	11,90
TITRE 2	613 286	555 220	531 063	10,39
TITRE 3	289 777	429 935	209 165	8,66
TOTAL GENERAL	5 806 416	5 767 886	5 603 642	11,58

DEPENSES	EPRD 2018 + DM	réalisé à fin DECEMBRE 2017	réalisé à fin DECEMBRE 2018	réalisations 2018 en 12ème
TITRE 1				
Personnel médical	1 600 251	1 854 888	1 935 703	14,52
Personnel non médical	3 781 430	3 874 038	3 665 436	11,63
TOTAL	5 381 681	5 728 926	5 601 139	12,49
TITRE 2	627 481	651 687	714 996	13,67
TITRE 3	146 339	200 417	136 336	11,18
TITRE 4	163 656	169 830	173 892	12,75
TOTAL GENERAL	6 319 157	6 750 860	6 626 363	12,58

CHARGES BRUTES DE PERSONNEL	EPRD 2018 + DM	réalisé à fin DECEMBRE 2017	réalisé à fin DECEMBRE 2018	réalisations 2018 en 12ème
Personnel non médical				
Titulaires / stagiaires	2 344 200	2 334 517	2 245 071	11,49
CDI	30 800	28 881	24 490	9,54
CDD	152 020	149 369	128 681	10,16

❖ Objectifs spécifiques et bilans

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU CONTRAT DE POLE MERE / ENFANT		
	Prévisionnel	Bilan
<p>Déployer le projet médical 2015 – 2019 : Pôle Mère Enfant</p>	- Développement de la chirurgie ambulatoire	Nous avons réalisé 264 interventions ambulatoire en 2018..
	- Développement des accouchements : 700 accouchements par an	Il y a eu 506 accouchements de réalisés en 2018 (+10 par rapport à 2017) 97.4% des naissances fécampoises ont eu lieu au CHI. 48.6% des habitantes de Cany Barville accouchent au CHI ainsi que 27% des habitantes de Terres de Caux. 22 transferts in utéro dont 17 vers le GHH et 5 vers le CHU de Rouen et de Caen.
	- Développement des consultations sage-femme et gynécologues	Pour les Sages-femmes : 4735 consultations réalisées (consultations, allaitement maternel, acupuncture, entretiens du 4 ^{ème} mois, activité Goderville, échographies), plus les 558 patientes ayant participé aux séances de préparation à la naissance. Pour les gynécologues-obstétriciens : 9281 consultations publiques, privées, échographies et activité Goderville. (en augmentation)
	- Mise en place d'une seconde consultation avancée dans le territoire	Il n'a toujours pas été possible de mettre en place une deuxième consultation avancée en raison d'un déficit en temps médical et sages femmes. Pour la consultation en place à Goderville, un projet de mettre en place une consultation SF en gynécologie(en 2019) est en cours pour favoriser l'attractivité.
	- Il a été effectué des projets pour l'attractivité du pôle	Continuer la formation en hypnose conversationnelle du pôle, continuer la prise en charge de l'anxiété en SAS pré-opératoire avec lumières couleur, et peintures murales pour l'entrée en hypnose, (ainsi qu'en salle de naissance) musique relaxation . Envisager la labellisation du pôle (« Hôpital Ami des bébés » ou « Prévenir pour bien grandir »). Formation générale du pôle sur l'allaitement maternel pour mise à jour et discours uniforme par la SF diplômée en lactation humaine.
- Rédaction d'un projet d'activité d'urodynamique pour mise en place en 2017	Temps médical déficitaire plus matériel et local à débloquer.	
- Développement des consultations de pédiatrie en externe et aux urgences	La consultation pédiatrique est en augmentation avec 3792 consultations réalisées. Un nouvel UF a été crée pour les urgences pédiatriques ; de même que suite à l'accréditation, un nouveau protocole est en cours d'écriture pour clarifier la filière des urgences pédiatriques.	

Développement de la chirurgie ambulatoire	Prévisionnel	Bilan
	Suite au contrat ARS / CPAM / CHI signé pour accord préalable et aux objectifs du CPOM 2014 – 2019, atteindre progressivement les taux de cible pour les gestes marqueurs listés par l'assurance maladie. Valeur cible en fin de CPOM 2018 = 50%	Gestes marqueurs CPAM Ambulatoire et endoscopie Taux cible ARS utérus : 80,90% CHI : 83,35% Taux cible ARS intervention tubaire : 87 % CHI : 77,27% Taux cible ARS col, vulve, vagin 92,60% CHI : 97,06%% On a réalisé 264 ambulatoires soit 41,4 % des interventions (639).
Projet PRADO	Prévisionnel	Bilan
	Poursuite du développement du Projet PRADO conformément au contrat signé avec la CPAM du Havre	2015 : 404 éligibles moins les refus : 326 2016 : 475 éligibles moins les refus 391 2017 : 389 éligibles moins les refus 337 2018 : 367 éligibles moins les refus 342
Développement des Consultations : consultation sage-femme et pédiatrie externe	Prévisionnel	Bilan
	<ol style="list-style-type: none"> 1) D'acupuncture pour les sages-femmes : Passage de 20 à 35h/mois, soit 8h30 / semaine 2) De rééducation périnéale et préparation à la naissance 3) Consultation sage-femme avancée : 2 heures / semaines 4) Externes de pédiatrie + développement de la prise en charge pédiatrique aux urgences : + 2% 5) Mise en place d'une consultation avancée de PMA avec le GHH. Impact sur le nombre d'accouchement à partir de 2017 : Convention à signer 	<p>Bien que les deux sages-femmes acupunctrices ayant chacune bénéficié d'un congé maternité, l'activité s'est maintenue avec 208 consultations en 2018.</p> <p>Nous faisons deux journées de 9h à 20h avec 12h30 de consultations périnéales et 3 cours de préparation par semaine</p> <p>49 consultations en 2018 avec projet (cf mise en place d'une seconde consultation avancée)</p> <p>Pas en activité. ETP pédiatre insuffisant pour cette activité.</p> <p>Pas de possibilité à l'heure actuelle avec le GHH (problème d'effectif)</p>
Recrutement médicaux	Prévisionnel	Bilan
	<ol style="list-style-type: none"> 1) Recrutement d'un gynécologue en vue d'un départ prévisible à la retraite d'un PH (mars 2019) et du fait de la réduction du temps de travail d'un médecin. 2) Recrutement d'un pédiatre. 	<p>Recherche active d'un nouveau praticien.</p> <p>2,2 ETP pédiatre actuellement, toujours à la recherche d'un ETP 0,40 pour avoir un ETP total de 2,6</p>
Optimisation du bloc opératoire dans le cadre de la mise en place du GCS de Moyens avec la clinique	Prévisionnel	Bilan
	Réalisation d'une étude sur l'optimisation du fonctionnement du bloc opératoire. Activité	<p>Elément en cours.</p> <p>639 passages au bloc 91 IVG (chirurgicales et médicamenteuses) 2 accouchements gémellaires 6% forceps/ventouses 19.9% épisiotomie 3% HPP > 500ML</p>

	Prévisionnel	Bilan
Hygiène hospitalière : poursuite de la politique engagée	1) Mise en œuvre d'une politique de maîtrise de risque infectieux en concertation avec les instances et les professionnels.	Oui
	2) Maîtrise de la résistance des ATB dans le cadre du CBU.	Oui
	3) Programme de prévention en collaboration avec la médecine du travail.	Oui
	4) Maîtrise du risque infectieux lié aux DM réutilisables et à l'environnement.	Oui
	Prévisionnel	Bilan
Prévention et éducation thérapeutique : poursuite de la politique	-Maintien de la liaison pôle –CMS (PMI)	Rencontres -anténatales avec SF de l'hôpital et SF référente de PMI 1/15jrs -Post-natales avec SF collaboratrice (ou cadre de pôle) et IDE référente de PMI 1/semaine.
	- Diabète de type 1 : Développement de l'activité à raison de 250 euros par enfant pris en charge et par an : Au moins 30 enfants pris en charge.	34 enfants pris en charges.
	- Poursuivre la promotion de l'allaitement maternel	Une enquête sera réalisée en 2019 sur le choix de l'alimentation du nouveau-né.
	Prévisionnel	Bilan
OBJECTIFS D'ACTIVITE DU POLE – EPRD 2018	Gynécologie : 413 Obstétrique : 1 230	Accouchements : 506 Nombre d'entrée gynécologie : 444 Nombre d'entrées obstétriques : 1213 Nombre de journées GO : 4205 Taux d'occupation : 60,63 DMS 2.54 IVG =91
	Pédiatrie : 1008	Nombre d'entrées pédiatrie : 976 Nombre de journées péd : 2356 Taux d'occupation : 64,55 DMS : 2.41

❖ Rapport d'activité

Rédigé par C. CAHARD-LAMBERT, Cadre de Pôle et validé par le Dr TALEB, Chef d'unité et Marie Lefrancois sage femme collaboratrice.

◆ **Missions et Actions mises en place**

➤ **Pour le pôle :**

- Engagement du pôle à mettre en œuvre les actions d'amélioration de la qualité sur les points cités dans les objectifs déterminés en cours d'année avec la Direction Qualité.
- Engagement à soutenir le projet médico-soignant 2015-2019.
- Engagement à mettre en œuvre les actions d'amélioration de la qualité dans le cadre du Contrat de Bon Usage des médicaments (CBU).
- Formation des agents du pôle à l'hypnose conversationnelle.
- Passage de la certification en septembre 2018 avec l'ensemble des acteurs du pôle PME
- Participation aux GHT pour l'obstétrique, la pédiatrie et l'éducation thérapeutique.
- Organisation de la Journée Mondiale du Diabète dans un centre commercial avec nombreux stands animés par le personnel (avec le service de médecine)
- Participation au forum des Métiers du Collège P.Bert
- Participation au forum de la Semaine de la Petite Enfance.

➤ **Formations du pôle :**

- Hypnose conversationnelle.
- Un DU d'hypnose.
- Allaitement maternel pour les nouvelles sages femmes..
- Des stages inter établissement.
- Nombreuses remises à niveau pour l'AFGSU
- Atelier « ouverture de la salle de césarienne en urgence » pour tout le service maternité
- Formation de la psychologue à l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre du programme ETP autorisé ARS.

➤ **Pour le secteur maternité et salle de naissances :**

- Un CREX est réalisé sur l'unité de gynécologie et obstétrique à chaque réunion médecins/sages femmes
- Mise en place des RMM dans l'unité d'obstétrique, il y en a eu 3 de réalisés en 2018 et 2 RMM en anesthésie également.
- Evaluation de l'effet de l'hypnose, des peintures réalisées en SAS préopératoire et dans les deux salles de naissance.
- Maintien de la mise en place d'un self service petits déjeuners pour les mamans/couples ainsi que de la mise en place d'un lit accompagnant et repas du soir pour les pères ou compagnes.
- Création d'une consultation allaitement maternel, d'un atelier deux fois par mois de massages bébés pour les parents sortis (avec enquête de satisfaction) et continuité d'une réunion allaitement avec une association, de la consultation acupuncture, rééducation du périnée, cours préparation accouchement et piscine. Il y a eu 208 consultations d'acupuncture, 558 patientes aux cours de préparation à l'accouchement, 631 séances de rééducations du périnée.
- Les consultations des obstétriciens et sages femmes, ainsi que les échographies et la consultation avancée à Goderville ne cessent d'augmenter.
- Continuité de la liaison avec la PMI pour un suivi adapté des situations nécessitant un accompagnement rapproché

➤ **Date des réunions Sages femmes / Médecins**

Réunion du 16 janvier 2018
Réunion du 27 mars 2018
Réunion 07 septembre 2018
Réunion du 21 décembre 2018

➤ **Pour le secteur pédiatrie :**

- Une EPP réalisée en pédiatrie, débutée en 2017 et finie en 2018 sur la prise en charge de l'anxiété chez l'enfant et la mise en place d'un outil d'aide à la décision « l'inquietest » qui a fait l'objet d'un audit, celui-ci a été validé au CLUD en 2018.
- La continuité du programme d'éducation thérapeutique de l'enfant diabétique autorisé par l'ARS, la file active est passée de 30 à 34 patients, il a été réalisé des ateliers individuels et collectifs très appréciés des patients, ainsi que des réunions pluridisciplinaires et avec des patients experts et ressources, trois fois par an pour préparer les séances collectives et réaliser l'autoévaluation annuelle du programme.

- Concernant les entrées globales dans le service, il y en a eu 965 en 2018, soit une baisse de 22 (987 en 2017, 975 en 2016, 979 en 2015).

➤ **Pour le secteur bloc opératoire :**

- Conseils de bloc réalisés tout au long de l'année 2018 (avec réalisation de PV à chaque conseil).
- SAS préopératoire avec prise en charge de l'anxiété et audit.
- Audit check liste et ICA LISO et déclaration médicale des infections nosocomiales.
- Un audit a été réalisé dans le SAS bloc et cet audit montre une excellente prise en charge au bloc opératoire, notre objectif était d'évaluer la prise en charge générale, ce qui est excellent dans les réponses quantitatives, mais aussi l'anxiété après avoir mis en place les peintures, la musique et la lumière dans le SAS. On pourra pour les prochains audits intégrer l'hypnose conversationnelle.
- Lors de chaque réunion des échanges sur les protocoles médicaux ont lieu dans un but d'uniformiser des prises en charge des patients du pôle (maternité, bloc opératoire, pédiatrie)

➤ **Activité 2018 et contrat de pôle**

- Plusieurs congés maternité et des disponibilités ont entraîné plusieurs recrutements de poste de sage-femme.
- Développement du PRADO :
 - 2015 : 404 éligibles - les refus 326
 - 2016 : 475 éligibles - les refus 391
 - 2017 : 389 éligibles - les refus 337
 - 2018 : 367 éligibles – les refus 342

Le contrat de pôle 2017 fixait le nombre d'accouchements à 600 ; il est réalisé 506 accouchements sur le pôle pour 2018, ce qui traduit une légère augmentation par rapport à 2017 (+10) ; et ce, malgré une baisse au niveau national et une population vieillissante dans le secteur.

- Consultations sages femmes : 4735 (avec les consultations SF, l'activité de Goderville, les consultations acupunctures, la rééducation du périnée, les entretiens du 4^{ème} mois, la consultation d'allaitement maternel, l'échographie.) 4705 en 2017
- Consultations gynécologues-obstétriciens : 9281 (avec les consultations publiques, privées, l'activité sur Goderville et les échographies) contre 7690 en 2017.
- Total des consultations médecins et sages femmes, privées, publiques : en 2018 =14016 (2017 =12019, 2016=15276 et 15273 en 2015)
- Passages au bloc opératoire : 637 en 2018 (633 en 2017, 653 en 2016) .
- Consultations de pédiatrie : En 2018, nette augmentation avec 3792 consultations (3164 en 2017, 2012 en 2016, 1847 en 2015). De plus, un nouvel UF (6031) a été créée pour les urgences pédiatriques qui sont au nombre de 54.
- L'activité de la psychologue est marquée par une croissance au niveau des consultations programmées (129 en 2018, 117 en 2017, 101 en 2016) et un maintien au niveau de l'activité dans le service (332 en 2018 contre 335 en 2017).
- Concernant le taux d'allaitement, **nous sommes à 40% en 2018** (38% en 2017, 40% en 2016, 38% en 2015). La proposition des consultations d'allaitement ainsi que les réunions d'informations permettent d'améliorer ce taux. Un questionnaire sur l'alimentation du nouveau-né est prévu en 2019 pour étudier les motifs du choix des couples entre l'allaitement maternel et artificiel. Le taux d'allaitement est bas dans notre région, 52% en Seine maritime.(2018)

➤ **Pistes pour 2019 pour améliorer encore l'activité et l'attractivité :**

- ▶ Continuer la formation hypnose conversationnelle à tout le personnel du bloc, de la maternité et pédiatrie.
- ▶ Continuer la prise en charge au SAS du bloc opératoire pour travailler sur l'anxiété des patients qui se rendent au bloc opératoire : luminothérapie, musique de relaxation, peintures murales en SAS d'attente et continuer les questionnaires d'évaluation.
- ▶ Projet d'ateliers collectifs pour les diabètes gestationnels.
- ▶ Envisager la labellisation de l'hôpital ami des bébés.
- ▶ Refaire un audit aux patientes sur le choix ou non de l'allaitement maternel.

- ▶ Réorganiser la journée diabète le 14 novembre 2019.
 - ▶ Formation sur l'allaitement maternel, avec la sage-femme titulaire d'un DU en lactation humaine, de tout le pôle mère-enfant pour mise à jour et harmonisation de nos pratiques.
 - ▶ Former une IDE en pédiatrie à la formation coordonnateur de programme ETP.
 - ▶ Concrétisation du projet « peinture en pédiatrie » pour favoriser le scénario hypnose conversationnel, créer un repère pour les enfants et égailler le service. (financement partenaires privés).
- **Ressources humaines**
- Changement de grade :
 - 2 SF stagiaires
 - 1 SF titularisée
 - 1 IDE en CDI
- Formations :
- Nombre d'agents partis en formations : 71
 - Nombre de formations : 51
- Absentéisme du pôle :
- Nombre de jours d'absences sur 2018 : 1 121 jours (établissement 33 021)
 - Taux d'absentéisme : 4.48%
 - Nombre de jours de remplacements sur 2018: 303 jours
 - Taux de remplacement en 2018 : 27.03%

Bilan du Pôle Médical Aigu

❖ Bilan synthétique

RECETTES	EPRD 2018 + DM	réalisé à fin DECEMBRE 2017	réalisé à fin DECEMBRE 2018	réalisations 2018 en 12ème
TITRE 1	20 369 844	19 518 908	20 549 319	12,11
TITRE 2	2 477 943	2 357 818	2 348 255	11,37
TITRE 3	3 294 246	3 927 187	3 707 116	13,50
TOTAL GENERAL	26 142 033	25 803 913	26 604 691	12,21

DEPENSES	EPRD 2018 + DM	réalisé à fin DECEMBRE 2017	réalisé à fin DECEMBRE 2018	réalisations 2018 en 12ème
TITRE 1				
Personnel médical	5 208 447	4 916 085	5 013 131	11,55
Personnel non médical	10 072 466	9 947 340	10 275 301	12,24
TOTAL	15 280 913	14 863 425	15 288 432	12,01
TITRE 2	4 226 361	4 633 488	4 426 822	12,57
TITRE 3	558 843	483 149	522 646	11,22
TITRE 4	431 664	498 783	707 663	19,67
TOTAL GENERAL	20 497 781	20 478 845	20 945 563	12,26

CHARGES BRUTES DE PERSONNEL	EPRD 2018 + DM	réalisé à fin DECEMBRE 2017	réalisé à fin DECEMBRE 2018	réalisations 2018 en 12ème
Personnel non médical				
Titulaires / stagiaires	5 362 800	5 312 780	5 392 970	12,07
CDI	301 900	284 184	275 070	10,93
CDD	1 004 780	828 562	1 004 663	12,00

❖ Objectifs spécifiques et bilans

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU CONTRAT DE POLE MEDICAL AIGU		
	Prévisionnel	Bilan
Déployer le projet médical 2015 – 2019 : Pôle Médical Aigu	1) Projet de cardiologie : passage 12 à 16/18 lits (et 3 ETP cardiologues)	> Pas de 3 ^{ème} cardiologue > Passage à 10 lits de cardiologie
	2) Mise en place et développement de l'endoscopie	> Non réalisée
	3) Consultations spécialisées à développer	> Neurologie et gastro enterologie en cours de discussion > Remise en place de la consultation de diabétologie
	4) Optimisation de l'oncologie et de HDJ de chimio	> Non réalisée
	5) Elaboration du dossier HDJ	> Non réalisée
	6) Stomatologie	> Non réalisée
Réorganisation des services	Prévisionnel	Bilan
	Court Séjour Gériatrique à 20 lits au 3 ^{ème} étage de la clinique : Projet déposé conjointement par le CHI et la Clinique en avril 2016 à l'ARS. 20 lits de CSG / 715 séjours / DMS = 10.31 / TOC = 95% /	> Ouverture le 01 mars 2017 : augmentation de capacitaire à 20 lits > Bilan nombre de séjours 656 DMS 10,89 TMO 97,82
Recrutement médicaux 2018	Prévisionnel	Bilan
	-3 ^{ème} cardiologue temps plein dans le cadre de l'autorisation ARS cliniciens hospitaliers	> Non réalisé
	-2 ^{ème} radiologue PH temps plein	> Réalisé
	-Gastroentérologue PH 0.6 ETP Dépense prévisionnelle = 33 500 € (sur 5 mois en 2016)	> Non réalisé
	-Urgentiste temps plein dans le cadre de l'autorisation ARS cliniciens hospitaliers	> octobre 2018 arrivée d'un médecin responsable des urgences
	-médecin polyvalent PH temps plein ou praticien contractuel	> Réalisé
Poursuite de la réorganisation médicale des Urgences	Prévisionnel	Bilan
	-Poursuite de la réorganisation médicale et soignante des urgences et du projet médical inscrit dans le projet de santé 2015 – 2019.	> Plan d'action suivi de bilans réguliers en CHSCT
	-Réalisation d'au moins 17 500 ATU facturés afin de maintenir en 2018 le même niveau de dotation qu'en 2017.	> 19513 en 2018 > 1 ^{ers} passages urgences 23181
	-Mise en place de l'unité de débordement dans le cadre du nouveau projet capacitaire.	> Non réalisé
	-Poursuite de la mise en place du plan d'actions issu de l'audit Panacéa.	> Plan d'actions suivi

	<ul style="list-style-type: none"> -Actions pour obtenir au moins un interne -Poursuite de la politique de recrutements médicaux afin de reconstituer une équipe stable. -Déclinaison et déploiement du projet médical des urgences -Optimisation du codage pour l'UHCD afin d'être totalement conforme lors d'un prochain contrôle T2A sur ce secteur. - Filière AVC 	<ul style="list-style-type: none"> > Le service des urgences a reçu l'agrément pour accueillir des internes > En cours > En cours > Réalisé Plan d'actions , staff dossiers et dossier Sillage en lien
Poursuite de la réorganisation de la Cardiologie	Prévisionnel	Bilan
	<ul style="list-style-type: none"> -Déploiement du projet médical de cardiologie inscrit dans le projet de santé 2015 – 2019. -Passage de 2 à 3 cardiologues et de 12 à 16 lits en lien avec l'installation du CSG à 20 lits au 3^{ème}. - Programme d'éducation thérapeutique pour patient sous anticoagulant -Optimisation des lits de SC cardiologie -Développement des consultations et actes externes - Filière AVC 	<ul style="list-style-type: none"> > Projet médical écrit, démarches faites pour la filière AVC > Non réalisé > Réalisé > En cours > Cs ORL 2ème praticien 2018: 2981 2017 : 1609 > équipe non médicale formée Plan de soins et outils sur Sillage en lien avec les objectifs de prise en charge
Poursuite de la réorganisation médicale de l'Imagerie	Prévisionnel	Bilan
	<ul style="list-style-type: none"> - Recrutement d'un second PH temps plein Montant - Mise en place activité IRM au 1 er octobre. - Augmentation des actes externes d'imagerie + 2% par rapport à 2015 et + 27 000 € pour les FT GIE. - Un interne d'imagerie - marché de télé imagerie - Complément du projet médical d'imagerie du fait du recrutement (activités nouvelles) 	<ul style="list-style-type: none"> > Réalisé > Réalisé . Recrutements de 2 manipulatrices pour l'ouverture de l'IRM Recrutement d'un cadre pour remplacer un départ à la retraite et élargissement du GIE aux radiologues du Havre > Scanner : FT CHI : 8284(+6,40%) GIE Actes externes:6730 (- 2,98%) Actes du CHI : 7,6% au total+7,6%pour les externes de ville , +20,63 %pour les urgences non hospitalisées et +0,62 % pour les hospitalisés > Echographie : 4407 (- 4,3%) > Radiologie conventionnelle stable 20654 (+ 5,18%) Radiologie interventionnelle : 513 GIE IRM : 520 > Réalisé > Cessation du contrat de téléradiologie CGTR(avril 2018) et des contrats de medecins attachés > Réalisé

	Prévisionnel	Bilan
Mise en place de la consultation de dermatologie avec le Groupe Hospitalier du Havre	-Mise en place de deux demi journées / semaine de consultation de dermatologie.	> Réalisé nombre de consultations : 2018 : 1090 2017: 1243
Intégration de l'activité de Stomatologie du Docteur BUREL	Prévisionnel -Projet à étudier avec Dr Burel + chef de pôle + Dr Albisetti pour panoramique dentaire + services techniques pour implantation.	Bilan > Non réalisé
Mise en place de consultations de spécialités supplémentaires avec le Groupe Hospitalier du Havre	Prévisionnel - Urologie (consultations + endoscopies + séjours) - Oncologie - Neurologie	Bilan > Non réalisé
HAD	Prévisionnel Déploiement du projet HAD tel que déposé dans la demande d'autorisation. Développement de l'HAD en EHPAD Finaliser les conventions en cours avec les différentes structures Définir la PDS HAD	Bilan > Dossier d'autorisation renouvelée jusqu'au 4mai 2026 <u>Plan de communication :</u> CHI : participation staff urgences 1/SEMAINE Externe au CHI:rencontre réseau soins palliatifs , rencontre Ephad Bois Martel (cadres et médecins coordonnateur), rencontres Ephad et foyers fiche soins palliatifs Samu GHT communication auprès des SSIAD pour les prises en charge conjointes Conventions SSIAD : 8 <u>Conventions :</u> 26 ide libérales 12 kinésithérapeutes 10 médecins traitants 1 orthophoniste 1 Ephad externe > Nombre de prise en charge EPHAD CHI :12 EPHAD externes : 18 > Réalisé > Réalisé
Projet addictologie	Prévisionnel Développement de l'hospitalisation de l'addictologie pour de la cure ou des bilans. Ce projet s'inscrit dans la cadre de la politique de développement du CSAPA et du nouveau capacitaire.	Bilan > En cours > Non réalisé
Projet endoscopie	Prévisionnel Arrivée d'un PH temps partiel gastroentérologue à compter du 15 août 2016. Réalisation de 15% de l'activité du territoire en année pleine soit 171 actes d'endoscopies pour 135 518 €. 44 087 € pour les actes d'endoscopies sans AG 91 431 € pour les endoscopies avec AG.	Bilan > Non réalisé

	<p>Deux vacations de consultations / semaine soit 10 consultations / vacation soit 20 consultations / semaine soit 16 semaines à 20 consultations = 320 consultations en 2016.</p> <p>Les dépenses devront être conformes au projet déposé à l'ARS soit 130 285 € en année pleine soit 54 285 € pour 2016.</p> <p>20 endoscopies bronchiques réalisées par le Dr Grès en 2016. - 10 actes sous AG - 10 actes sans AG</p>	
Projet de centre initiateur de pose de pompes à insuline	Prévisionnel	Bilan
	<p>Mise en place d'un centre initiateur de pompe à insuline</p> <p>Formation des médecins et des personnels soignants à assurer la prise en charge</p>	<p>> Non réalisé</p> <p>> Réalisé</p>
Projet de remise à niveau de l'oncologie et de l'HDJ de chimio	Prévisionnel	Bilan
	Projet Onco en cours de requalification pour augmenter l'activité.	> Nombre de séances de chimiothérapie : 2018 : 1073 2017: 1170
OBJECTIFS D'ACTIVITE DU POLE – EPRD 2018	Prévisionnel	Bilan
	<p>Médecine RDC : 1 517 Médecine cardiologique : 774 Médecine polyvalente RDC : 743</p> <p>Médecine polyvalente 3^{ème} étage : 1230 Médecine polyvalente : 1088 médecine pluri-disciplinaire : 142</p> <p>Médecine 1 (CSG) : 715 Oncologie : réalisé 2017, 1170</p> <p>Surveillance Continue polyvalente : 384</p> <p>Surveillance Continue cardiologique : 200</p> <p>UHCD : 1 095</p> <p>HAD 25 patients/j, 9125 journées au total</p>	<p>Médecine RDC : 1474 Médecine cardiologique : 789 Médecine polyvalente RDC: 685</p> <p>Médecine polyvalente 3^{ème} étage: 1295 Médecine polyvalente : 1181 Médecine pluri -disciplinaire : 114</p> <p>Médecine 1 (CSG) : 656 Oncologie : 1073</p> <p>Surveillance Continue polyvalente : 384</p> <p>Surveillance Continue cardiologique : 181</p> <p>UHCD : 1467</p> <p>HAD 318 séjours et 7950 journées</p>

❖ Rapport d'activité

Rédigé par Mme KUHL, Cadre de Pôle et par le Dr. CALOT, Chef de Pôle

◆ **Activité hospitalière**

- Globalement l'activité 2018 diminue : - 0,30% de séjours ; +2,30% de journées
La DMS augmente légèrement : 6,50 en 2018 contre 6,33 en 2017
- L'HAD a réalisé + 69 entrées : 318 en 2018 contre 249 en 2017 mais l'HAD n'a pas les 9125 prévisionnelles
Objectifs 2019 :
 - Se maintenir à 25 patients
 - Développer les conventions et les partenariats SSIAD
 - Compléter la politique de communication avec le GHH
 - Améliorer le recours de l'HAD en identifiant les prises en charge
- ▶ Le nombre de séances de chimiothérapie a baissé entre 2017 et 2016 (-97 soit - 8.29%).
- **Urgences** :
 - ✓ Sorties SMUR : +57 en 2018 (1114) pour 1057 en 2017. Taux d'évolution +5,39%
 - ✓ ATU : 19513(+1709 par rapport en 2017: 17804. Taux d'évolution +9,67 %
 - ✓ Depuis le 01/10/18 : passage à 4 IDE matin et soir du lundi au dimancheObjectifs 2019 :
 - 3ème ligne IDE de nuit
 - 1 AS matin et soir zone IAO
 - Fluidifier l'accès aux urgences et les parcours
 - Formaliser et développer les filières pédiatriques et gynéco obstétrique
 - Déployer l'unité post urgences
- **Surveillance continue** :
Nombre d'entrées : 565
DMS : 3,78
Objectifs 2019
 - Dossier de renouvellement de la convention du dépôt de sang
 - Encadrer et former les nouveaux infirmiers et aide soignants
 - Travailler sur les organisations de travail
 - Développer les agents référents dans l'unité
 - Poursuivre la traçabilité dans le dossier de soin
 - Développer une réflexion sur le plan de soin en lien avec les motifs d'hospitalisation
 - Prévoir les formations suivantes : hémovigilance, soins palliatifs et fin de vie, la ventilation assistée, la prise en charge de la douleur, la toilette difficile.
- **Médecine polyvalente RDC et cardiologie**
L'activité montre une baisse globale du nombre de séjour de 1,93 % du à une baisse de 6,80% pour la médecine polyvalente . L'activité de consultation (+ 3828 consultations)
Objectifs 2019 :
 - Poursuivre le plan d'actions AVC et régulièrement les staffs pluridisciplinaires
 - Relancer la dynamique de la démarche qualité et de la gestion des risques liés aux soins
- **Médecine polyvalente 3ème étage**
Nous notons une augmentation du nombre d'hospitalisations 1181(+9,76%)
Le taux d'évolution de la DMS est satisfaisant : -5,18 %
L'implication collégiale à la certification est à noter
La participation à la journée mondiale du diabète a permis de fédérer les agents
Objectifs 2019 :
 - Poursuivre l'ouverture de l'unité vers les partenaires extérieurs
 - Pérenniser le staff hebdomadaire entre les services : HAD, EMG, soins palliatifs
 - Accompagner l'équipe médicale dans la prise en charge des patients diabétiques
 - Accompagner le nouveau médecin à la spécificité du service

➤ **Oncologie**

L'activité a diminué : 1043 contre 1132 en 2017

Les consultations d'annonce ont cependant augmenté

Objectifs 2019 :

- Continuer à optimiser la filière de prise en charge pour maintenir une offre de soins de proximité
- Participer à la RCP hebdomadaire
- Réévaluer l'organisation mise en place
- Compléter l'équipe IDE

➤ **Soins palliatifs**

114 séjours contre 142 séjours (objectif cible) soit -19,72 %

Des actions ont été mises en place :

- La restructuration de l'équipe avec en amont des entretiens motivationnels des postulants
- L'écriture du projet médico soignant
- Le staff hebdomadaire de l'équipe pluridisciplinaire
- Une présentation de la fiche soins palliatifs aux urgences a été faite pour anticiper la prise en charge du patient
- L'équipe de médecins polyvalente montre une difficulté à intégrer l'équipe de soins palliatifs en temps hebdomadaire

Objectifs 2019 :

- Mener une réflexion afin d'intégrer le concept soins palliatifs dans la prise en charge globale des patients de l'unité
- Reprendre la diffusion d'information pour anticiper la prise en charge en soins palliatifs
- Prévoir l'organisation et les missions de l'équipe de soins palliatif

➤ **Activité de liaison en addictologie** : file active = 89

Objectif 2019 : parfaire le lien avec le CSAPA

➤ **Équipe mobile de gériatrie**

En 2018, 410 prises en charge à 354 patients ont été vues en intra et extra hospitalier en augmentation de 19,2% soit 66 patients de plus qu'en 2017. L'EMG est intervenue pour 76 patients aux urgences contre 79 en 2017. Le gestionnaire de lits recense aux urgences les situations des patients relevant de l'EMG et en informe les IDE.

Les interventions dans les unités ont augmenté ; 206 en 2018 contre 198 en 2017. La file active est 354 en 2018 contre 198 en 2017.

Aux urgences l'EMG intervient pour deux types de patients :

les chuteurs et les troubles du comportement qui nécessitent un bilan médical complet

L'orientation en sortie des urgences est privilégiée vers le CSG. La mise en place de

consultations gériatriques d'urgences environ une semaine après le passage aux urgences des patients ont permis davantage de retour à domicile.

Le relais CLIC dès que nécessaire pour les patients fragilisés (chuteur, troubles cognitifs, perte d'autonomie).

Objectifs EMG 2019 :

- Voir en totalité les patients venant des EPHAD et les chuteurs venant aux urgences pour faire le point gériatre
- Poursuivre la politique de communication sur les missions, former les équipes
- Continuer de développer les liens avec les partenaires de ville, les médecins traitants
- Développer des conventions avec les partenaires non médicaux
- Poursuivre les formations aux équipes sur les missions EMG afin de bien dissocier le travail de l'assistante sociale et définir le rôle de chacun
- Rencontrer les nouveaux médecins de médecine
- Poursuivre l'intégration de nouvelles structures hospitalières et de nouvelles EPHAD
- Améliorer l'évaluation gériatrique sur Sillage

➤ **Imagerie médicale**

Des nouvelles de prise en charge :

- ✓ Possibilité d'écho Doppler artériel et veineux en complément de la vacation d'angiologie
- ✓ En oncologie, augmentation des biopsies écho ou scanoguidées
- ✓ Infiltrations radio ou scanoguidées
- ✓ Saccoradiculographie et discographie pré-thérapeutique

Objectifs 2019 :

- Former le cadre à la suppléance PCR
- Remplacer la table télécommandée

- Renouveler les formations obligatoires « radio protection des patients » et « radioprotection des travailleurs »
- Mettre en place une plate forme de téléradiologie pour la permanence des soins
- Dématérialiser des forfaits techniques

➤ **CSAPA**

File active 543 dont 140 femmes
 Consultations médicales 1144 pour 1397 en 2017
 Entretiens IDE 2933 (-144)
 Consultations psychologue 765 (+ 135)
 Entretien assistante sociale 383(-804)

Objectifs 2019 :

- Développer la prévention de la prévention et la réduction des risques
- Collaborer avec les partenaires du département : Nautilia, GHH, éducation nationale, CCAS, ...
- Développer les liens CHI /CSAPA avec la création d'une ELSA
- L'écriture d'un projet de service pluridisciplinaire permettra de fédérer l'équipe, de formaliser une culture et des axes de prise en charge de l'utilisateur
- Développer le suivi ambulatoire à domicile et au CHI

➤ **Court séjour gériatrique**

Le nombre de séjour a augmenté de 15 %
 Le nombre de journées a augmenté de 8,6%et la DMS a diminué de 5,57 %

Objectifs 2019 :

- Maintenir une DMS à 10 jours
- Poursuivre la formation gériatrique du nouveau praticien arrivé en janvier 2019
- Affiner l'organisation du CSG autour de la préparation de la sortie (planification hebdomadaire, sorties fin de matinée)
- Poursuivre la culture de soins palliatifs auprès de l'équipe pluridisciplinaire
- Favoriser les entrées directes
- Réaliser un travail plus en lien avec l'HAD
- Etayer la filière gériatrique et renforcer le partenariat avec les urgences en associant le repérage de la personne fragilisée avec l'EMG et le gestionnaire de lits , avec les équipes du SSR gériatrique et avec le réseau ville /hôpital (SSIAD, SSAD, CLIC, MAIA)

➤ **Pharmacie**

Objectifs 2019 :

- Mettre en place la sérialisation
- Réaménager le local des dispositifs médicaux stériles (optimiser la gestion des stock)

➤ **Service diététique**

- ✓ L'activité hospitalière
 Consultations : 276 (stationnaire)
 97 premières consultations
 179 consultation de suivi
 32 non consultés
- ✓ Consultations externe chirurgie bariatrique :
 30 consultations 1^{er} RDV
 103 consultations 2^{èmes} RDV
 16 non consultés

RCP : 10

Objectifs 2019 :

- Harmoniser les pratiques
- Etendre l'utilisation de la feuille de surveillance alimentaire
- Poursuivre la prise en charge de la dénutrition
- Développer la prise en charge des patients en soins palliatifs en lien avec l'HAD
- Harmoniser la sortie du patient à l'aide de la fiche outil : alimentation:hôpital /domicile
- Développer l'utilisation de la fiche de liaison alimentation pour la sortie du patient
- Poursuivre le partenariat hôpital/clinique dans le cadre du parcours de la chirurgie de l'obésité
- Développer les activités diététiques dans les EPHAD

➤ **Qualité et sécurité des soins**

CREX : 17

RMM :0

EPP : 2 (démarche de soins , préparation à la sortie)

Audits internes feuille alimentaire

FEI : 252

Plaintes et réclamations : 23

Eloges:47

Consommation SHA : tableau des deux semestres

Services	Nbre de journées du 1er semestre (données à reprendre sur statistiques activités dans commun ou au bureau des admissions/ bloc/ imagerie)	Nbre de frictions recommandées par jour/par patient/par spécialité	Volume d'une friction au SHA en L	Objectifs annuels en L	Taux de conformité en % Rouge entre 0 et 80% Jaune entre 80 et 99% Vert entre 99 à 100 %
Médecine CSG	3564	10	0,003	107	37 %
Médecine 2 polyvalente	4762	10	0,003	143	76 %
Oncologie *	516	6	0,003	9	45 %
Médecine RDC	5071	10	0,003	152	44 %
Surveillance Continue	1090	28	0,003	92	51 %
Urgences + UHCD	10576	5	0,003	159	35 %
HAD	3977	6	0,003	72	61 %
Imagerie **	16971	2	0,003	102	11 %

Services	Nbre de journées du 2ème semestre (données à reprendre sur statistiques activités dans commun ou au bureau des admissions/ bloc/ imagerie)	Nbre de frictions recommandées par jour/par patient/par spécialité	Volume d'une friction au SHA en L	Objectifs annuels en L	Taux de conformité en % Rouge entre 0 et 80% Jaune entre 80 et 99% Vert entre 99 à 100 %	Semestre précédent
Médecine CSG	3577	10	0,003	107	39 %	37 %
Médecine 2 polyvalente	4792	10	0,003	144	57 %	76 %
Oncologie *	555	6	0,003	10	45 %	45 %
Médecine RDC	5072	10	0,003	152	32 %	44 %
Surveillance Continue	1053	28	0,003	88	38 %	51 %
Urgences + UHCD	10589	5	0,003	159	38 %	35 %
HAD	3973	6	0,003	72	47 %	61 %
Imagerie **	16847	2	0,003	101	11 %	11 %

➤ **Ressources humaines**

◆ Passage aux stages :

8 IDE

◆ CDI :

2 IDE

1 Assistante sociale

- Nombre de jours d'absences pôle Médical Aigu : 7 849 jours
- Nombre de jours d'absences Etablissement : 33 021 jours
- Nombre de jours de remplacement pôle Médical Aigu : 4 022 jours (2 747 jours par des CDD et 1275 jours par le pool de remplacement)

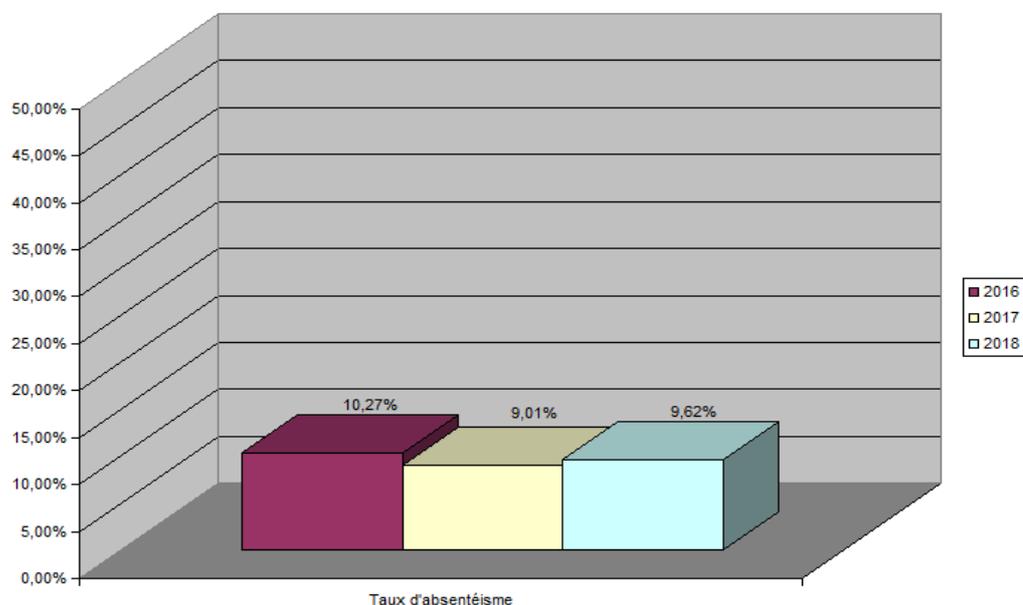
➤ **Taux de remplacement pôle Médical Aigu : 51,24% (35% par des CDD et 16,24% par le pool de remplacement)**

➤ **Formations**

- 83 agents partis en formation
- 16 formations, journées, congrès

Plan de lutte contre l'absentéisme : continuer à l'objectiver les causes et continuer une réflexion institutionnelle avec des plans d'action et de suivi

Pôle Médical Aigu



Pôle Médical Aigu



➤ Organisation de travail

- Les fiches métiers GPMC ont été formalisées pour toutes les IDE et les AS du pôle sauf pour l'HAD
Réunions du Chef de pôle avec le cadre de pôle une fois par mois
- Thèmes abordés : recrutement, suivi des objectifs d'activités
Réunions cadre du pôle avec les cadres du pôle : l'absentéisme, les compétences, la politique institutionnelle et les mises en œuvre des projets, les groupes de travail, l'avancée sur la certification
 - Revues de pôle
- Thèmes abordés : organisation du pôle, ressources allouées, état des activités du pôle, du codage et le suivi qualité

➤ Le pôle médical aigu a pour objectifs en 2019

- La mise en place de la filière AVC
- Poursuivre la mise en place du programme d'éducation thérapeutique anticoagulant
- La poursuite des plans d'actions URGENCES et HAD
- Suivi des indicateurs qualité et sécurité des soins (consommation SHA, questionnaires de satisfaction, les éléments indésirables, la traçabilité DPI, les indicateurs IPACSS)
- L'intensification de la démarche qualité et de la gestion des risques liés aux soins (CREX, RMM, EPP, déclaration EI, nombre AT, gestion des plaintes et réclamations)
- Améliorer les indicateurs de la qualité et sécurité des soins
- Poursuivre le programme de lutte contre les infections liées aux soins
- Promouvoir l'évaluation de la satisfaction des usagers
- Suivi des tableaux de bord

➤ Problématiques dominantes du pôle

- L'absentéisme entraîne une gestion chronophage au quotidien de l'encadrement au détriment des travaux de fond
- Il est à noter le respect de la politique de remplacement, une mutualisation des unités du pôle
- L'absence d'une filière complète en addictologie

Bilan du Pôle Gériatrie

❖ Bilan synthétique

RECETTES	EPRD 2018 + DM	réalisé à fin DECEMBRE 2017	réalisé à fin DECEMBRE 2018	réalisations 2018 en 12ème
TITRE 1	4 155 752	4 208 378	4 261 566	12,31
TITRE 2	517 743	528 458	562 406	13,04
TITRE 3	364 000	378 835	364 971	12,03
TOTAL GENERAL	5 037 495	5 115 671	5 188 943	12,36

DEPENSES	EPRD 2018 + DM	réalisé à fin DECEMBRE 2017	réalisé à fin DECEMBRE 2018	réalisations 2018 en 12ème
TITRE 1				
Personnel médical	497 223	507 659	472 760	11,41
Personnel non médical	2 934 754	2 951 808	2 919 226	11,94
TOTAL	3 431 977	3 459 467	3 391 986	11,86
TITRE 2	228 404	239 824	201 204	10,57
TITRE 3	77 017	75 774	79 617	12,41
TITRE 4	48 700	52 977	70 295	17,32
TOTAL GENERAL	3 786 098	3 828 042	3 743 101	11,86

CHARGES BRUTES DE PERSONNEL	EPRD 2018 + DM	réalisé à fin DECEMBRE 2017	réalisé à fin DECEMBRE 2018	réalisations 2018 en 12ème
Personnel non médical				
Titulaires / stagiaires	1 587 819	1 575 023	1 540 597	11,64
CDI	72 150	68 688	50 918	8,47
CDD	303 400	254 700	311 979	12,34

❖ Objectifs spécifiques et bilans

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU CONTRAT DE POLE GERIATRIE		
	Prévisionnel	Bilan
Déployer le projet médical 2015 – 2019 : Pôle Gériatrie	<p>-SSR - Développer la prise en charge gérontopsy : Unité Cognito Comportementale (UCC)</p> <p>-Développer le SSR post « Chirurgie gériatrique »</p> <p>-Développer le SSR onco-gériatrique (en lien avec le projet cancérologie)</p> <p>-Développer les consultations avec l'EMG</p>	<p>Convention avec une Unité Cognito Comportementale (UCC) dans le cadre du GHT en cours</p> <p>Liens non formalisés avec la Clinique</p> <p>Non réalisé dans les projets actuels</p> <p>Consultations mises en place en 2018 le jeudi après-midi.</p>
Financement du SSR 2018	<p>Multiples financements pour l'activité SSR : 90% DAF et 10% dotation modulée à l'activité (DMA)</p>	<p>2017 > DAF SSR = 3 636 155 € + AC SSR = 87 557 € + DMA SSR = 314 921 €. Soit un total de 4 038 633 €</p> <p>2018 > DAF SSR = 3 306 949 € + AC SSR = 89 764 € + DMA SSR = 425 253 €. Soit un total de 4 121 966 €</p>
Ecriture et mise en place du CPOM EHPAD	<p>Mise en place de différentes réunions de travail : différents projets sont prévus pour le secteur hébergement, notamment la reprise des soins par les IDE du CHI de Fécamp, le projet manger-main...</p>	<p>Ecriture faite, signature en cours</p>
Humanisation des EHPAD (chambres doubles) et projet PASA à la résidence des Moulins au Roy	<p>Suite à l'étude architecturale réalisée et présentée aux tutelles, réflexion pour réaliser les travaux et pour définir une nouvelle exploitation des EHPAD. Dans ce cadre, étude à mener en 2019/20 pour une éventuelle réalisation d'un PASA au Moulin au Roy</p>	<p>En attente CPOM et PMS</p>
Recrutement médicaux	<p>Prévoir le remplacement d'un départ à la retraite d'un Praticien attaché</p>	<p>Réorganisation équipe médicale pôle gériatrie Arrivée d'un praticien hospitalier du CSG</p>
Poursuivre le développement de l'HAD en EHPAD	<p>En collaboration avec le service d'HAD et le PMA, développement de la prise en charge HAD dans les quatre EHPAD. Augmenter le taux de prise en charge HAD actuel dans les quatre EHPAD Projet à rédiger avec le médecin coordonnateur de l'HAD</p>	<p>Bon fonctionnement des prises en charge en EHPAD par l'HAD Néanmoins attention sur l'arrêt prématuré des PEC quand l'HAD a des problèmes de personnel et/ou demandes (variable d'ajustement)</p>
Coopération avec l'EHPAD de Fauville en Caux : premières prises en charge de l'EMG	<p>Poursuite de la coopération médicale à raison de deux demi journées / semaine à l'EHPAD de Fauville. Développement du partenariat médical dans le cadre du projet gériatrique de territoire. Premières prises en charge à Fauville de l'équipe mobile de Gériatrie. 3 ou 4 prises en charge EMG à Fauville</p>	<p>Continuité du travail</p>
Poursuivre la structuration de la filière gériatrique (CPOM)	<p>Déployer les actions de l'EMG et de la télémédecine vers les EHPAD</p>	<p>Projet télémédecine non réalisé à ce jour L'EMG se développe vers des consultations à l'extérieur de l'établissement</p>

	Poursuivre le travail au sein de la MAIA	Retour du pilote MAIA. Travail à poursuivre
	Prévisionnel	Bilan
OBJECTIFS D'ACTIVITE DU POLE – EPRD 2018	USLD : 14 301 journées prévisionnelles EHPAD : 108 671 journées prévisionnelles AJ : 2 154 journées prévisionnelles	USLD : 14 454 journées EHPAD : 108 591 journées AJ : 2 154 journées

❖ Rapport d'activité

Rédigé par Mme SENOVILLE, Cadre de Pôle et validé par le Dr. VILLERS, Chef de Pôle

Objectif du Pôle Gériatrie

- Tendre vers un taux d'occupation de 100 % quel que soit le secteur d'activité.
- Poursuivre le plan d'action pour réduire l'absentéisme dans les secteurs

◆ PRÉSENTATION DU PÔLE GÉRIATRIE

Le Pôle Gériatrie du CHI est constitué des services suivants :

- Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) :
 - 60 lits répartis en deux unités avec deux activités, SSR polyvalent et gériatrique
- Unité de Soins de Longue Durée (USLD) :
 - 40 lits au Centre Yvon Lamour
- Secteur EHPAD
 - 80 lits au Centre de Gérontologie Yvon LAMOUR
 - 80 lits au Shamrock dont 14 lits UHR et 12 places d'accueil de jour et la Consultation Mémoire
 - 80 lits aux Moulins au Roy dont 1 unité protégée de 14 lits
 - 60 lits au Bois Martel dont 1 unité protégée de 14 lits et un PASA.

◆ ACTIVITÉ DU PÔLE GÉRIATRIE

Activité Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) – Budget H

	Entrées	Journées	DMS	Taux
2018	557	21187	38.04	96.79
2017	541	21323	39.41	97.37
2016	574	21543	37,53	98,10

Mode d'entrée en SSR

Entrées 2018	SSR 1	SSR 2
Depuis le domicile	13	24
Entrée directe depuis EHPAD		2
Mutation MCO du CHI	162	151
Transfert MCO hors CHI	158	92
Transfert SSR hors CHI	3	3
Transfert PSY hors CHI		
Urgences depuis dom. Ou EHPAD	1	1
TOTAL	337	273

Mode de sortie

Sorties 2018	SSR 1	SSR 2
Décès	13	14
Retour domicile	240	163
had	4	1
USLD	7	11
EHPAD	26	54
Médecine / Transfert chirurgie	45	26
Transfert vers PSY		
Total	335	269

	2017	2018
SSR Polyvalent	328/592	208/610
Age entrée >75 ans + DAS ≥ 3 – SSR Gériatrique	240/592	244/610
Age < 60 ans + durée séjour > 90	0/592	0/610
Diagnostic démence ou Alzheimer	85/592	79/610
Dépendance physique ≥ 12	364/592	331/610
Soins Palliatifs	6/592	4/610

En % de + de 75 ans

Taux de ré hospitalisation

2018	35/465
2017	33/457
2016	58/574
2015	48/639

CHI Fécamp SSR ≤ 15 jours

BILAN

Activité toujours satisfaisante dans les ssr avec une diminution de la DMS et une augmentation des séjours

Une attention particulière sur des séjours longs mais sans impact au final sur l'activité

◆ ACTIVITE EHPAD ET USLD

Entrées en EHPAD

Entrées en EHPAD	2018	2017	2016
USLD		30	37
C.G.Y.L.	29	21	28
Bois Martel	16	16	20
Shamrock	EHPAD 16 UHR 7	EHPAD 14 UHR 8	EHPAD 12 UHR 8
Moulins au Roy	28	44	24

BILAN

Activité toujours soutenue la gestion des chambres doubles est satisfaisante

◆ Activité Consultations Mémoire

	File Active	Nouveaux patients/an	MMS moyen
2018	335	141	19.83
2017	336	138	18.85
2016	359	150	18.54
2015	397	208	19,62

BILAN

Toujours une activité satisfaisante

◆ Activité Accueil de Jour

	Nombres de journées
2018	2305
2017	2154
2016	2081
2015	1893

BILAN

Activité satisfaisante

◆ RESSOURCES HUMAINES

➤ Passage au stage /titularisation

Stagiairisation :

• IDE	1
• AS	5
• AVS	2
TOTAL	8

Titularisation

• AS	8
• MM	2
TOTAL	10

CDI :

- Psychologue : 2

Absentéisme

- 2018

➤ Pôle Gériatrie 16 061 jours d'absence

Soit un taux d'absentéisme de 13.84 %

- 2017

➤ Pôle Gériatrie 15 455 jours d'absence

Soit un taux d'absentéisme de 13.72 %

- 2016

➤ Pôle Gériatrie 15 410 jours d'absence

Soit un taux d'absentéisme de 16.96 %

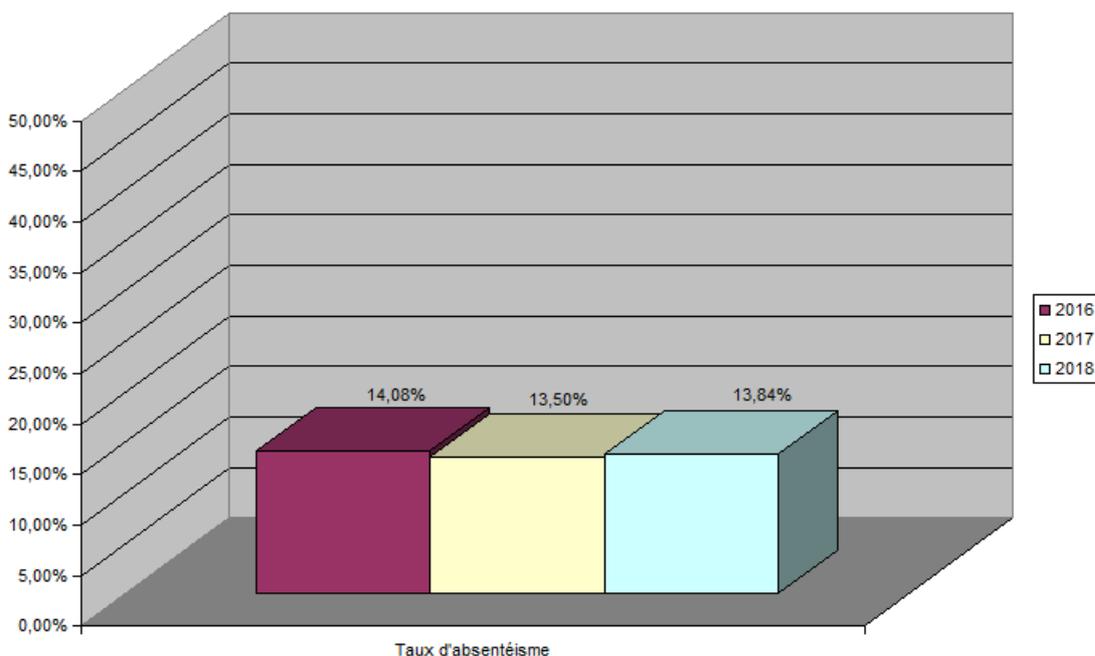
Nombre de jours de remplacements sur 2018 : 10 830 jours (9 943 jours remplacés par CDD et 887 jours par le pool)

Nombre de jours de remplacements sur 2017 : 10 829 jours (9 751 jours remplacés par CDD et 1 078 jours par le pool)

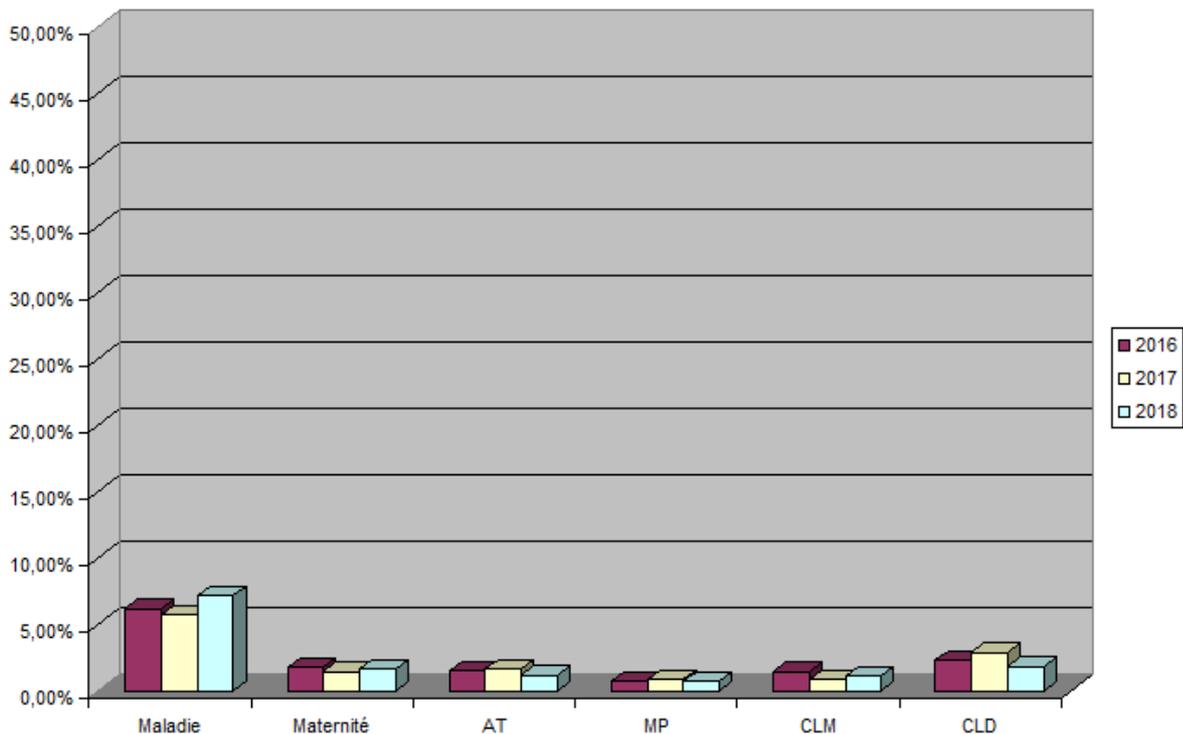
Taux de remplacement sur 2018 : 67.43% (61.91% par CDD et 5.52% par le pool)

Taux de remplacement sur 2017 : 70,07% (63,09% par CDD et 6,98% par le pool)

Pôle Gériatrie



Pôle Gériatrie



◆ FORMATION

- 186 personnes ont bénéficié de la formation continue en 2018
- 167 personnes ont bénéficié de la formation continue en 2017
- 160 personnes ont bénéficié de la formation continue en 2016
- 196 personnes ont bénéficié de la formation continue en 2015
- 340 personnes ont bénéficié de la formation continue en 2014

INTITULE DE FORMATION	Nb/ AGENTS
Dossier patient informatisé	29
9 ^{ème} rencontre hygiène et qualité des soins / Prévention des infections liées aux soins	27
Parcours métier AS/AMP	21
Parcours métier AVS/MM	24
Incendie / incendie EHPAD	15
Test de sélection EP aide soignante et IDE	12
Démarche CREX/ CREX en sécurisation de la prise en charge médicamenteuse et de la gestion des risques associés aux soins	10
AFGSU niveau 1 niveau 2 et remise à niveau 1 et 2	9
Pratique de la communication hypnotique- communication thérapeutique / Sensibilisation à l'hypnose	8
AGIRH planning	8
Stages interservices	7
Soins palliatifs / accompagnement en fin de vie/ 6 ^{ème} journée de formation en soins palliatifs	7
Prévention des risques liés à l'activité physique - PRAP	7
Troubles du comportement de la personne âgée hors démence	6
Prévenir l'épuisement professionnel / Prévention des RPS	6
Relation avec les familles	6
Parcours métier IDE	5
Alimentation et prévention de la dénutrition de la personne âgée	5
Geronto-psychiatrie	5
La bientraitance	5
La démarche du patient traceur dans le cadre de la certification HAS V2014/Le parcours du patient et les processus de prise en charge	5

Tutorat des étudiant AS	5
La toilette difficile auprès d'un résident ou patient en refus de soins	4
Soins par le toucher	4
La reconnaissance au travail	4
HACCP bonnes pratiques d'hygiène en restauration	4
Diplôme AS	4
Bionettoyage	4
L'EHPAD de demain retours d'expériences et perspectives	4
Gestion des conflits et communication dans une équipe de travail	3
Education thérapeutique du patient	3
Maitriser a grille AGGIR	3
Prise en charge médicamenteuse – règle des 5B	3
QVT au service de la qualité des soins	2
Tutorat des étudiants infirmiers	2
4ème journée annuelle des groupes éthiques clinique du territoire normand	2
Aromathérapie bon usage des huiles essentielles	2
14eme journée de l'abbaye : psychanalyse et périnatalité	1
Congrès Alzheimer	1
Congrès fragilité du sujet âgé	1
Diplôme cadre de santé	1
Remise à niveau positionnement	1
8èmes journées annuelles des équipes mobiles de gériatrie	1
Accompagnement des agents dans le maintien dans l'emploi et dans la seconde partie de carrière	1
Prévention et prise en charge des infections respiratoires aigües virales en collectivité de personnes âgées : gestion d'une épidémie de grippe	1

◆ PROJETS RÉALISÉS ET EN COURS

Réalisés :

- Reprise de la fonction médecin co des ehpad par les PH
- Validation coupe pathos et GIR par les tutelles :

	GMP	PMP
Moulins au roy	759	200
Cyl Ehpad	823	225
Shamrock	801	284
Bois martel	757	201

- Mesures correctives faites suite à l'inspection de L'UHR par l'ARS
- Certification V2014 pour USLD et SSR
- Négociation CPOM dans les EHPAD
- participation active aux filières identifiées dans le projet médial GHT AVC, Gériatrie, Soins palliatifs
- EMG : mise à disposition de temps médical à effectif constant cela contribue au développement de l'activité avec une ouverture vers « l'extra hospitalier »
- Participation aux réunions mensuelles du clic et maia

◆ Perspectives 2019

- Signature du CPOM avec mise en place des objectifs opérationnels en autre écriture d'un projet medico-social ehpad , reprise des soins par les ide des ehpad, mise en place du projet manger main, mise en place des CREX , préservation de l'autonomie avec création poste éducateur sportif APA , projet humanitude
- Pérenniser le programme ETP « mieux vivre ensemble avec une maladie de la mémoire »
- Ecriture d'un projet médico-social propre aux ehpad/usld 2020 2024
- Renouvellement activité srr
- Ecriture projet médico soignant 2020 2024 : projet hôpital de jour « chute » et « troubles cognitifs » ?, développer l'éducation thérapeutique en srr ?
- Réévaluer les modes dégradés sur srr et pasa en autre (impact sur pec et qualité des soins)

CHAPITRE 7 – LES INDICATEURS

Les Indicateurs Qualité

En V2014, la Haute Autorité de Santé a certifié l'établissement en niveau B.

Le rapport définitif de la Haute Autorité de Santé a fait état de 3 recommandations d'amélioration concernant :

- Le Management de la Prise en charge médicamenteuse du patient
- La Prise en charge des urgences et soins non programmés
- La Gestion du risque infectieux

La prochaine visite de certification sera programmée avec le GHT (V2020).

La démarche d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques a pu être évaluée à l'aide d'autres indicateurs tels que :

- Le recueil des indicateurs IPAQSS, e-Satis et BILANLIN
- Le suivi des déclarations d'évènements indésirables et la mise en œuvre des comités de retour d'expérience (CREX) et des revues morbi-mortalité (RMM)
- Le suivi des démarches d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)
- La mesure de la satisfaction des usagers et le nombre de personnels ayant bénéficié de formations spécifiques.

Ces indicateurs sont par ailleurs suivis par nos tutelles et sont conformes aux objectifs fixés entre autre dans le cadre du CPOM ou du CAQES.

Les indicateurs concernant la lutte contre les infections nosocomiales



Juin 2018
Campagnes 2016-2017
Source TBIN



5 indicateurs pour vous informer
sur la lutte contre les infections
nosocomiales

Nous vous présentons ici 5 indicateurs concernant la lutte contre les infections nosocomiales du tableau de bord national publié chaque année par le Ministère de la Santé. Il donne une vision globale de l'engagement des établissements de santé dans la lutte contre les infections nosocomiales. Les résultats sont représentés par des feux tricolores, avec une indication sur l'évolution par rapport à nos résultats antérieurs. Cette communication par voie d'affiche est mise à jour tous les ans et permet de montrer l'évolution des indicateurs. Légende : + ● ● ● -

ICALIN.2 (campagne 2016)

Cet indicateur évalue l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement, les moyens mobilisés et les actions mises en œuvre.

Classe A

● 88/100

ISCHA.3 (campagne 2017)

Cet indicateur est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains.

Classe C

● 61.1/100

ICATB.2 (campagne 2017)

Cet indicateur reflète le niveau d'engagement de l'établissement de santé dans une démarche visant à optimiser l'efficacité des traitements antibiotiques.

Classe A

● 93/100

ICA-BMR (campagne 2016)

Cet indicateur évalue l'organisation pour la maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes, les moyens et les actions mises en œuvre par l'établissement.

Classe A

● 100/100

ICA-LISO (campagne 2016)

Cet indicateur évalue l'organisation pour la prévention des infections du site opératoire en chirurgie ou en obstétrique, les moyens mobilisés et les actions mises en œuvre par l'établissement.

Classe A

● 100/100



Juin 2018
Campagne 2017
Source Scope Santé



5 indicateurs pour vous informer sur la qualité du dossier des patients hospitalisés

Nous vous présentons ici 5 indicateurs de qualité de la prise en charge issus d'une démarche d'amélioration de la qualité coordonnée par la Haute Autorité de Santé, ils montrent si les critères retenus (partage de l'information au cours d'une hospitalisation, communication avec le médecin traitant, mesure de la douleur, suivi du poids) ont bien été notés dans le dossier du patient. Les résultats sont représentés par des feux tricolores, avec une indication sur l'évolution par rapport à nos résultats antérieurs. Cette communication par voie d'affiche est mise à jour tous les ans et permet de montrer l'évolution de ces indicateurs. Légende : + ● ● ● -

TENUE DU DOSSIER PATIENT

Un dossier du patient bien tenu est un élément essentiel de la sécurité et de l'efficacité de votre prise en charge. Il contribue au partage de l'information entre les différents professionnels de santé intervenant à chaque étape de la prise en charge.

Classe A en SSR*
● 95/100

LETTRE DE LIAISON A LA SORTIE

Le courrier de fin d'hospitalisation est un élément de continuité des soins. Signé par le médecin qui vous a pris en charge. Il est adressé à votre médecin traitant. Il doit vous être remis à votre sortie de l'hôpital.

Classe C en MCO*
● 38/100

Classe C en SSR*
● 29/100

TRAÇABILITE DE L'EVALUATION DE LA DOULEUR

Pour soulager la douleur, il est indispensable qu'elle puisse être quantifiée et suivie. Cet indicateur montre que l'évaluation de la douleur (à l'aide d'une échelle spécifique et adaptée) a bien été consignée dans le dossier.

Classe A en MCO*
● 90/100

Classe A en SSR*
● 93/100

DEPISTAGE DES TROUBLES NUTRITIONNELS

Le suivi de votre poids est important pour adapter votre traitement. Cet indicateur montre que la surveillance du poids du patient a bien été inscrite dans le dossier.

Classe B en MCO*
● 80/100

Classe A en SSR*
● 98/100

TENUE DU DOSSIER ANESTHESIQUE

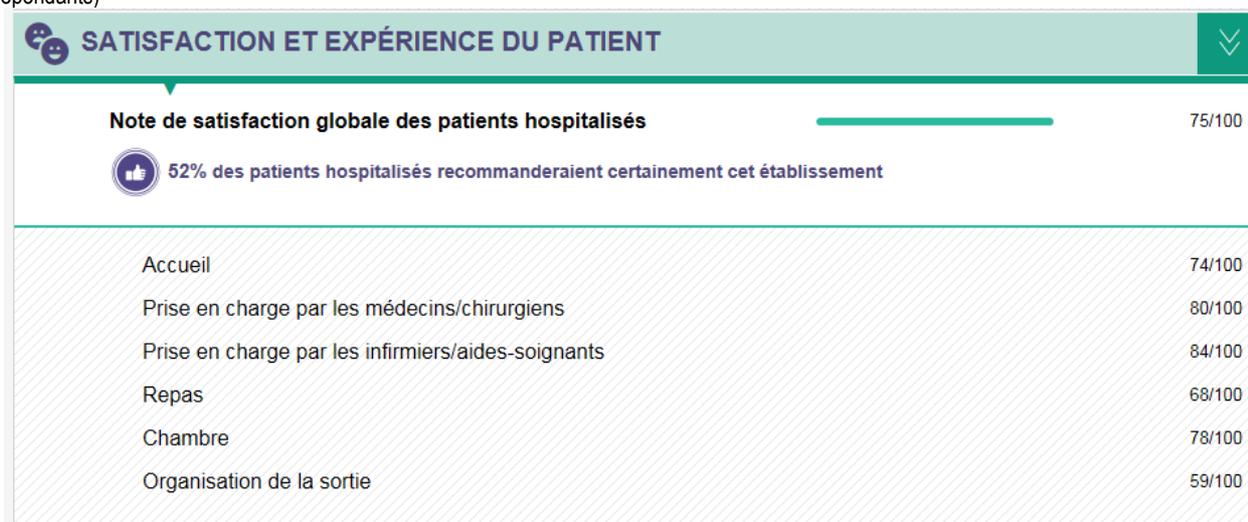
Un dossier du patient bien tenu est un élément essentiel de la sécurité et de l'efficacité de votre prise en charge. Il contribue au partage de l'information entre les différents professionnels de santé intervenant à chaque étape de la prise en charge.

Classe B
● 79/100

* MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique * SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

E-SATIS

(58 répondants)

**EVENEMENTS INDESIRABLES**⇒ [Présentation des FEI déclarées par pôle](#)

Sur le Pôle gériatrie :	288 FEI déclarées
Sur le Pôle Médical aigu :	276 FEI déclarées
Sur le Pôle mère / enfant :	150 FEI déclarées
Sur les services logistiques :	14 FEI déclarées
Sur les services techniques :	10 FEI déclarées
Sur les services administratifs :	25 FEI déclarées

⇒ [Présentation des FEI déclarées par catégorie d'EI](#)

On note une hausse des FEI sur les risques liés aux soins et une baisse depuis 2015 sur certaines catégories liées à la vie hospitalière.

Catégories d'évènements indésirables déclarés	2018		Tendance
	%	Quantité	Annuel
Risques liés aux soins		438	
A. Vigilances	15%	116	↗
B. Médicaments	14%	105	→
C. Autres risques liés aux soins	29%	217	↗
Vie Hospitalière		313	
D. Ressources Humaines	4%	32	→
E. Sécurité des biens et des personnes	5%	41	→
F. Environnement et équipement	9%	68	↗
G. Système d'information	3%	22	→
H. Linge	5%	39	↗
I. Restauration	7%	54	↗
J. Transport	3%	19	→
K. Magasin / Déchets / Hygiène des locaux	1%	7	□
L. Autres	5%	37	→
		757	

CREX

En 2018, 33 analyses de causes d'évènements indésirables ont été menées dans le cadre du CREX et 76 actions d'amélioration ont été définies par les groupes de travail. Le CREX est désormais déployé dans chaque service de soins du champ sanitaire.

CREX	2018	
	Nombre CREX	Nombre Actions
Service		
CSG	1	1
Médecine 2	3	9
Médecine RDC	5	10
Surveillance Continue	3	9
Urgences	4	12
Maternité	3	5
Pédiatrie	1	2
Bloc opératoire	4	11
SSR	1	2
USLD	5	9
HAD	3	6
Total	33	76

RMM

RMM	2018
Service	Nombre RMM
Anesthésie	2
Bloc opératoire	3
Oncologie	3
Urgences	0
Total	8

EPP

En 2018, de nouvelles démarches EPP institutionnelles sur l'établissement ont été définies :

- Préparation de la sortie du patient Ensemble des services de soins
- Filière AVC Urgences, Med RDC, SC, SSR
- Préparation des chimiothérapies Pharmacie, oncologie

Parmi les EPP poursuivies, on peut citer :

- Démarche de soins DPI Ensemble des services de soins
- Utilisation des transmissions ciblées Ensemble des services de soins
- Inquietest en Pédiatrie Pédiatrie
- Tenue du partogramme Maternité

SATISFACTION DES USAGERS

Nombre de questionnaires retournés par les patients ou leurs familles :

- Pour un total de 7 180 entrées, 966 questionnaires de satisfaction générale ont été retournés par les patients, soit 13.4 %, ce qui est un bon taux de retour : les patients sont très satisfaits à 65 % (en augmentation comparé à 2017) et satisfaits à 34 %
- 61 questionnaires ont été retournés par les patients pris en charge en HAD, sur 318 séjours - Soit un taux de retour à 19,18% : les patients sont satisfaits à 94 % (idem que 2017)
- Pour le service des Urgences, 121 questionnaires ont été remplis, 38% des patients étaient très satisfaits et 58% satisfaits.

Les résultats de l'analyse de ces questionnaires sont présentés et discutés en commission des usagers (CDU). Des axes d'amélioration sont proposés par les représentants des usagers et viennent alimenter le programme d'actions Qualité.

CONTENTIEUX – ELOGES – PLAINTES ET RECLAMATIONS

En 2018, la Cellule Qualité a recensé :

- 55 demandes d'accès au dossier patient (contre 48 en 2017)
- 80 éloges
- 38 plaintes et réclamations (légère hausse comparée à 2017)
- 4 médiations

GESTION DOCUMENTAIRE

1850 documents étaient applicables en 2018 dans la base documentaire ENNOV Doc. Un gros travail de mise à jour s'est poursuivi grâce à l'assistante Qualité. Un écart a été retenu par les Experts visiteurs concernant la masse de documents à actualiser. Un travail d'épuration est en cours avec les rédacteurs des documents.

BUDGET H 2018 – Recettes/Dépenses à fin décembre 2018

RECETTES	EPRD 2018 + DM	réalisé à fin DECEMBRE 2017	réalisé à fin DECEMBRE 2018	réalisations 2018 en 12ème
TITRE 1	33 320 938	32 399 783	33 559 535	12,09
TITRE 2	3 655 800	3 484 615	3 472 104	11,40
TITRE 3	8 802 521	9 201 469	10 144 563	13,83
TOTAL GENERAL	45 779 259	45 085 868	47 176 202	12,37

DEPENSES	EPRD 2018 + DM	réalisé à fin DECEMBRE 2017	réalisé à fin DECEMBRE 2018	réalisations 2018 en 12ème
TITRE 1				
Personnel médical	7 378 432	7 305 124	7 443 359	12,11
Personnel non médical	24 291 194	24 046 258	24 642 449	12,17
TOTAL	31 669 626	31 351 382	32 085 808	12,16
TITRE 2	5 288 374	5 678 563	5 632 673	12,78
TITRE 3	4 817 247	4 575 892	5 007 550	12,47
TITRE 4	4 544 838	4 567 467	5 136 664	13,56
TOTAL GENERAL	46 320 085	46 173 304	47 862 695	12,40

RESULTAT COMPTABLE	Recettes	Dépenses	DEFICIT
	à fin DECEMBRE 2018	à fin DECEMBRE 2018	à fin DECEMBRE 2018
	47 176 202 €	47 862 695 €	-686 493 €

SUIVI DE TRESORERIE DU H ET DE SES ANNEXES - Solde du compte 515

Solde début de période au 01/01/2018	5 302 340€
Solde fin de période au 31/12/2018	4 114 165€

INVESTISSEMENT 2018

Investissement prévu	1 499 851€
Investissement réalisé	1 465 058€

EHPAD – Recettes/Dépenses à fin décembre 2018

RECETTES	EPRD 2018 + DM	réalisé à fin DECEMBRE 2017	réalisé à fin DECEMBRE 2018	réalisations 2018 en 12ème
TITRE 1	5 121 407	5 122 391	5 142 456	12,05
TITRE 2	1 817 958	1 739 162	1 871 590	12,35
TITRE 3	6 109 355	6 149 847	6 136 135	12,05
TITRE 4	813 750	1 858 492	1 332 821	19,65
TOTAL GENERAL	13 862 469	14 869 891	14 483 002	12,54

DEPENSES	EPRD 2018 + DM	réalisé à fin DECEMBRE 2017	réalisé à fin DECEMBRE 2018	réalisations 2018 en 12ème
TITRE 1				
Personnel médical	213 755	203 567	205 528	11,54
Personnel non médical	8 685 383	8 633 329	8 935 990	12,35
TOTAL	8 899 138	8 836 896	9 141 518	12,33
TITRE 2	436 475	566 424	660 124	18,15
TITRE 3	3 056 655	3 006 234	2 922 694	11,47
TITRE 4	1 470 202	1 612 737	1 495 077	12,20
TOTAL GENERAL	13 862 469	14 022 290	14 219 413	12,31

USLD - Recettes/Dépenses à fin décembre 2018

RECETTES	EPRD 2018 + DM	réalisé à fin DECEMBRE 2017	réalisé à fin DECEMBRE 2018	réalisations 2018 en 12ème
TITRE 1	1 242 799	1 246 844	1 242 799	12,00
TITRE 2	324 208	305 431	326 857	12,10
TITRE 3	800 488	807 791	819 802	12,29
TITRE 4	58 113	76 873	150 348	31,05
TOTAL GENERAL	2 425 608	2 436 938	2 539 805	12,56

DEPENSES	EPRD 2018 + DM	réalisé à fin DECEMBRE 2017	réalisé à fin DECEMBRE 2018	réalisations 2018 en 12ème
TITRE 1				
Personnel médical	115 724	98 864	114 931	11,92
Personnel non médical	1 633 317	1 596 826	1 691 530	12,43
TOTAL	1 749 041	1 695 690	1 806 461	12,39
TITRE 2	128 109	148 460	150 527	14,10
TITRE 3	361 132	344 627	342 612	11,38
TITRE 4	187 326	165 276	162 783	10,43
TOTAL GENERAL	2 425 608	2 354 054	2 462 382	12,18

ACCUEIL DE JOUR – Recettes/Dépenses à fin décembre 2018

RECETTES	EPRD 2018 + DM	réalisé à fin DECEMBRE 2017	réalisé à fin DECEMBRE 2018	réalisations 2018 en 12ème
TITRE 1	134 023	133 092	134 023	12,00
TITRE 2	24 793	9 784	0	0,00
TITRE 3	40 934	61 009	78 136	22,91
TITRE 4	41 900	44 307	62 876	18,01
TOTAL GENERAL	241 650	248 191	275 035	13,66

DEPENSES	EPRD 2018 + DM	réalisé à fin DECEMBRE 2017	réalisé à fin DECEMBRE 2018	réalisations 2018 en 12ème
TITRE 1				
Personnel médical	0	0	0	
Personnel non médical	168 627	168 203	193 416	13,76
TOTAL	168 627	168 203	193 416	13,76
TITRE 2	0	0	42	#DIV/0!
TITRE 3	72 821	70 772	69 682	11,48
TITRE 4	202	435	236	13,97
TOTAL GENERAL	241 650	239 410	263 375	13,08

CSAPA - Recettes/Dépenses à fin décembre 2018

RECETTES	EPRD 2018 + DM	réalisé à fin DECEMBRE 2017	réalisé à fin DECEMBRE 2018	réalisations 2018 en 12ème
TITRE 1	407 509	404 275	407 509	12,00
TITRE 2	0	1 407	11 972	#DIV/0!
TITRE 3	4 510	20 815	1 238	3,29
TOTAL GENERAL	412 019	426 497	420 719	12,25

DEPENSES	EPRD 2018 + DM	réalisé à fin DECEMBRE 2017	réalisé à fin DECEMBRE 2018	réalisations 2018 en 12ème
TITRE 1				
Personnel médical	88 223	87 433	61 311	8,34
Personnel non médical	265 573	254 030	252 568	11,41
TOTAL	353 796	341 463	313 878	10,65
TITRE 2	35 420	35 721	34 714	11,76
TITRE 3	22 804	36 926	26 370	13,88
TOTAL GENERAL	412 019	414 110	374 961	10,92

IFPS - Recettes/Dépenses à fin décembre 2018

RECETTES	EPRD 2018 + DM	réalisé à fin DECEMBRE 2017	réalisé à fin DECEMBRE 2018	réalisations 2018 en 12ème
TITRE 1	1 305 224	1 353 363	1 383 684	12,72
TITRE 2	91 686	115 843	168 289	22,03
TOTAL GENERAL	1 396 910	1 469 206	1 551 972	13,33

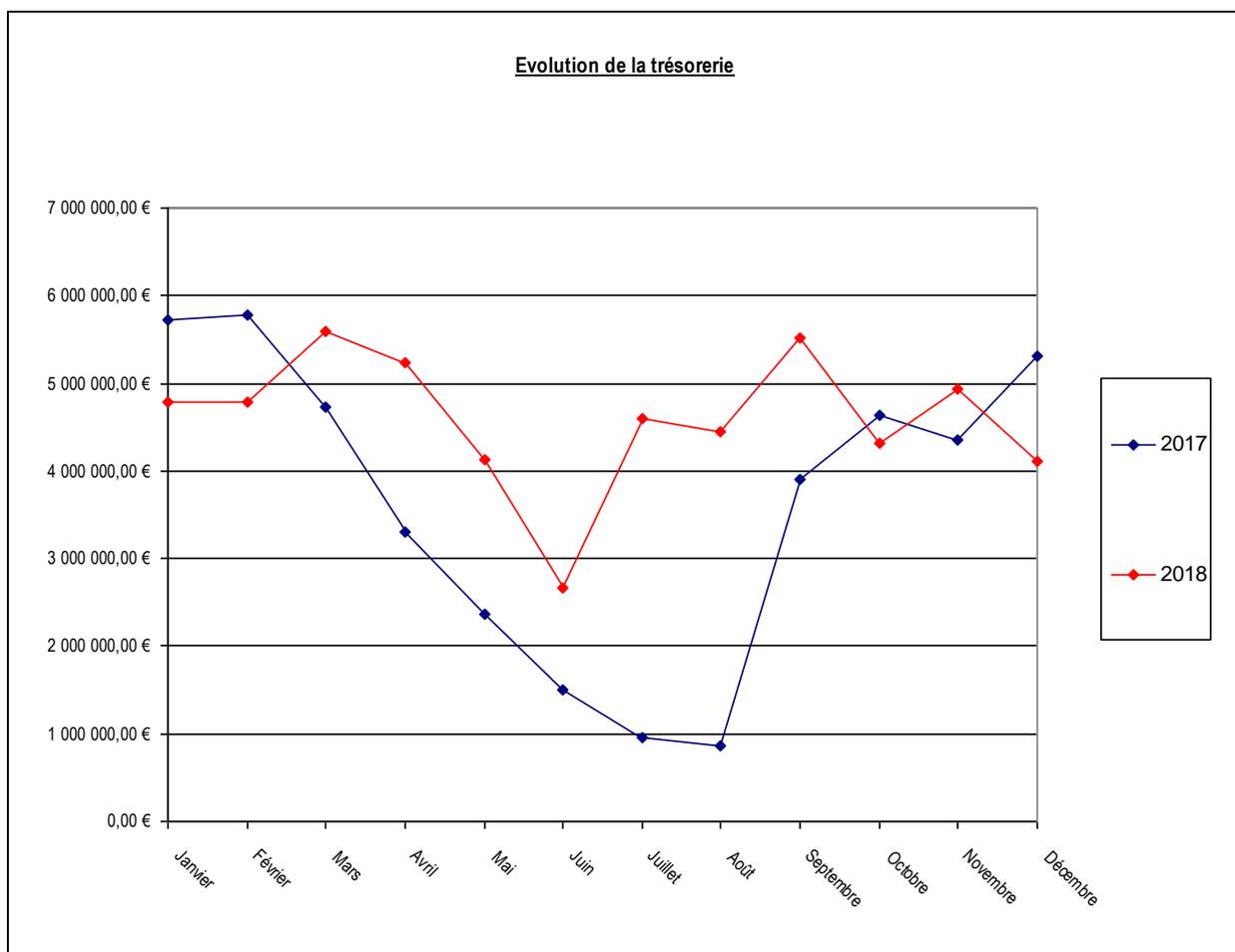
DEPENSES	EPRD 2018 + DM	réalisé à fin DECEMBRE 2017	réalisé à fin DECEMBRE 2018	réalisations 2018 en 12ème
TITRE 1				
Personnel médical	10 895	2 494	1 912	2,11
Personnel non médical	1 121 972	1 095 145	1 148 621	12,29
TOTAL	1 132 867	1 097 639	1 150 533	12,19
TITRE 2	264 043	246 885	223 623	10,16
TOTAL GENERAL	1 396 910	1 344 524	1 374 156	11,80

RÉSULTATS RETRAITÉS

RESULTATS 2017		RESULTATS 2018	
Résultat comptable BUDGET H	-1 087 435,82	Résultat comptable BUDGET H	-686 493,43
Résultat comptable USLD	82 883,97	Résultat comptable USLD	77 423,33
Résultat comptable EHPAD	847 601,14	Résultat comptable EHPAD	263 588,97
Résultat comptable Accueil de jour	8 781,14	Résultat comptable Accueil de jour	11 659,58
Résultat comptable IFPS	124 681,90	Résultat comptable IFPS	177 816,26
Résultat comptable CSAPA	12 387,29	Résultat comptable CSAPA	45 757,91
RESULTAT COMPTABLE CONSOLIDE	-11 100,38	RESULTAT COMPTABLE CONSOLIDE	-110 247,38
RESULTAT RETRAITE CONSOLIDE	-1 237 016,06	RESULTAT RETRAITE CONSOLIDE	-1 169 330,88

TRESORERIE

2017		2018	
Mois	Solde 515	Mois	Solde 515
Janvier	5 722 003,48 €	Janvier	4 782 639,05 €
Février	5 789 331,46 €	Février	4 778 007,56 €
Mars	4 735 448,64 €	Mars	5 593 977,76 €
Avril	3 295 337,02 €	Avril	5 239 120,11 €
Mai	2 363 568,60 €	Mai	4 121 521,08 €
Juin	1 492 759,30 €	Juin	2 659 369,36 €
Juillet	952 864,16 €	Juillet	4 594 170,92 €
Août	861 877,63 €	Août	4 444 405,73 €
Septembre	3 898 414,56 €	Septembre	5 513 621,47 €
Octobre	4 638 920,43 €	Octobre	4 317 035,53 €
Novembre	4 362 525,17 €	Novembre	4 926 454,36 €
Décembre	5 302 340,31 €	Décembre	4 114 165,01 €
TOTAL	43 415 390,76 €	TOTAL	55 084 487,94 €



Synthèse de la dette au 31/12/2018

Capital restant dû (CRD)	Taux moyen (ExEx, Annuel)	Durée de vie résiduelle	Durée de vie moyenne	Nombre d'emprunts
37 649 254€	3,66%	16 ans et 8 mois	8 ans et 5 mois	16

VALORISATION T2A 2017/2018

	2017	2018	Ecart 2017/2018
GHS	16 257 693,97	16 970 292,80	712 598,83
GHS HAD	1 443 799,48	1 762 258,95	318 459,47
IVG	49 731,50	44 236,20	-5 495,30
DMI	4 687,21	13 738,64	9 051,43
ACE	2 072 475,65	2 230 148,31	157 672,66
ATU	364 264,50	401 974,42	37 709,92
SE	4 775,75	3 610,04	-1 165,71
Molécules onéreuses	526 585,71	383 878,36	-142 707,35
Transports	0,00	13 076,30	13 076,30
TOTAL	20 724 013,77	21 823 214,02	1 099 200,25

Les indicateurs Ressources Humaines

En 2018, La Direction des Ressources Humaines a participé aux projets institutionnels sur les dossiers :

- de la certification sur le versant RH
- de la Promotion de la Qualité de Vie au Travail
- de la réactualisation du Document Unique
- du CLACT auprès de l'ARS
- du CICE
- du GHT RH

Indicateurs :

32 titularisations

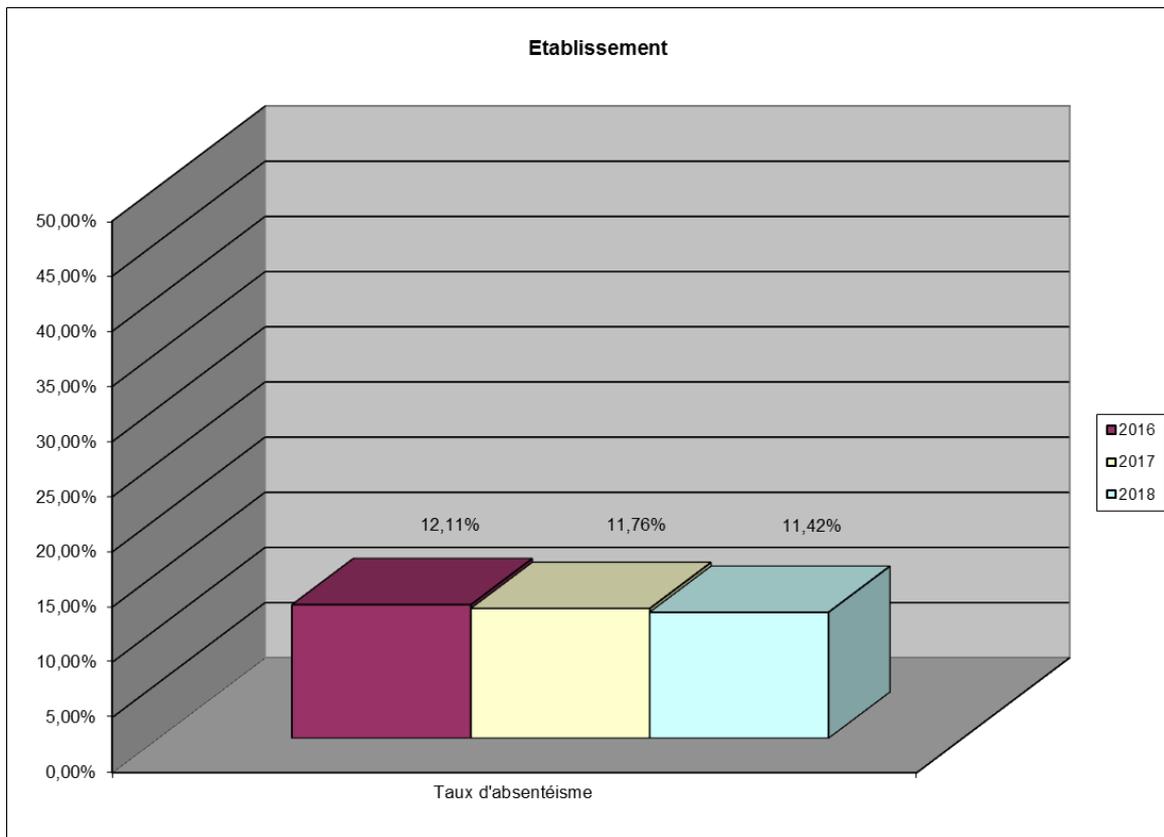
30 Stagiairisations dont :

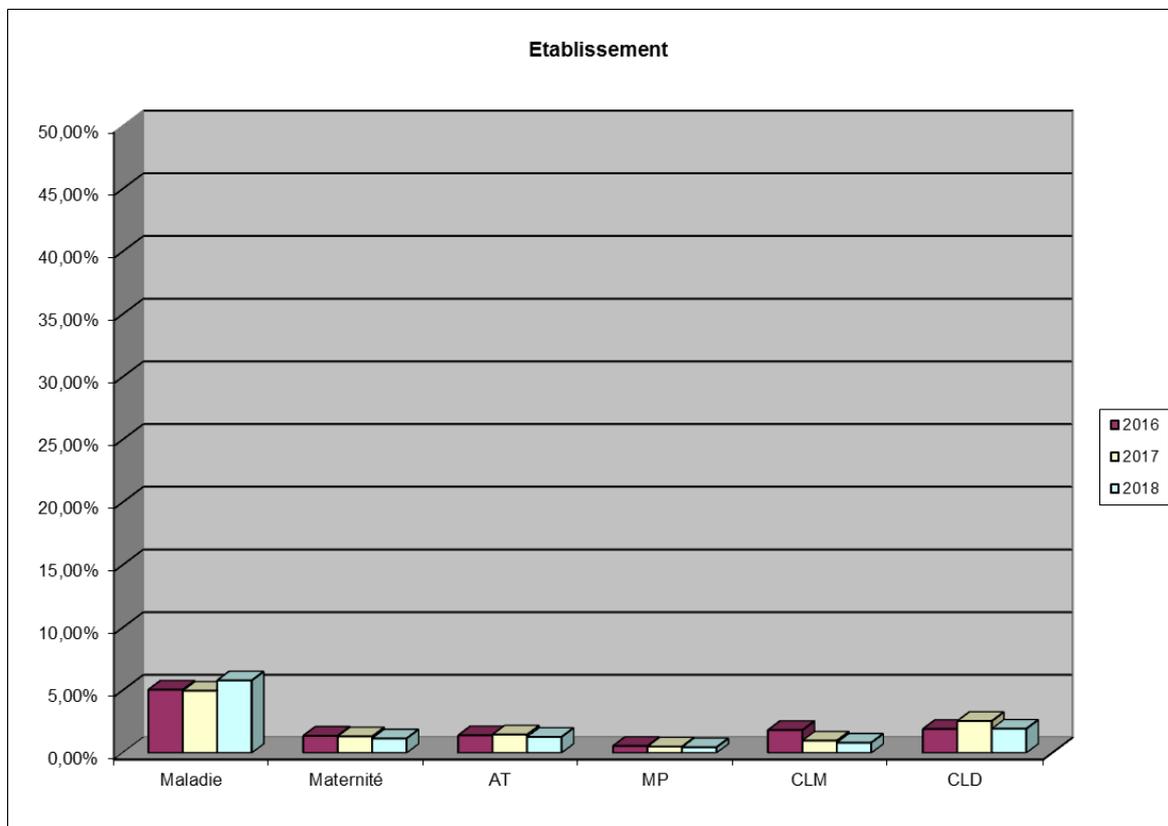
- 2 Sages-femmes (sur le pôle Mère Enfant)
- 10 IDE (dont 8 sur le pôle Médical Aigu, 1 sur le Pôle Gériatrie et 1 sur le pool de remplacement)
- 10 AS (dont 5 sur le pôle Gériatrie et 5 sur le pool de remplacement)
- 2 AVS (sur le pôle Gériatrie)
- 3 OP (sur le pôle administratif, logistique et technique)
- 3 AEQ (sur le pôle administratif, logistique et technique)

9 CDI signés en 2018 :

- 3 IDE (2 sur le pôle médical aigu et 1 sur le pôle Mère Enfant)
- 1 AS (sur le pool de remplacement)
- 1 Assistante sociale (sur le pôle Médical Aigu)
- 2 psychologues (sur le pôle gériatrie)
- 1 OP (sur le pôle administratif, logistique et technique)
- 1 Adjoint administratif (sur le pôle administratif, logistique et technique)

Absentéisme PNM :





Le taux d'absentéisme a diminué de 0.34 point, passant de 11.76% en 2017 à 11.42% en 2018 (+0.83 point pour la maladie, -0.16 point pour la maternité, -0.19 point pour les AT, -0.06 point pour les maladies professionnelles, -0.16 point pour les CLM et -0.62 point pour les CLD)

Conseil de Surveillance

Présidente : Madame Marie-Agnès POUSSIER-WINSBACK

Missions

Conformément à l'article L6143-1 du Code de la Santé Publique, le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Il délibère sur :

- Le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 ;
- La convention constitutive des centres hospitaliers universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;
- Le compte financier et l'affectation des résultats ;
- Toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un centre hospitalier universitaire est partie prenante ainsi que tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
- Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur ;
- Toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;
- Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement.

Il donne son avis sur :

- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat mentionnés aux articles L. 6148-2 et L.3148-3 ;
- Le règlement intérieur de l'établissement.

Le conseil de surveillance communique au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion de l'établissement.

A tout moment, le conseil de surveillance opère les vérifications qu'il juge opportunes et peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification en application de l'article L. 6145-16, le conseil de surveillance nomme, le cas échéant, le commissaire aux comptes.

Le conseil de surveillance entend le Directeur sur l'Etat des Prévisions de Recettes et de Dépenses ainsi que sur le programme d'investissement.

Dates des réunions

- 23 01 2018
- 29 06 2018
- 19 10 2018
- 21 12 2018

POINTS ESSENTIELS TRAITES

Direction Générale

- Organisation de la direction des soins à partir du 1er mars 2018
- Lettre d'information du GHT
- Avenant n°3 à la convention constitutive du GHT suite à l'adoption du règlement intérieur
- Conventions de mise à disposition et délégation de signature dans le cadre de la fonction achat du GHT
- Point sur l'installation de l'IRM
- Projet de convention d'occupation du domaine public avec les services du Département de la Seine Maritime concernant le bâtiment de la rue Henri Dunant
- Projet concernant la fonction DIM dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire
- Rapport d'activité 2017
- Présentation du rapport de la Chambre Régionale des Comptes
- Occupation des locaux du rez-de-chaussée du CSAPA
- Ouverture de l'IRM
- Présentation de l'organigramme
- Projet d'établissement
- Inauguration de l'IRM
- Retour sur le conseil stratégique hôpital clinique du 04 décembre 2018
- Mise à disposition des locaux pour le CEGIDD
- GHT : convention multi sites des urgentistes

Direction des Affaires Financières et de la contractualisation interne

- EPRD 2018 du budget H
- Calendrier du CPOM EHPAD 2019 – 2023
- Point de situation activité / recettes / dépenses
- Tarifs USLD EHPAD Accueil de jour
- Compte financier 2017
- Affectation des résultats 2017
- Décision Modificative n°1-2018
- Décision modificative n°2-2018
- EPRD 2019 des budgets annexes
- EPRD 2019 du budget H
- Plan d'investissement 2019
- Tarifs 2019

Direction des Ressources Humaines

- Prix de l'ADH
- Composition des Commissions Administratives Paritaires Locales
- Bilan social 2017
- Accueil des internes : lien ville-hôpital
- Retour des résultats des élections professionnelles

Direction des soins et de la Qualité

- Projet des usagers
- Nouvelle composition de la Commission Des Usagers
- Démarche de certification
- Politique Qualité – Gestion des risques
- Point suite à la visite de certification
- Retour rapport de certification
- Bilan annuel de la Commission des Usagers

Missions

Conformément au décret 2009-1765 du 30 décembre 2009 relatif au Directeur et au Directoire des Établissements Publics de Santé, après concertation avec le Directoire, le Directeur :

- Conclut le contrat pluriannuel mentionné à l'article [L. 6114-1](#) ;
- Décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;
- Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;
- Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article [L. 6145-1](#), le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article [L. 174-3](#) du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;
- Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;
- Arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité en application de l'article [L. 6146-1](#) ;
- Peut proposer au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre Ier de la présente partie ou des réseaux mentionnés à l'article [L. 6321-1](#) ;
- Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;
- Conclut les baux emphytéotiques en application de l'article [L. 6148-2](#), les contrats de partenariat en application de l'article 19 de l'ordonnance [n° 2004-559](#) du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat et les conventions de location en application de l'article L. 6148-3 ;
- Soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ;
- Conclut les délégations de service public mentionnées à l'article 38 de la loi [n° 93-122](#) du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques ;
- Arrête le règlement intérieur de l'établissement ;
- A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ;
- Présente à l'agence régionale de santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article [L. 6143-3](#) ;
- Arrête le Plan Blanc de l'établissement mentionné à l'article L. 3131-7.

Dates des réunions

- 23 01 2018
- 22 02 2018
- 22 03 2018
- 28 06 2018
- 17 07 2018
- 13 09 2018
- 18 10 2018
- 15 11 2018
- 20 12 2018

Direction Générale

- Retour sur la réunion de la CSOS concernant le dossier de demande d'autorisation pour l'installation de l'IRM
- Plan d'actions de la soirée médicale du 17 octobre
- Renouvellement autorisation HAD et USLD
- Projet de développement de la communication interne et externe
- Projet d'ouverture d'une Unité d'Hospitalisation Post Urgence
- Organisation des urgences au 1er février 2018
- Courrier de l'ARS concernant l'EPRD 2018
- Activité de l'HAD :
- élaboration avec les EHPAD
- dressage par les services de médecine
- Lettre d'information du GHT n°3
- Retour sur la soirée « activité attractivité » du 15 février 2018
- Projet de location des locaux du rez-de-chaussée du CSAPA
- Avenant n°3 à la convention constitutive du GHT suite à l'adoption du règlement intérieur
- Conventions de mise à disposition et délégations de signature dans le cadre de la fonction achats du GHT
- Installation de l'IRM
- Projet de convention d'occupation du domaine public avec les services du Département de la Seine Maritime (UTAS) concernant le bâtiment de la rue Henri Dunant
- Point sur les mesures d'urgence à prendre au SAU
- Adhésion au Réseau Onco-Normand
- Appel à cotisation du réseau périnatalité
- Organisation de la soirée médicale du 20 juin 2018
- Départ de M. HERAUD
- Rapport de la CRC
- Calendrier d'élaboration du Projet d'Etablissement et projet médical 2020 / 2024
- Pilotage du Plan Blanc
- Actualisation de la décision de composition suite au départ de M.HERAUD
- Ouverture de l'IRM
- Projet d'établissement 2020-2024
- Inauguration de l'IRM
- Présentation de l'organigramme
- Renouvellement des chefferies de pôle
- Retour sur le conseil stratégique hôpital clinique du 04 décembre 2018
- Mise à disposition des locaux pour le CEGIDD
- Référents radicalisation
- Demande de subvention de l'Association d'Hôpital de Fécamp d'Hier et d'Aujourd'hui

Direction des Affaires Financières et de la contractualisation interne

- Suivi d'activité des pôles et contractualisation interne
- Demande de subvention de l'USCHF
- EPRD 2018 V2
- Point d'étape sur l'activité et les finances du premier quadrimestre 2018
- Demande de subvention de l'Association pour le Bien-être des Personnes Agées (ABEPA)
- Point de situation Activité / Recettes / Dépenses
- Compte financier 2017
- Affectation des résultats 2017
- Décision Modificative n°1-2018
- Tarifs USLD EHPAD Accueil de Jour depuis le 1er juin 2018
- Calendrier CPOM EHPAD 2019 – 2023
- CPOM EHPAD 2019 – 2023
- Point concernant les prescriptions de transport
- Décision modificative n°2-2018
- EPRD 2019 des budgets annexes
- EPRD 2019 du budget H
- Tarifs 2019
- Plan d'investissement 2019

Direction des Ressources Humaines

- Publication des vacances de poste de PH pour le 1er tour de recrutement 2018
- Vacances de poste d'internes pour le semestre de mai à octobre 2018
- Prix de l'ADH
- Ouverture des postes de FFI pour la période estivale 2018
- Point QVT
- Point sur les recrutements médicaux
- Bilan social 2017
- Renouvellement chefferies de pôle : échancier
- Ordonnances de sortie
- Convention urgences GHT
- Appel à projet ARS concernant la QVT
- Publication des vacances de postes de PH 2ème tour de recrutement
- Affectation des internes – semestre de novembre à mai
- Liste des spécialités éligibles à la PECH
- Frais de déplacement des internes
- Marché d'intérim médical et paramédical dans le cadre du GHT
- Plan de formation 2019 (PM + PNM)
- Retour des résultats des élections professionnelles

Direction des soins et de la Qualité

- Composition et fonctionnement du comité éthique
- Convention cadre de coopération avec le Foyer d'Accueil Médicalisé du Bercail Saint Denis
- Demande du SESSAD de Cany Barville pour la mise en place de conventions concernant :
 - Plan Blanc/Plan Bleu
 - Travail avec l'équipe mobile d'Hygiène
 - Partenariat avec les services de maternité et gynécologie
- Présentation du Projet des Usagers
- Démarche de certification
- Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiencia des Soins : profil PHEV
- Recueil des IPAQSS
- Rapport d'activité 2017
- Convention CNAM / CPAM / CHI : PRADO Maternité et insuffisance cardiaque
- GHT : DIM de territoire et DIM de CHI
- Appel à projet Repérage précoce des besoins en soins palliatifs
- Proposition de réaliser un audit concernant l'HAD
- Point suite à la visite de certification
- Point HAD : convention
- Point CSAPA
- Point qualité
- Retour rapport de certification
- Organisation du CSAPA
- Point mobilité des cadres
- EPP Sortie

Président Monsieur le Docteur Jacques ALBISETTI

Missions

La commission médicale d'établissement est consultée sur des matières sur lesquelles le comité technique d'établissement est également consulté ; ces matières sont les suivantes :

Les projets de délibération mentionnés à l'article [L. 6143-1](#)

Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel

Le plan de redressement mentionné à l'article [L. 6143-3](#)

L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article [L. 6143-7](#)

Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants

La gestion prévisionnelle des emplois et compétences.

La commission médicale d'établissement est également consultée sur les matières suivantes :

Le projet médical de l'établissement

La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement ;

La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement ;

La politique de formation des étudiants et internes ;

La politique de recrutement des emplois médicaux ;

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;

Les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement ;

Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;

Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social ;

Le règlement intérieur de l'établissement ;

Le programme d'investissement concernant les équipements médicaux

La commission médicale d'établissement est informée sur les matières suivantes :

Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement ;

Les contrats de pôles ;

Le bilan annuel des tableaux de service ;

Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

La programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

La commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne :

La gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement ;

Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;

La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;

La prise en charge de la douleur ;

Le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique.

La commission médicale d'établissement propose au directeur le programme d'actions mentionné à [l'article L. 6144-1](#). Ce programme prend en compte le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables, notamment ceux mentionnés à l'article [L. 6111-2](#). Il comprend les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certification et mettre en œuvre les objectifs et les engagements fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement en matière de sécurité des soins et d'amélioration continue de la qualité. Ce programme est assorti d'indicateurs de suivi. La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques contribuent à l'élaboration de ce programme d'actions.

La Commission médicale d'établissement élabore un rapport annuel présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi.

Le directeur tient le programme d'actions et le rapport annuel à la disposition du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

Dates des réunions

- 20 03 2018
- 26 06 2018
- 16 10 2018
- 18 12 2018

POINTS ESSENTIELS

Direction Générale

- Signature du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiencia des Soins par la CPAM, l'ARS et le CHI
- Installation de l'IRM
- Avenant n°3 à la convention constitutive du GHT suite à l'adoption du règlement intérieur
- Conventions de mise à disposition et délégations de signature dans le cadre de la fonction achats du GHT
- Projet de convention d'occupation du domaine public avec les services du Département de la Seine Maritime (UTAS) concernant le bâtiment de la rue Henri Dunant
- Convention Donneur d'organes entre le CHI et le GHH
- Rapport d'activité 2017
- Convention CNAM / CPAM / CHI : PRADO maternité et Insuffisance cardiaque
- Appel à projet Repérage précoce des besoins en soins palliatifs
- Lettre d'information du GHT
- Ouverture de l'IRM
- Projet d'Etablissement : Projet Médical 2020-2024
- Présentation de l'organigramme
- Découpage de l'établissement en pôles
- Inauguration de l'IRM
- Retour sur le rapport de la CRC
- Fonction DIM
- GHT : Convention multi sites des urgentistes
- Mise à disposition des locaux pour le CEGIDD
- Référents radicalisation
- Fiche de mission : Responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse

Direction des Affaires Financières et de la contractualisation interne

- EPRD 2018 du budget H
- Point de situation activité / recettes / dépenses
- Décision modificative n°2-2018
- EPRD 2019 des budgets annexes
- EPRD 2019 du budget H
- Tarifs 2019
- Article 80 loi LFSS
- Plan d'investissement 2019

Direction des Ressources Humaines / Affaires Médicales

- Bilan social 2017
- Point d'information sur la démarche QVT
- Point sur les recrutements médicaux
- Publication des vacances de postes de PH 2ème tour de recrutement
- Affectation des internes semestre de novembre à mai
- Liste des spécialités éligibles à la PECH
- Projet pédagogique des internes
- Retour sur la COPS du 11 septembre 2018
- Marché d'intérim médical et paramédical dans le cadre du GHT
- Logiciel de GTT médical
- Plan de formation 2019 (PM + PNM)
- Retour des résultats des élections professionnelles
- Projet Hôpital sans tabac

Direction des Soins et de la Qualité

- Démarche de certification / Compte Qualité Management de la Qualité et de la gestion des risques
- Gestion du risque infectieux
- Dossier patient
- Parcours patient
- HAD
- Présentation du PAQSS
- Tableau de bord des EPP
- Bilan 2017 FEI (tableau de bord) + CREX
- Bilan 2017 questionnaire de satisfaction + e-satis
- Recueil IPAQSS 2018
- Validation du règlement de fonctionnement du comité Ethique
- Point sur la lettre de liaison
- Rapport d'activité du CLIN pour l'année 2017
- Programme d'actions du CLIN pour l'année 2018
- Composition de la Commission des usagers
- Projet des usagers
- Système de toxico-vigilance
- Communication HAD
- Directives anticipées - proposition du Comité Ethique
- Charte de la bientraitance
- Présentation Infirmière en pratiques avancées
- Démarche de certification
- Présentation politique EPP
- Tableaux de bord des FEI
- Politique de prise en charge de la douleur
- Politique Identito-vigilance
- Politique des urgences
- Rappel balance bénéfice risque
- Rappel sur le PAQSS
- Point suite à la visite de certification
- Organisation de travail du CSAPA
- Point HAD
- Point CPOM EHPAD
- Point mobilité des cadres
- EPP Sortie
- Evaluation de l'utilisation brancard amagnétique
- Présentation du rapport provisoire de la visite de certification HAS
- Procédure de PEC d'une urgence vitale en dehors des secteurs de soins
- Signature d'une convention sur la filière traumatolo GHH /CHI/Clinique

Président : Monsieur Richard LEFEVRE

Missions

Les missions du CHSCT sont définies conformément aux articles L4612-1 et suivants du code du travail.

Le CHSCT exerce des missions de contrôle, de prévention et d'étude. Il est chargé notamment de :

- 1/ Contribuer à la protection de la santé physique et mentale des salariés de l'établissement et des travailleurs mis à disposition par une entreprise extérieure.
- 2/ Contribuer à l'amélioration des conditions de travail.
- 3/ Contribuer à l'analyse à la prévention des risques professionnels.
- 4/ Veiller à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires prises en cette matière (L4612-1).

Pour l'exercice de leurs missions, les membres du CHSCT procèdent, à intervalle régulier, à des inspections. La fréquence de ces réunions est au moins égale à celle des réunions ordinaires (art L4612-4)

- Droit d'alerte en cas de danger grave et imminent (L4131-2)

Les membres du CHSCT exercent leur droit d'alerte en cas de danger grave et imminent dans les conditions définies par la note de service relative à la mise en place du registre des dangers graves et imminents en date du 5 août 2009.

Dates des réunions

- 15 03 2018
- 21 06 2018
- 11 10 2018
- 13 12 2018
-

Séance exceptionnelle

- 11 01 2018
- 11 04 2018
- 24 09 2018

POINTS ESSENTIELS TRAITES

Direction Générale

- Lettre d'information du GHT
- Bilan de l'astreinte informatique
- Point sur les travaux pour l'IRM
- Mise en œuvre d'un PRA / PCA suite à la panne informatique du 1er novembre 2017
- Rapport d'activité 2017
- Retour sur l'enquête Communication
- Décision de nomination de la Personne Compétente en Radioprotection
- Présentation de l'organigramme
- Référents radicalisation

Direction des Services Techniques et Logistiques

- Point sur les travaux de sécurité incendie au Bois Martel
- Retour sur la visite de la commission communale de sécurité à l'IFSI
- Signature d'une convention avec la Communauté d'Agglomération Fécamp Caux Littoral pour la fourniture de repas à la crèche Léon Dufour de Fécamp
- Point concernant les infiltrations d'eau
- Point concernant l'amiante - rapport complémentaire bâtiment ancien hôpital

Direction des Soins et de la Qualité

- Démarche de certification
- Bilan annuel du PCR
- Bilan des actes de violence et FEI
- Point suite à la visite de certification
- Evaluation de l'utilisation brancard amagnétique
- Rappel sur le circuit des FEI / Enquête 2019 sur la culture qualité
- Retour rapport de certification

Direction des Ressources Humaines

- Point d'avancement sur le Document Unique
- Point suite de l'accident du travail du 11 décembre 2017
- Modification du règlement de fonctionnement de la CMRE
- Actualisation de la fiche de poste Assistante sociale du CSAPA
- Actualisation de l'organisation de travail CGYL EHPAD
- Actualisation de l'organisation de travail Maternité
- Bilan social 2017
- Point sur l'absentéisme
- Modification du Règlement intérieur de la CMRE
- Bilan annuel 2017 du Service de Santé au Travail
- Fiches de poste : Sage-femme / Sage-femme Collaboratrice / Infirmier Anesthésiste (IADE) / Infirmier du Bloc Opératoire (IBODE) / Assistant qualité / Responsable budgétaire et financier / Secrétaire de direction / Archiviste / Secrétaire de l'IFPS / Agent de bio-nettoyage de l'IFPS / Formateur des professionnels de santé / Documentaliste en IFPS / Agent d'accueil administratif des urgences / IDE en addiction de liaison ou au CSAPA
- Organisations de travail : Urgences / CSAPA / Rééducation / Service PropEclair / Affaires Générales et Médicales / Direction des Ressources Humaines / CSAPA / service des admissions / Pédiatrie
- Bilan du CLACT 2017
- Appel à projet ARS concernant la QVT
- Suivi convention FIPHFP 2017
- Etat d'avancement QVT
- Noël des enfants du personnel
- Retour sur l'appel à projet CLACT
- Retour sur la journée handicap
- Retour sur l'accident de travail du 12 novembre 2018
- Retour des résultats des élections professionnelles
- Projet Hôpital sans tabac
- Plan de formation 2019

Président : Monsieur Richard LEFEVRE

Missions

Le Comité Technique d'Établissement est consulté sur des matières sur lesquelles la commission médicale d'établissement est également consultée ; ces matières sont les suivantes :

- Les projets de délibération mentionnés à l'article [L. 6143-1](#) ;
- Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;
- Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 ;
- L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article [L. 6143-7](#) ;
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- La gestion prévisionnelle des emplois et compétences.

Le Comité Technique d'Établissement est également consulté sur les matières suivantes :

- Les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel ;
- La politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ainsi que le plan de développement professionnel continu ;
- Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité ;
- La politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;
- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- Le règlement intérieur de l'établissement

Le comité est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement. Il est également informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 ainsi que du budget prévu à l'article [L. 6145-1](#) et des décisions mentionnées au 8° de l'article L. 6143-7.

Dates des réunions

- 17 01 2018
- 22 03 2018
- 28 06 2018
- 18 10 2018
- 20 12 2018

Direction Générale

- Point de situation : activité / recettes / dépenses
- Lettre d'information du GHT
- Avenant n°3 à la convention constitutive du GHT suite à l'adoption du règlement intérieur
- Convention de mise à disposition du GHT
- Modification de la composition du CTE suite à la démission de Madame SEMPERE
- Désignation du secrétaire du CTE suite à la démission de Madame SEMPERE
- Rapport d'activité 2017
- Retour sur l'enquête Communication

Direction des Affaires Financières et de la contractualisation interne

- EPRD 2018 du budget H
- Budget soins EHPAD
- Compte financier 2017
- Affectation des résultats 2017
- Décision Modificative n°1-2018
- Point de situation : activité / recettes / dépenses
- Tarifs USLD EHPAD Accueil de Jour depuis le 1er juin 2018
- Calendrier CPOM EHPAD 2019 – 2023
- Organisation du service des admissions
- Fiche de poste de l'agent d'accueil administratif des urgences

Direction des Soins et de la Qualité

- Démarche de certification
- Projet des usagers

Direction des Ressources Humaines

- Fiche de poste de l'IDE en addiction de liaison ou au CSAPA
- Organisation de travail de la Pédiatrie
- Etat d'avancement du COPIL QVT
- Actualisation de la fiche de poste Assistante sociale du CSAPA
- Fiche de poste Assistant qualité / Responsable budgétaire et financier / Secrétaire de direction / Archiviste / Secrétaire de l'IFPS / Agent de bio-nettoyage de l'IFPS / Formateur des professionnels de santé / Documentaliste en IFPS
- Actualisation de l'organisation de travail CGYL EHPAD
- Actualisation de l'organisation de travail Maternité
- Bilan social 2017
- Point sur l'absentéisme
- Etat d'avancement du COPIL QVT

Président : Monsieur Richard LEFEVRE

Missions

La Commission des Usagers du Centre Hospitalier Intercommunal du Pays des Hautes Falaises instituée par l'article L 1112-3 du code de la Santé Publique, est chargée d'assister et d'orienter toute personne qui s'estime victime d'un préjudice du fait de l'activité de l'établissement et de l'informer sur les voies de conciliation et de recours gracieux ou juridictionnels.

- Elle veille au respect des droits des usagers et contribue à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.
- Elle étudie la politique générale de l'établissement concernant le droit des malades, recense les mesures adoptées, formule ses recommandations, rédige un rapport annuel.
- Elle examine et formule ses recommandations pour ce qui concerne les plaintes et réclamations, le bilan des questionnaires d'évaluation des séjours, les lettres de remerciements, les demandes d'accès aux dossiers de soins, l'information des usagers.

➤ Séances du 20 février, 22 mai, 16 octobre et 04 décembre 2018.



Fonctionnement

- Validation et déploiement du projet des usagers
- Nouvelle composition de la CDU

Satisfaction des usagers

- Bilan sur les Contentieux,
- Bilan sur les Plaintes/Réclamation et Médiations,
- Bilan sur les Eloges,
- Bilan sur les délais d'envoi des dossiers patients,

Démarche qualité et gestion des risques

- Suivi de la démarche de certification V2014 : calendrier de déploiement, actions retenues au Compte Qualité, formation des équipes et mise en place d'exercices patient traceur en lien avec la thématique Droits du patient
- Rapport d'activité 2017 pour l'ARS
- Recueil des IPAQSS généraux
- Enquête réalisée par les RU auprès des patients sur l'information donnée lors de leur prise en charge

Points divers

- Travail sur les Directives anticipées (documents d'informations pour les patients + formation auprès des professionnels)
- Participation des RU à la Semaine Sécurité Patient (présentation des missions de la CDU et du rôle des RU dans le Hall + sensibilisation des agents sur le temps de transmissions)
- Rédaction d'un rapport annuel des usagers présenté aux instances + article dans le journal de l'hôpital
- Présentation de la PASS

Président : Monsieur Jean-François DAVY

Missions

La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique prévue par [l'article L. 6146-9](#) du code de la Santé Publique est consultée pour avis sur :

- 1/ Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins ;
- 2/ L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades ;
- 3/ La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins ;
- 4/ Les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- 5/ La recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- 6/ La politique de développement professionnel continu.

Elle est informée sur :

- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- La mise en place de la procédure prévue à [l'article L. 6146-2](#) (contrat de mission de service public) ;
- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

➤ Séances du 27 mars, 19 juin, 9 octobre et 11 décembre 2018.

Validation

- Projet Hypnose conversationnelle
- Règlement de fonctionnement du Comité Ethique
- Programme d'actions du CLIN
- Politique Qualité

Travaux de la CSIRMT

- Démarche EPP chutes
- Démarche AVC
- Démarche de certification dans le cadre de la visite de certification V2014
- Les transmissions ciblées

Point divers

- Service Sanitaire pour les ESI de santé
- Pratique IDE avancée
- Parcours sup
- Projet d'établissement



REUNIONS DE CADRES

➤ Séances du 25 janvier, 23 mars, 8 juin, 28 septembre et 13 décembre 2018.

- Mise en place des gardes des cadres le week-end et jours férié = suivi
- Projet Hypnose conversationnelle
- Pratiques IDE avancées
- PHRIP (Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale)
- Suivi de la démarche qualité dans le cadre de la visite de certification V2014
- Evaluations internes annuelles
- Mise en place de nouveaux bracelets d'identification
- Perspectives et rôle du management
- Projet d'établissement
- CPOM EHPAD



Président : Madame le Docteur OLIVIER

La prévention des Infections Associées aux Soins (EIAS) est sous la responsabilité du président de la CME.

C'est sur l'équipe opérationnelle d'hygiène que repose l'expertise en matière de prévention du risque infectieux associé aux soins. Cette équipe a subi des changements quant à sa constitution avec la nomination du Dr OLIVIER en tant que présidente du CLIN, la nomination du docteur DICK, pharmacienne, en tant que référente antibiothérapie et l'arrivée en juillet de Mme DEBRAY sur le poste d'infirmière hygiéniste en cours de formation pour un DU en Hygiène Hospitalière, prévention et lutte contre les Infections Associées aux Soins. Il est important de noter également la prise de poste de Mr DAVY en tant que Directeur des Soins.

Le CLIN s'est réuni 3 fois au cours de l'année 2018 :

- Mardi 27 février 2018
- Vendredi 25 mai 2018
- Vendredi 19 octobre 2018



1/ La formation

Des professionnels :

- **Formation destinée aux contrats aidés (Contrat Unique d'Insertion)** sur les pré-requis du travail en milieu hospitalier ainsi que les pratiques du bio nettoyage (lavage des mains, secret professionnel, tenue professionnelle) les 07/02/18 - 12/09/18 -19/09/18 (19 agents)
- **Accueil des nouveaux arrivants** : 12/04/18 (6 personnes)
- **Sensibilisations sur divers thèmes** ayant trait à l'hygiène à la demande des cadres lors de transmissions de services (médecine CSG le 23/08/2018, SSR 2 le 17/08/18, USLD CGYL le 21/08/18 : Clostridium difficile
- **Formation sur l'utilisation des collecteurs OPCT** au cours d'une réunion avec les correspondants en hygiène par un prestataire extérieur : 04/12/18
- **Formation sur la maîtrise du risque infectieux (IDE et AS)** 25/01/18 (9 professionnels)
- Organisation de la **rencontre « Hygiène et Qualité des Soins »** (9 ème session) le 06/11/2018 qui a vu la participation de 29 soignants de l'établissement ainsi que les 3èmes années IDE de l'IFPS.
- Sensibilisation sur la maîtrise du risque infectieux à l'occasion de la **Semaine Sécurité Patient** du 25 au 27 novembre 2018 (87 professionnels)

Des membres de l'EOH :

- **Formation infirmière hygiéniste** : 1ère journée normande CPias Normandie à Deauville, Réunion plénière GRIHNN Clinique de l'Europe, DU « Hygiène hospitalière, Prévention et lutte contre les Infections Associées aux Soins ».
- Participation aux **journées OMEDIT** du Dr OLIVIER et DR DICK

2/ La prévention

Sensibilisation des professionnels à la **vaccination anti grippale** dernier trimestre 2018

Taux de personnels vaccinés pour 2018/2019 (en date du 25/01/19) : 23.66%

Réactualisation de nombreux protocoles concernant l'infectiovigilance.

Nombre total de documents : 85

Nombre de documents créés : 10

Nombre de documents révisés ou en cours : 65

Nombre de documents supprimés : 1

3-1/ La surveillance

- Surveillance des infections nosocomiales (recueil des données à travers les fiches de signalement : source d'informations et de surveillance indispensable). Cf : suivi des indicateurs
- Surveillance des mesures barrières mises en place en cas de précautions complémentaires (BMR, Clostridium difficile,...)
- Surveillance des BMR (Cpias Normandie)
- Surveillance de la consommation d'antibiotiques (CONSORES)
- Surveillance de la consommation des Solutions Hydro Alcoolique (ISCHA 3)
- Surveillance des infections du site opératoire (ICA-LISO)

3-2/ La surveillance environnementale

- Suivi des travaux de l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM)
- Vérification et suivi des contrôles environnementaux, contrôles microbiologiques de l'eau, l'air, les surfaces selon un calendrier pré établi.
 - o Prélèvements d'eau → (potabilité, eaux pour soins standard, fontaines réfrigérées, eau bactériologiquement maîtrisée, légionelle) par un laboratoire extérieur accrédité COFRAC → selon plan d'échantillonnage.
 - o Prélèvements surfaces → secteurs à risque (Bloc Opératoire et préparation chimiothérapie) et secteurs logistiques
 - o Prélèvements de l'air → Secteurs à risque (Bloc Opératoire et préparation chimiothérapie)
 - o Prélèvements HACCP → Restauration

- Prélèvements RABC → Blanchisserie

4/ Collaboration à la gestion des risques

- Réunions Cellule des Evénements Indésirables et des Vigilances (CEIV)
 - Mise à jour et suivi du compte qualité
 - Construction de la cartographie des risques
 - Etude et analyse des Fiches d'Evénements Indésirables (FEI) en hygiène :
 - Nombre FEI Infectiovigilance : 14
 - Nombre FEI AES : 2
 - Nombre FEI linge/propreté : 1
- Nouvelles catégories de FEI de l'année 2018 :
- Nombre FEI Déchets : 3
 - Nombre FEI Hygiène des locaux : 1

5/ L'évaluation

- Audit d'observance de bonne pratique du bio-nettoyage sur le CHI (service PropEclair)
- Audit prévention du risque infectieux en établissement de santé (préparation certification grille HAS)
- Enquête de Prévalence des infections nosocomiales CHI
- Evaluation des actions mises en œuvre dans le cadre des Précautions Complémentaires y compris BMR (en continu)
- Participation à l'Audit régional sur le bon usage des antibiotiques en EHPAD (URI EHPAD)
- Audit sur le port de gants
- V 2014

C. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve (s)	Source PT/AP	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	Le bon usage des antibiotiques n'est pas intégré dans la politique de maîtrise du risque infectieux. Il n'existe pas de stratégie ou de politique formalisée relative au bon usage des antibiotiques.	AP	8h
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Les événements indésirables sont peu signalés en interne et en externe. Le dispositif de signalement des événements indésirables est connu mais assez peu utilisé pour le risque infectieux. Le dispositif de signalement externe des infections associées aux soins via la plateforme e-sin a été utilisé une fois dans le cadre d'une infection liée à un germe d'origine environnemental.	AP	8g
	PS	Il n'y a pas de traçabilité des matériels utilisés sur le plateau technique de rééducation. Des actions de surveillance et de prévention du risque infectieux incluant celles issues des signalements sont mises en œuvre par les professionnels en lien avec l'EOH cependant il n'y a pas de traçabilité du traitement des matériels sur le plateau technique de rééducation.	AP	8g
	PS	La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24 ^{ème} et la 72 ^{ème} heure n'est pas systématiquement de l'antibiothérapie probabiliste à la 48 ^{ème} -72 ^{ème} heure. Mais il n'y a pas d'audit récent permettant de s'assurer que cette traçabilité est systématique.	AP	8h
	NC	Les opérations de maintenance assurées en interne et par des sociétés extérieures ne sont pas toutes tracées et ne permettent pas un suivi des opérations. Les containers contenant les DM stériles ne bénéficient pas d'une maintenance régulière selon les recommandations du fournisseur. Le respect de l'étanchéité n'est donc pas garanti et ne permet donc pas de s'assurer du maintien de l'état stérile de ceux-ci.	AP	8g

6/ Réunions EOH et des référents en hygiène

L'EOH s'est réuni 2 fois : 07/09/2018 et 16/11/2018 (commun/infectiovigilance/EOH ou correspondants hygiène)

Les référents hygiène se sont réunis 3 fois en 2018 :

12 juin 2018

- Présentation de la nouvelle infirmière hygiéniste aux correspondants hygiène et (tour de table)
- Appel à candidatures de référents pour assister aux prochaines réunions du CLIN
- Présentation de l'enquête de prévalence des Infections Nosocomiales
- Audit prévention du risque infectieux en établissement de santé ou médico-social
- Informations et formations à venir
- « Top départ » des idées pour la semaine sécurité patient fin novembre

01 octobre 2018

- Validation des référents pour participation au CLIN
- Mise à jour de Fiche de fonction du « Référent en hygiène »
- Vérification et tenue du lutin hygiène dans les salles de soins
- Révision protocole « Entretien des salles de soins » (dispositifs médicaux, matériel,...)
- Semaine sécurité patient prévue la semaine du 26 novembre

- Audits en cours ou à prévoir : « Evaluation des actions mises en œuvre dans le cadre des Précautions Complémentaires (ISOLEMENT) y compris BMR » + « le port de gants de soins »
- Informations / Formations diverses
- Programmation des prochaines réunions

04 décembre 2018

- Intervention de la société « France Hôpital » pour un rappel sur la bonne utilisation des collecteurs à OPCT
- Validation du protocole sur « Entretien de la salle de soins et son matériel »
- Retour sur la « Semaine Sécurité Patient »
- Bilan de la « 9^{ème} journée Hygiène et Qualité » à Harfleur
- Informations et points divers

7/ Travail en secteur

Intégration de la nouvelle infirmière hygiéniste à CoHygie (Association d'infirmières hygiénistes volontaires du secteur de l'Estuaire) qui organise une fois par an une journée rencontre d'hygiène tournée vers les soignants.

Il y a eu une réunion en 2018 (14 mars) au Groupe Hospitalier du Havre où l'objectif annoncé est la création d'un réseau d'échanges infirmiers hygiénistes regroupant l'ensemble des établissements publics et privés de la région havraise à l'image du GRIHHN mais sur une plus petite échelle. Cette proposition est très intéressante notamment pour les établissements où l'infirmier hygiéniste est seul sans collègue et praticien hygiéniste.

D'autres réunions doivent se mettre en place pour permettre le partage de pratiques et la mise en commun des protocoles et des formations.

8/ Semaine Sécurité Patient

Du lundi 26 au mercredi 28 Novembre 2018 de 13h30 à 17h, le Centre Hospitalier Intercommunal du pays des hautes falaises (CHI), la clinique de l'Abbaye et l'Institut de Formation Professionnels de Santé (IFPS) de Fécamp en accord avec leur direction, ont décidé de mettre en place dans le hall d'accueil de l'hôpital différents ateliers sur la sécurité des patients.

Plusieurs ateliers ont été proposés aux participants. (Boitâcoucou, Docteur Maboul, Serious Game, Couloir des erreurs pour les professionnels, Cluedo photos pour les usagers, stand sur le don d'organes,...)

Approximativement, les chiffres de participation à la semaine sécurité patient :

Nombre de participants total /3am : 149 personnes soit

Nombre de personnel : 87

Nombre usagers : 62

9/ Nombre des réunions RABC

2 réunions le 09/02 et le 12/06/2018 (commun/RABC/CR RABC)

10/ Suivi des indicateurs

Les indicateurs du BILANLIN

Intitulé de l'indicateur	2016 (données 2015)		2017 (données 2016)		2018 (données 2017)	
	ICALIN2	/	/	88/100	Classe A	88/100
ICABMR	100/100	Classe A	/	/	/	/
ICATB2	96/100	Classe A	/	/	93/100	Classe A
ICSHA 3	129 /100	Classe A	84,3/100	Classe A	61.1/100	Classe C
ICA-LISO	/	/	100/100	Classe A	100/100	Classe A

ICSHA 3 : Délivrance de PHA global dans l'établissement 61.1 % **classe C**

Délivrance de PHA hors bloc et SSPI : 61.1%

L'indicateur de Signalement d'infections nosocomiales en interne CHI, USLD et EHPAD soit 517 lits

Intitulé de l'indicateur	Valeur 2018
Nombre de signalements internes	77
Nombre d'infections nosocomiales validé (dans l'établissement)	20
Nombre d'infections nosocomiales validé (dans un autre établissement)	1

Nombre de signalements d'infections communautaires	31
Nombre d'infections communautaires en pédiatrie	26

11/Signalements

1 déclaration de signalement externe sur e-SIN

Il n'y a pas eu de déclarations de maladie à déclaration obligatoire en externe à l'ARS

12/ Investissements

Achat de 8 Unités Mobiles de Protection (UMP) + pièces détachées

1 autolaveuse et des iMOP

Changement de consommables (produits) suite à l'installation des centrales de dilution

COMITE DE LIAISON EN ALIMENTATION ET NUTRITION (CLAN)

Président : Madame le Docteur LEAUD

- Séances du 13 février, 05 juin et 13 novembre 2018



Politique du CLAN

- Prévention et prise en charge de la dénutrition (fiche bilan alimentaire / recueil IPAQSS)
- Mieux accompagner le patient au moment de sa sortie (utilisation de la fiche de liaison Hôpital_Domicile / EPP préparation de la sortie)
- Projet manger main dans les EHPADs
- Prévention et prise en charge des fausses routes (engagement Compte Qualité)

Audits

- Fiche bilan alimentaire
- Test à l'eau

Points divers

- Réflexion sur le gaspillage alimentaire
- Formation des agents au logiciel Hestia
- Présentation du programme ETP « A cœur »

COMITE DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR (CLUD)

Président : Monsieur le Docteur Pascal DUBOC

- Séances du 12 janvier, 6 avril et 6 décembre 2018.



Politique du CLUD

- Validation de la politique de prise en charge de la douleur 2018 – 2021
- Suivi de la démarche de certification V2014 : calendrier de déploiement, actions retenues au Compte Qualité, formation des équipes et mise en place d'exercices patient traceur en lien avec la thématique prise en charge de la douleur
- Poursuite du projet institutionnel sur la communication hypnotique
- Mise à jour des protocoles douleur dans la base documentaire

RMM

- RMM sur la prise en charge de la douleur en post opératoire

EPP

- Inquietest (pédiatrie)
- Préparation de la sortie (flyer d'informations sur la douleur)

Président : Madame le Docteur LELUAN

Missions

Ce comité assure les missions suivantes :

- Veiller à ce que la politique et sa mise en œuvre soit formalisée et validée en CME.
- Identifier et assurer l'analyse du processus de prise en charge médicamenteuse du patient.
- Définir les organisations prioritaires d'amélioration de la qualité de prise en charge médicamenteuse incluant l'informatisation du circuit du médicament.
- Proposer le plan d'action d'amélioration ainsi que les modalités de l'informatisation, validés en CME et CSI.
- Déterminer les indicateurs de suivi pertinents au regard de l'établissement et conformes aux recommandations HAS qui permettent d'assurer la certification.
- Veiller à la déclinaison de cette politique dans chacun des pôles d'activités médicales.
- Etablir les modalités de déclaration d'événements liés au circuit du médicament (Cf. Article 9) en cohérence avec la politique de gestion des risques.
- Emettre un avis sur les thèmes d'EPP en lien avec la prise en charge médicamenteuse.
- Désigner un membre au titre à la cellule gestion des événements indésirables et s'assurer du recueil des événements liés à la prise en charge médicamenteuse.
- Désigner un membre au titre du Copil qualité.
- Elaborer le rapport annuel d'activité de la prise en charge médicamenteuse.



CELLULE DES EVENEMENTS INDESIRABLES ET DES VIGILANCES (CEIV)

- Séances du 01 février, 17 avril, 12 juin et 19 octobre 2018.

Evénements indésirables

- Suivi des indicateurs sur la déclaration d'Evènements Indésirables (tableaux de bord FEI / CREX RMM) /
- Nomination d'un nouveau gestionnaire des risques associés aux soins suite au départ de Mme REGNAULT
- Suivi des FEI critiques (passage en CEIV à la demande d'experts, des FEI avec gravité estimée supérieure ou égale à 4 et des FEI avec criticité supérieure ou égale à 12)
- Suivi de la démarche de certification V2014 : calendrier de déploiement, actions retenues au Compte Qualité, formation des équipes au logiciel ENNOV, politique QGDR
- Création de nouvelles catégories d'évènements indésirables : gestion des déchets, hygiène des locaux et magasin



Vigilances

- Information Hémo-vigilance
- Information Infectio-vigilance
- Information Pharmaco-vigilance
- Information Matéριο-vigilance
- Information Identitο-vigilance

Points divers

- Réflexion sur la gestion des chariots d'urgence
- Lancement d'un groupe de travail sur la gestion des décès à l'hôpital

CELLULE IDENTITOVIGILANCE (CIV)

La cellule de pilotage d'Identitovigilance est l'organe en charge de la surveillance et de la prévention des erreurs et des risques liés à l'identification des patients au sein du Centre Hospitalier Intercommunal du Pays des Hautes Falaises de Fécamp. Elle est l'instance qui met en œuvre la politique d'identification (Cf. règlement de fonctionnement de la cellule Identitovigilance).

Objectif de la cellule d'Identitovigilance

Elle a pour objectif de permettre de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge :

- Fiabiliser une identification unique du patient à chaque étape de sa prise en charge et à chaque venue,
- Prévenir le risque d'erreur de patient dans la prescription et la dispensation de soins
- Faire en sorte de relier toutes les données concernant le patient.

Son rôle est de veiller à la formation des personnels d'accueil administratif et des professionnels de santé en matière de surveillance et de prévention des erreurs d'identification du patient.

Missions de la cellule d'identitovigilance

Les missions de la Cellule d'Identitovigilance sont les suivantes :

- Mettre en œuvre la politique d'identification de l'établissement de santé,
- Accompagner au quotidien, ou de manière régulière, le bureau des entrées et tous les autres services en charge de l'identification pour le traitement et le suivi des anomalies (doublons, collisions, ...),
- Gérer les problèmes liés aux actions d'identification du patient,
- Transmettre les informations nécessaires aux autres domaines d'identification pour réaliser des rapprochements d'identités,
- Alerter sur des éventuels dysfonctionnements dans la mise en œuvre de la politique d'identification,
- Produire, suivre et transmettre les indicateurs qualités,
- Élaborer les règles de gestion concernant les services de l'établissement,
- Conduire des actions de formation, d'assistance et de sensibilisation aux politiques d'identification et de rapprochement auprès de l'ensemble des acteurs de l'établissement,
- Rédiger des procédures,
- Valider ou modifier les actions de rapprochement (mise à jour, fusions, modifications, éclatement) de l'identité.

Composition de la Cellule d'identitovigilance

La Cellule d'identitovigilance est composée des représentants suivants :

- le médecin du département de l'information médicale,
- le gestionnaire des risques,
- l'ingénieur des systèmes d'information,
- le référent DPI,
- le responsable du bureau des admissions,
- un agent administratif du bureau des admissions,
- un pharmacien,
- le référent administration médicamenteuse,
- le cadre supérieur du Pôle Médical Aigu,
- le référent hémovigilance,
- le cadre de santé des Urgences,
- la technicienne qualité.



➤ Séances du 17 janvier, 26 juin et 17 octobre 2018

- Validation de la politique identitovigilance
- Suivi de la démarche de certification V2014 : calendrier de déploiement, actions retenues au Compte Qualité, formation des équipes et mise en place d'exercices patient traceur en lien avec la thématique identitovigilance
- Mise en place d'une cellule de gestion des doublons
- Audit au service des Admissions sur le respect des bonnes pratiques professionnelles
- Bilan des fiches d'événements indésirables « identitovigilance » et analyse si nécessaire
- Points réguliers sur la gestion documentaire et mise à jour
- Intégration de la thématique identitovigilance lors de la semaine sécurité des patients (chambre des erreurs)
- Suivi de l'actualité sur l'hémovigilance
- Exercice SAREX (gestion de crise)

Président : Docteur KHALIFE Wiam
Secrétariat : Mme DE CANTILLON Muriel

Comité obligatoire dans les établissements de santé dans les secteurs publics
Décret n°2006-99 du 01 février 2006 publié au JO du 03 février 2006 relatif à l'Etablissement Français du Sang (EFS) et à l'Hémovigilance et modifiant le code de la santé publique, ARTICLE R 1221-44.

Missions

- La Sécurité Transfusionnelle.
- L'application des règles d'assurance qualité sur les prescriptions, les circuits de produits et les informations transfusionnelles.
- L'élaboration des programmes d'amélioration de la qualité de l'environnement transfusionnel
- Le bon fonctionnement du dispositif d'Hémovigilance
- La déclaration des incidents transfusionnels, la poursuite des investigations, jusqu'à la prise des mesures correctives si nécessaire.

- Date réunion :14/02/2018

Points essentiels qui ont été traités

- Approbation du dernier compte-rendu
- BILAN de l'année 2018 puis Situation au jour de la réunion
- Les déclarations des vigilances :
 - feuille d'événements indésirables (FEI) déclarées sur le CHI et leurs traitements
 - déclaration sur E-FIT : FEIR et FIG
- Réserve d'urgence
- Renouvellement du matériel et discussions sur les pannes du matériel
- Mise à jour des protocoles concernant la transfusion et concernant le dépôt ainsi que leur mise en ligne sur le logiciel ENOV –DOC en vue de :
 - La Visite de l'ARS
 - La Certification du CHI (septembre 2018)
- Formations initiales et continues sur le CHIF et à l'IFSI
- Compte rendu de la visite des audits régional et de l'EFS : mesures correctives à mettre en place.
- Informatique : interface avec le laboratoire, suivi par CURSUS 3, DPI etc.
- Nouveautés et évolutions transfusionnelles
- Questions diverses :
 - Transports, difficultés rencontrées lors des transfusions, prescriptions non-conformes.....

COMITE ETHIQUE

- Séances du 18 janvier, 2 février, 18 mai, 28 juin et 26 octobre 2018.

Axes de travail dans le cadre de la visite de certification V214

- La fin de vie dans le cadre de la visite de certification V2014
- Les Directives anticipées (procédure, information au patient...)
- La fin de traitement
- Les dommages liés aux soins

Documents mis en place

- Le règlement de fonctionnement
- La charte de bientraitance

Point divers

- Conduite à tenir face à un patient agressif / dément
- Règles à respecter lors du retrait d'un pacemaker en cas de décès

BUREAU QUALITE

- Séances du 22 janvier, 12 février, 19 mars, 14 mai, 11 juin, 12 octobre et 07 décembre 2018

Instance décisionnaire pour la préparation de la démarche de certification V2014

- Déploiement de la Politique QGDR
- Préparation des COPIL V2014
- Suivi des actions menées + points de maîtrise / points de vigilance sur l'ensemble des thématiques HAS
- Rédaction d'un guide « Tout savoir sur la démarche de certification V2014 »
- Mise en place d'une journée d'informations « Un point sait tout » à destination de l'ensemble des professionnels



Points divers

- Suivi démarche CREX / RMM / EPP
- Suivi de la gestion documentaire
- Mise à jour du Plan Blanc

COPIL QUALITE – V2014

- Séances du 14 mars, 22 juin, 04 septembre et 19 décembre 2018.

Suivi de la démarche de certification du CHI

- Etat d'avancement général des thématiques
- Validation du contenu du Compte Qualité N°1
- Validation du calendrier de visite et des profils patients traceurs audités
- Modalités de communication de la démarche auprès des équipes
- Suivi post certification : reformulation des écarts contenu dans le rapport de visite



Point divers

- Validation feuille de route QGDR 2019

CONSEIL DE VIE SOCIALE (CVS)

Président : Un représentant des usagers

Missions

Le Conseil de Vie Sociale émet un avis et peut faire des propositions sur les questions intéressant le fonctionnement de la Résidence. C'est ainsi qu'il formulera des remarques sur l'organisation intérieure, la vie quotidienne, les activités, l'animation, les travaux. Il est également compétent pour débattre sur la nature et le prix des services rendus, les modifications relatives aux conditions de prise en charge.

Date des réunions

2 CVS PAR EHPAD

- 24 04 2018 et 23 11 2018 : Résidence Le Bois Martel
- 26 04 2018 et 04 11 2018 : Centre de Gérontologie Yvon Lamour
- 12 04 2018 et 22 11 2018 : Résidence le Shamrock
- 09 04 2018 et 09 11 2018 : Résidence Les Moulins au Roy

Points essentiels traités

- L'organisation intérieure et la vie quotidienne au sein de l'EHPAD
- Les activités, l'animation socioculturelle et les services thérapeutiques
- Les projets de travaux et d'équipement
- La nature et le prix des services rendus
- L'affectation des locaux collectifs
- L'entretien des locaux
- L'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ses participants
- Questions diverses

Organisation

Gestion de la programmation, de la prise de note et de la rédaction des comptes rendus par la responsable du BPA

Projets en cours

Reprise de l'organisation des CVS par la cellule Qualité

Projets envisagés

2 CVS par EHPAD et 1 CVS commun

Faits marquants

Elections

CGYL

Présidence : Mme FAUVEL
Vice présidence : Mme MASSELINE

Les Moulins au Roy

Présidence : Mr DENEUFVE
Vice présidence : Mme BOURGEOIS

Le SHAMROCK

Présidence : Mr TESSIER
Vice présidence : Mr SOENEN

Bois MARTEL

Présidence : Mr VAUSSY
Vice présidence : Mme BELLANGER

Réécriture des procédures « Elections »

Procédure organisation CVS EHPAD

Nouvelle présentation des comptes-rendus des séances sous forme de tableau synthétique

CHAPITRE 10 – LEXIQUE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ANFH	Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier
AES	Accident d'Exposition au Sang
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide Soignant
ASIP SANTE	Agence des Systèmes d'Information Partagés de SANTÉ
ATU	Accueil et Traitement des Urgences
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CAF	Capacité d'Auto-Financement
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CDD	Contrat à Durée Déterminée
CDU	Commission Des Usagers
CET	Compte Épargne Temps
CFP	Congé de Formation Professionnelle
CHI	Centre Hospitalier Intercommunal
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLACT	Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail
CLAN	Comité de Liaison pour l'Alimentation et la Nutrition
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLUD	Comité de LUtte contre la Douleur
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CMRE	Cellule de Maintien et de Retour à l'Emploi
COMEDIMS	COMmission du MÉdicament et des DISpositifs MÉdicaux Stériles
COPS	Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens
CR	Compte de Résultat
CREA	Compte de RÉsultat Analytique
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSG	Court Séjour Gériatrique
CSIRMT	Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique
CSTH	Comité de Sécurité Transfusionnelle et Hémovigilance
CTE	Comité Technique d'Etablissement
CUI	Contrat Unique d'Insertion
DASRI	Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux

DIPISI	Dossier d'Instruction des Projets d'Investissement Systèmes d'Information
DMP	Dossier Médical Personnel
DP	Dossier Pharmaceutique
DPC	Développement Professionnel Continu
DPI	Dossier Patient Informatisé
DRH	Directeur des Ressources Humaines
DU	Document Unique
EAS	Élève Aide-Soignant
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMG	Équipe Mobile de Gériatrie
EPP	Évaluation des Pratiques Professionnelles
ESI	Élève en Soins Infirmiers
ETP	Équivalence Temps Plein
FAU	Forfait Annuel des Urgences
FIDES	Facturation Individuelle Des Établissements de Santé
FPH	Fonction Publique Hospitalière
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GEST	Groupe d'Écoute de la Souffrance au Travail
GHH	Groupe Hospitalier du Havre
GHS	Groupement Homogène de Séjours
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
GIE	Groupement d'Intérêt Economique
GMAO	Gestion de Maintenance Assistée par Ordinateur
GPMC	Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
GVT	Glissement Vieillessement Technicité
HACCP	Hazard Analysis Critical Control Point
HAD	Hospitalisation À Domicile
HDJ	Hôpital De Jour
IDE	Infirmier Diplômé d'État
IDEST	Infirmier Diplômé d'État en Santé au Travail
IFAS	Institut de Formation d'Aides-Soignants
IFCS	Institut de Formation des Cadres de Santé
IFPS	Institut de Formation des Professions de Santé
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MCO	Médecine, Chirurgie et Obstétrique

MDPH	M aison D épartementale pour P ersonnes H andicapées
MIG	M ission d' I ntérêt G énéral
MIPIH	M idi P icardie I nformatique H ospitalière
NGAP	N omenclature G énérale des A ctes P rofessionnels
OMS	O rganisation M ondiale de la S anté
ONDAM	O bjectif N ational des D épenses d' A ssurance M aladie
OSIS	O bservatoire des S ystèmes d' I nformation de S anté
PAA	P lan A ctions A chat
PASA	P ôle d' A ctivités et de S oins A daptés
PESV2	P rotocole d' É change S tandard d' H élios V ersion 2
PGFP	P lan G lobal de F inancement P luriannuel
Phare	P erformance H ospitalière pour des A chats R E s ponsables
PPI	P rogrammation P luriannuelle des I nvestissements
PRADO	P Rogramme d' A ccompagnement au retour à D Omicile
PRAP	P révention des R isques liés à l' A ctivité P hysique
PRATIC	P artage R égional d' A pplications de T élé m édecine et d' I magerie C linique
PSSI	P olitique de S écurité des S ystèmes d' I nformation
RABC	R isk A nalysis and B iocontamination C ontrol
RCP	R éunion de C oncertation P luridisciplinaire
RH	R essources H umaines
RPS	R isques P sycho- S ociaux
SAMETH	S ervice d' A ppui au M aintien dans l' E mloi des T ravailleurs H andicapés
SIH	S ystème d' I nformation H ospitalier
SSR	S oins de S uite et de R éadaptation
SYRHANO	S ystème R éseau de H Aute N O r mandie
T2A	T arification à l' A ctivité
TICE	T echnologies de l' I nformation et de la C ommunication pour l' E nseignement
TMS	T roubles M usculo- S quelettiques
UCC	U nité C ognito- C omportementale
UE	U nités d' E nseignement
UHR	U nité d' H ébergement R enforcée
UMG	U nité M obile de G ériatrie
USLD	U nité de S oins L ongue D urée



Centre Hospitalier Intercommunal du Pays des Hautes Falaises
100, avenue du Président François Mitterrand
76405 FECAMP
Tél : 02 35 10 90 00

www.ch-fecamp.fr