



# L'HÔPITAL D'ENFANTS RAPPORT D'ACTIVITÉ 2017



# PLAN

I.	ÉDITO.....	3
II.	LES CHIFFRES CLÉS.....	5
III.	ÉVÈNEMENTS ET RÉALISATIONS 2017.....	8
IV.	L'ACTIVITÉ DES SERVICES.....	13
A.	Rapport d'activité médicale .....	14
B.	Rapport d'activité soignante .....	20
C.	Rapport d'activité des psychologues .....	25
D.	Activité de la Pharmacie à Usage Intérieur.....	27
E.	Le secrétariat médical .....	31
F.	Rapport d'activité du Bureau des Entrées .....	34
V.	LES SERVICES SUPPORTS.....	36
A.	La cellule DIM .....	37
B.	La cellule DPI.....	41
C.	La qualité, gestion des risques et droit des usagers .....	45
D.	Les ressources humaines.....	52
E.	Les achats, la logistique et les travaux .....	57
F.	Le système d'information.....	58
VI.	LES FINANCES.....	59
VII.	LES PROJETS INNOVANTS.....	62
A.	Projet balnéothérapie .....	63
VIII.	LES INSTANCES.....	64
IX.	LEXIQUE.....	66

# I. ÉDITO

Le rapport d'activité est un moment privilégié pour faire un bilan de l'année écoulée de notre établissement. Il est l'occasion de présenter les principales actions menées ou développées tout au long de l'année 2017.

L'année 2017 aura été marquée par de nombreux évènements.

Tout d'abord, le bon déroulement de la visite de **certification HAS V2014** est l'aboutissement d'un long processus de travail sur la démarche qualité et gestion des risques au sein de l'établissement. Un grand remerciement à toutes les équipes, car sans leur engagement et leur adhésion, les résultats n'auraient pas été à ce niveau : l'HE fait désormais partie des 37% des établissements de santé français certifiés et il obtient la remarquable note de A.

L'Hôpital d'Enfants a également continué à réorganiser et à développer ses filières de soins, à commencer par la refonte **des programmes d'accompagnement des patients de l'Unité d'Obésité Infantile** et le **lancement du projet de plateau d'Education Thérapeutique du Patient**.

La prise en charge au sein de l'établissement s'est enrichie avec de nouveaux outils tels que la constitution d'un Comité Ethique et Bienveillance et l'apparition de nouvelles chartes de sensibilisation aux droits des patients.

Enfin, l'année 2017 aura été marquée par la **célébration des 70 ans** de l'établissement avec un hommage à sa fondatrice, sœur Colette. Cette festivité a permis de réunir sur plusieurs jours le personnel, les patients, les parents et les différents partenaires institutionnels. Un succès à renouveler dans le cadre des 100 ans de l'ASFA !

En somme, l'Hôpital d'Enfants évolue chaque jour par son dynamisme au service des **patients**. Nos remerciements reviennent à tous les acteurs de la prise en charge qui rendent possibles la concrétisation de tous ces projets.

Vous souhaitant une très bonne lecture,

Sylvain Baty,

Directeur de l'Hôpital d'Enfants

## II. LES CHIFFRES CLÉS

L'activité par plateau d'hospitalisation (en nombre de journées) se présente comme suit :

	2017	2016	évol 2017/2016
<b>HC</b>	7 771	8 262	-5,94%
<b>HJ</b>	9 930	9 969	-0,39%
<b>HJUOI</b>	990	1 233	-19,71%
<b>HCUOI</b>	133	623	-78,65%
<b>TOTAL</b>	<b>18 824</b>	<b>20 087</b>	<b>-6,29%</b>

L'activité globale en nombre de journées de présence diminue de -6,29% par rapport à 2016. Toutefois, la comparaison avec 2016 s'avère difficile car les règles PMSI ont changé : les journées de sorties d'hospitalisation ne sont pas comptées alors qu'elles l'étaient en 2016. Ainsi, si on réintègre les 305 journées de sortie, on arriverait à -2,25%.

1. S'agissant du plateau d'HC <sup>1</sup>(hors UOI<sup>2</sup>), on note une diminution de près de -6%, laquelle peut s'expliquer par un dynamisme moindre sur la gestion des lits, du fait d'un nombre de médecins insuffisant pour une partie de l'année 2017.
2. L'activité d'UOI en HC s'est arrêtée en début d'année (février 2017), conformément au nouveau projet médical arrêté par la Direction et l'équipe médicale, ce qui explique la très forte diminution d'activité.
3. En HDJ UOI, on note une baisse d'activité de près de 20%, à mettre en lien avec l'arrivée d'un nouveau médecin et la redéfinition du projet de soins.

Notons que l'activité de l'établissement a été perturbée par un effectif médical particulièrement restreint sur le 1<sup>er</sup> semestre, avec des départs qui n'ont pu être tous remplacés immédiatement à cause des difficultés de recrutement (par exemple, le poste de médecin de Médecine Physique de Rééducation), et deux congés maternité (neuropédiatre et pédiatre).

La typologie d'âge des patients hospitalisés se présente de la manière suivante :

Âge	Eff H	Eff F	Eff Tot	Eff %
<b>0 à 5 ans</b>	247	135	382	31,41%
<b>6 à 12 ans</b>	314	226	540	44,41%
<b>13 à 17 ans</b>	152	127	279	22,94%
<b>18 à 29 ans</b>	7	8	15	1,23%
<b>Total</b>	<b>720</b>	<b>496</b>	<b>1 216</b>	<b>100,00%</b>

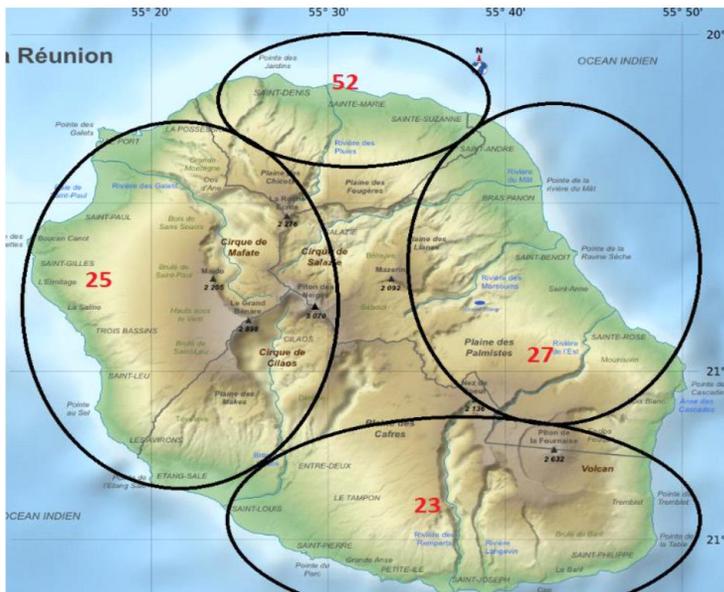
L'âge moyen et l'âge médian sont d'environ 8.25 ans.

---

<sup>1</sup> Hospitalisation Complète

<sup>2</sup> Unité d'obésité Infantile

## Provenance géographique



Les patients du nord du département sont les plus représentés, mais on note également une forte attractivité de toutes les autres régions de l'île, y compris du sud.

39 patients en provenance de Mayotte ont été admis (contre 27 en 2016). Le poids de la filière mahoraise représente 23% des patients de l'établissement pour 3 433 journées. La durée moyenne d'hospitalisation est de 66 jours contre 121 en 2016. Seuls quelques enfants ont une durée supérieure à 1 an. Ces séjours longs représentent une part très importante de l'activité de l'HC et augmentent d'année en année.

### Activité, Capacité :

	HC	HDJ	Dont UOI
<b>Capacité</b>	27 lits	57 places	12 places
<b>Activité (en journées)</b>	7 904	10 920	990
<b>Taux d'occupation</b>	79%	88%	

### Budget :

	2015	2016	2017
<b>Budget global</b>	19 460 k€	19 572 k€	16 448 k€

### Ressources humaines :

	2016	2017	écart
<b>Personnel médical et pharmaceutique (dont internes)</b>	14,47	12,09	-2,38
<b>Personnel non médical</b>	159,08	152,25	-6,83
<b>Total</b>	<b>173,55</b>	<b>164,34</b>	<b>-9,21</b>

### III. ÉVÈNEMENTS ET RÉALISATIONS 2017

## Janvier-2017 : installation du Comité Ethique et Bienveillance

Depuis janvier 2017, l'Hôpital d'Enfants a installé son Comité Éthique et Bienveillance (CEB). Le CEB est un organe consultatif qui ne prend pas de décisions mais qui formule des préconisations sur l'éthique et la bienveillance. L'instance a pour mission de :

- Promouvoir une démarche institutionnelle sur la bienveillance en définissant les concepts de la bienveillance, de faire l'état des lieux du dispositif actuel, d'améliorer et d'élaborer les outils d'évaluation des situations à risque.
- Aider le personnel, les patients et les familles à trouver des réponses à leurs questionnements éthiques liés aux soins



## Juin-2017 : Célébration des 70 ans de l'Hôpital d'enfants

Retour en images



Un hommage appuyé pour la fondatrice de l'établissement, Sœur Colette, Henriette GASCUEL de son vrai nom. Afin d'honorer son dévouement envers l'hôpital, une plaque commémorative est apposée au cours de la cérémonie d'hommage pour les 70 ans de l'établissement



## **Juillet-2017 : Inspection du circuit du médicament par l'ARS**

Le 12 juillet dernier, l'ARS a inspecté le circuit du médicament à l'HE. Parmi les principales recommandations, nous pouvons retenir la nécessité d'une vigilance particulière sur la traçabilité et la fiabilité des relevés de températures dans les réfrigérateurs.

L'informatisation du circuit, la mise en place en place d'une permanence et d'une astreinte pharmaceutique figurent parmi les points positifs de cet audit.

## **Août-2017 :**

**→ *Un nouveau programme pour les patients de l'Unité d'Obésité Infantile***

Les professionnels de l'UOI ont "mis sur pied" un nouveau mode de fonctionnement du service, fondé sur l'éducation thérapeutique du patient, qui permettra une meilleure lisibilité de l'activité, une cohérence accrue dans la prise en charge des patients et une augmentation de l'interaction entre les différents professionnels

**DÉSORMAIS, LA PRISE EN CHARGE SE DÉROULE SUR UNE PÉRIODE MOYENNE DE 15 MOIS SELON LES MODALITÉS SUIVANTES :**



## Septembre 2017 : avis favorable de la commission de sécurité

Dans les suites de la visite du 07 septembre 2017, la commission de sécurité et d'accessibilité a émis un **avis favorable** à la poursuite de l'activité dans les nouveaux locaux de l'hôpital. Cet accord est obtenu grâce à un investissement important en termes de rééquipement des locaux et d'entraînement des personnels.

## Octobre 2017 :

### ➔ *Visite de certification V2014*

Du 4 au 6 octobre 2017, Mme GRAMARD et M. WOCH, experts-visiteurs de la HAS étaient présents à l'HE pour réaliser la visite de Certification V2014. Durant ces trois jours, des investigations ont été menées autour de cinq grandes thématiques : le management de la qualité et la gestion des risques, le parcours patient, le dossier patient, le droit du patient et la prise en charge médicamenteuse. Si les deux experts ont tenu à féliciter le travail effectué et l'implication des équipes de l'HE et de la Direction Qualité, deux écarts mineurs et sans impact direct sur la qualité et la sécurité des soins ont tout de même été relevés : le dispositif d'urgences vitales au sein de la salle à manger et de la douche filiforme, ainsi que le respect des délais de traitement des demandes de dossier médical.

Depuis la fin de la visite, ces écarts ont été levés ou font l'objet d'une attention particulière. Afin de maintenir la dynamique d'une démarche qualité continue, comme le veut cette nouvelle version de la Certification, la Direction de l'établissement et le Président de CME comptent sur l'implication de chacun pour la poursuite des actions entreprises.

### → *Lancement du projet plateau ETP*

Depuis 2011, l'Hôpital d'Enfants est inscrit dans divers programmes d'Education Thérapeutique du Patient autorisés par l'ARS. Lors de la CME de juin 2017, il a été décidé de mettre fin aux programmes impliquant peu de patients et d'en maintenir seulement 4 en lien avec les maladies chroniques prioritaires à la Réunion : **la prise en charge du diabète et de l'obésité (existants), la prise en charge de l'asthme et de l'épilepsie (projets à créer)**. Afin de renforcer la prise en charge en éducation thérapeutique, l'HE a pour ambition de créer en 2018 un plateau d'ETP. Un groupe de travail spécifique a été initié le 23 octobre 2017. Composé des médecins coordonnateurs des programmes, de la Directrice des soins et d'une puéricultrice, ce groupe est chargé entre autre de définir les nouveaux projets et d'évaluer régulièrement les différents programmes.

## Décembre 2017 : Les fêtes de fin d'année



## IV. L'ACTIVITÉ DES SERVICES

## A. Rapport d'activité médicale

### 1. Présentation et organisation médicale de l'établissement

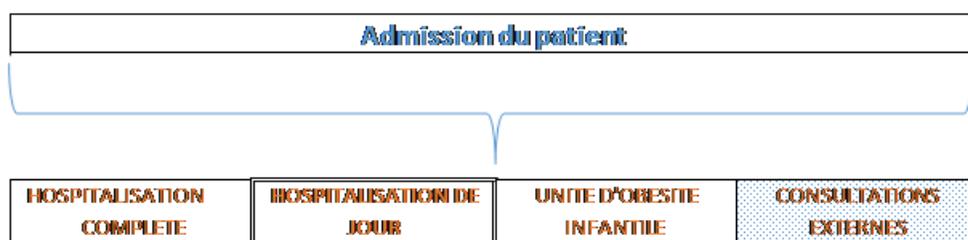
L'effectif médical a connu un turn-over important avec le départ d'un médecin MPR et d'un pneumo pédiatre. Le recours à des médecins en CDD a permis de pallier ces départs. Les nouveaux arrivants en CDI comptent un médecin généraliste pour la filière obésité et un pédiatre.

	ACTUEL
ETP Pédiatrie	5,5
ETP Rééducation Fonctionnelle Infantile	2,9
<b>EFFECTIF CLINICIENS</b>	<b>8,4</b>
Pharmaciens	1,3
DIM	0,5
<b>TOTAL EFFECTIF MEDICAL</b>	<b>10,2</b>

La principale difficulté concerne le recrutement de médecin MPR qui constitue un frein pour le développement de l'activité du secteur de Rééducation Fonctionnelle Infantile.

#### Organisation de la prise en charge par plateau

Les admissions au sein de l'établissement s'effectuent selon les modalités suivantes :



A noter que l'activité des consultations externes poursuit sa régression courant de l'exercice 2017, et de la conversion progressive de la plupart de celles-ci en journées d'hospitalisation de jour

## 2. Activité par plateau d'hospitalisation

### → Pour l'HC

La diminution du nombre de journées en HC (-6%) s'explique principalement par :

- Changement des règles PMSI, les journées de sortie ne sont plus comptées contrairement à 2016 (305 journées concernées, ce qui ramènerait la baisse du secteur à seulement -2.25% en dehors de ce changement réglementaire)
- L'arrêt de l'activité de l'UOI HC en début d'année

Les prises en charge concernent principalement les trois affections suivantes :

Extrait du casemix des principales PRISES EN CHARGE	en journées
Les affections du système nerveux	34%
Les affections et traumatismes du système ostéoarticulaire	18%
Les affections de la peau, des tissus sous-cutanés	12%

Les affections neurologiques sont les principales pathologies prises en charge en HC avec 53% des séjours et 34% des journées, en légère diminution par rapport à 2016. Puis ce sont les pathologies de l'appareil locomoteur et les brûlés, également en augmentation.

A noter que les patients hospitalisés en HC relèvent de prises en charge très lourdes, comme en témoigne le niveau de sévérité : 72.5% des journées relèvent du niveau de sévérité 2 (nette augmentation par rapport à 2015 et stable par rapport à 2016).

### → Pour l'UOI HDJ

L'unité d'obésité infantile connaît une baisse d'activité avec 990 journées en 2017 contre 1 233 en 2016, soit une évolution de **- 20%**.

Cette évolution est à mettre au regard d'une certaine instabilité de l'effectif médical au dernier trimestre de 2016 et début 2017. L'arrivée d'un nouveau médecin au premier trimestre 2017 permet de mettre en place de nouveaux projets thérapeutiques pour cette unité avec la volonté d'améliorer l'adhésion des patients au programme de soins.

Le taux d'occupation est de 33% pour une capacité de 12 places et 250 jours d'activité. La file active décline avec seulement 238 patients en 2017 contre 362 l'année passée. L'âge moyen est de 11.5 ans.

### → Pour le plateau HDJ

Après une forte augmentation depuis 2013 (prise du “virage ambulatoire” conformément aux recommandations nationales pour atteindre 60% d’activité en ambulatoire), on observe une certaine stabilité du nombre de journées d’HDJ par rapport à 2016 (-0.4%).

Toutefois, en termes de file active, notre établissement accueille un nombre d’enfants toujours plus important en ambulatoire, 879 patients, soit +9.87% en 2017. En comptant une capacité d’HDJ de 45 places et 250 jours d’ouverture par an, le taux d’occupation est de **88%**.

Comme en HC, la majorité des enfants sont principalement hospitalisés pour une pathologie neurologique. Puis arrivent les affections de l’appareil locomoteur, les troubles cognitifs et les brûlés presque à égalité en nombre de journées. Le casemix est très comparable à celui de l’année dernière, sauf pour les affections respiratoires qui ont fortement diminué du fait de l’arrêt de l’activité mucoviscidose au 1<sup>er</sup> janvier 2017.

Les prises en charge concernent principalement les quatre affections suivantes :

<b>Extrait du casemix des PRISE EN CHARGE principales</b>	<b>en journées</b>
<b>Les affections du système nerveux</b>	<b>45%</b>
<b>Les affections et traumatismes du système ostéoarticulaire</b>	<b>15%</b>
<b>Les troubles mentaux et du comportement</b>	<b>13%</b>
<b>Les affections de la peau, des tissus sous cutanés</b>	<b>13%</b>

### → Pour les consultations externes

<b>CONSULTATIONS EXTERNES</b>			
<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>N/N-1</b>	
2 743	2 074	-669	-24.38%

L’établissement a poursuivi ses efforts de rationalisation de l’activité ambulatoire en favorisant le regroupement des actes externes permettant une hospitalisation de jour plus cohérente et bénéfique pour le patient.

Par ailleurs, le développement des consultations communes avec des praticiens du CHU, notamment pour la filière de rééducation fonctionnelle, a permis de mieux valoriser l’activité

réalisée en ambulatoire. Par voie de conséquence, l'activité des consultations externes s'est réduite de -24.38% entre 2016 et 2017.

### **Le développement des consultations communes avec le CHU**

L'activité de consultations communes permet le développement des coopérations externes pour valoriser le parcours du patient et les coopérations interdisciplinaires des équipes médicales. A ce jour, on note les partenariats suivants :

<b>les spécialités</b>	
<b>Le docteur L' kaissi Mohamed</b>	<i>chirurgie infantile (rachis)</i>
<b>Le docteur Moro Anne</b>	<i>chirurgie infantile (membres sup)</i>
<b>Le docteur Mazeau Philippe</b>	<i>chirurgie infantile (rachis)</i>
<b>Le docteur Jaillant Christophe</b>	<i>les brûlés</i>

### **Les coopérations médicales avec MAYOTTE**

2 missions assurées par les neuropédiatres ont été réalisées en 2017.

→ *Pour les explorations fonctionnelles*

➤ En nombre d'actes

	<b>2017</b>	<b>2016</b>
<b>injection de toxines</b>	129	128
<b>réalisation de LAM</b>	112	73
<b>réalisation d'EEG</b>	250	140

On observe une stabilité de l'activité d'injection de toxines botuliques. L'activité du LAM (analyse du mouvement) est en forte augmentation. L'activité des EEG en HDJ croit avec la requalification systématique des venues en HDJ et non plus en simples consultations externes.

### 3. Implication médicale dans la démarche qualité

Différents groupes de travail impliquant des médecins ont été mis en place afin d'évaluer les risques inhérents à l'activité et de procéder à la mise en œuvre de plans d'actions qui concernent principalement la prise en charge médicamenteuse, le dossier patient et le parcours du patient.

La fonction de coordonnateur des risques liés aux soins s'est consolidée, démontrant l'implication de l'établissement dans la maîtrise des risques et leur gestion au quotidien et ce, avec l'appui de la CME.

Par ailleurs, des CREX réguliers impliquant des médecins permettent une analyse approfondie de certains évènements indésirables.

Les médecins et pharmaciens se sont également impliqués dans la mise en place de nouvelles méthodes de sensibilisation et d'investigation, comme le patient traceur, la chambre des erreurs et l'audit dossier patient.

### 4. Activité pédagogique

#### → Formation

Dans le cadre du renforcement des compétences en rééducation, un médecin généraliste a obtenu son diplôme universitaire de rééducation fonctionnelle et la reconnaissance par l'Ordre des médecins de la spécialité de médecin rééducateur.

L'équipe médicale a hautement contribué à la formation d'internes et de faisant fonction d'internes :

Dates	Nombre
Janvier au 1 <sup>er</sup> mai 2017	5 internes
2 mai au 1 <sup>er</sup> novembre 2017	1 interne
26/06 au 27/08	2 FFI
26/06 au 03/09	2 FFI
28/08 au 29/10	2 FFI
04/09 au 21/10	2 FFI
2 novembre 17 au 1 <sup>er</sup> mai 2018	1 interne

## 5. Objectifs de l'année 2018

L'année 2018 sera consacrée à :

- Mettre en œuvre le plateau d'ETP incluant 2 programmes existants (diabète et obésité) et deux nouveaux (épilepsie et asthme)
- Accompagner la transformation du centre de référence des maladies neuromusculaires rares en centre de compétence
- Formaliser le parcours du patient avec le secteur médico-social
- Renforcer les moyens médicaux de la filière rééducation fonctionnelle
- En accord avec le nouveau PRS II, favoriser la médecine de proximité comprenant le décroisement de l'hôpital vers le lieu de vie du patient. Une réflexion sur un projet d'équipe mobile SSR ou vers un autre lieu hospitalier pourra être envisagée, avec comme priorités, le diabète, l'obésité, les affections neuropédiatriques et du locomoteur.

## **B. Rapport d'activité soignante**

### **1. Réorganisation de l'encadrement soignant**

Après une phase de renouvellement de l'encadrement soignant en 2016, la charge de travail des cadres de proximité a été évaluée et rééquilibrée. Les binômes de suppléance ont été modifiés afin d'assurer plus de fluidité dans la mise en œuvre des projets professionnels et de secteurs. A ce jour, le cadre de l'hospitalisation complète est en binôme avec le cadre de l'hôpital de jour, le cadre du plateau technique et unité d'obésité infantile avec le directeur des soins.

### **2. Les faits marquants 2017**

La préparation de la certification HAS a engagé les services de soins dans un processus de modification des organisations et de prise en compte des évolutions issues de la réorganisation par plateaux de 2014.

Ainsi, l'hospitalisation complète a été sectorisée en deux secteurs de soins, permettant aux professionnels une prise en charge plus cohérente et une meilleure connaissance des patients.

Concernant l'Hôpital de Jour, le premier travail a consisté à réorganiser l'accueil, favorisant la confidentialité et permettant aux professionnels d'organiser et de planifier leur travail, en amont de l'arrivée des patients.

Le projet de soins de l'Unité d'Obésité Infantile a été réécrit, avec l'implication de l'ensemble de l'équipe de soin, pour être davantage en adéquation avec les principes de l'éducation thérapeutique et tenir compte d'une prise en charge exclusivement en hôpital de jour.

### **3. Activité**

Le principe du parcours patient est désormais connu de tous les professionnels. Le parcours patient des enfants hospitalisés est décrit pour l'hospitalisation complète et l'unité d'obésité infantile ; il doit être encore être approfondi pour l'hôpital de jour.

Le déploiement du dossier patient informatisé a été très aidant pour la réflexion sur les parcours. Hopital Manager est devenu l'outil central de gestion des hospitalisations, depuis l'admission jusqu'à la sortie, même s'il reste encore des ajustements à faire.

L'amélioration du fonctionnement de la commission d'admission, avec un point de situation sur les enfants présents et la présentation des dossiers des entrants, a permis de partager les informations avec tous les intervenants.

Pour certains enfants en attente d'hospitalisation en SSR, les personnels soignants peuvent être amenés à les rencontrer préalablement au sein de l'établissement « adresseur », afin de mieux évaluer la charge en soins, et d'anticiper et de préparer leur arrivée.

Enfin, le renforcement du partenariat avec l'ARAR a conduit à la formalisation d'une convention et au renforcement du recours à l'HAD.

## **4. Démarche qualité et gestion des risques**

Dans l'esprit d'une culture qualité partagée et participative, les soignants ont élaboré, conduit et/ou participé à de nouvelles actions telles que :

- Audits de dossiers patients
- Révision et/ou création de procédures
- Groupe de suivi des Evènements Indésirables mensuelle
- Comité de retour d'expérience mensuel
- Elaboration et mise en œuvre d'une « chambre des erreurs »
- Elaboration et mise en œuvre du « patient traceur »
- Comité éthique et bientraitance
- Evaluation des pratiques professionnelles

Ces dispositifs de travail ont permis de mettre en place des plans d'actions, suivis et tracés, afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients

## 5. La Gestion des Ressources Humaines

Une organisation formalisée de l'encadrement a permis de travailler sur des thématiques communes.

Ainsi, les personnels nouvellement intégrés, bénéficient d'un accompagnement formalisé. Dès leur arrivée, ils entrent dans un dispositif d'évaluation à 1 mois et à 3 mois, selon des objectifs attendus qui leur sont présentés à leur arrivée.

Une démarche de mutualisation des moyens est mise en œuvre. Toutes les absences ne sont pas remplacées, la décision est prise en fonction de la charge de travail. De la même façon, la décision du nombre de personnels présents, particulièrement le weekend, est évaluée regard de la charge en soins. Cette réflexion sur des organisations plus flexibles a permis de réaliser une économie substantielle ( $\approx 100\ 000\text{€}$ ).

### → *Modification du tableau des effectifs*

L'intégralité des départs n'a pas été remplacée. 50% d'ETP ergothérapeute a été créé, par redéploiement de 50 % de poste de kinésithérapeute. Deux contrats aidés du service de bionettoyage n'ont pas été remplacés.

### → *Formations*

<b>participation aux formations collectives</b>	<b>nb de participants</b>
<b>formation incendie</b>	<b>39</b>
<b>la gestion du stress</b>	<b>12</b>
<b>la prévention des risques liés à l'activité physique</b>	<b>14</b>
<b>la prévention du risque infectieux</b>	<b>5</b>
<b>la certification et gestion des risques dans les ES</b>	<b>13</b>
<b>la gestion du stress au sein de son équipe</b>	<b>2</b>
<b>le circuit médicament</b>	<b>6</b>
<b>PRAP'S IBC</b>	<b>3</b>
<b>AGFSU</b>	<b>20</b>
<b>la communication avec une personne sourde</b>	<b>20</b>
<b>évaluation motrice du sujet cérébrolésé</b>	<b>11</b>

Au total, 145 personnels ont été formés via les formations collectives (à savoir, qu'une même personne peut faire 2 ou 3 formations). Ce chiffre concerne les personnels soignants, l'équipe de bio nettoyage, l'équipe de la pharmacie.

Les évaluations professionnelles ont été menées auprès de l'ensemble des soignants, permettant de déterminer des objectifs de travail individualisés, et d'élaborer une partie de plan de formation 2018.

L'envoi en formation des salariés est organisé en amont avec des objectifs institutionnels évalués avec le cadre, au retour de formation.

### → *Activité pédagogique*

L'établissement accueille tout au long de l'année des étudiants de toutes catégories professionnelles sachant que les étudiants issus des instituts de formation de l'île sont privilégiés. Ainsi, pas moins de 58 stagiaires ont été accueillis en 2017 :

- HC : 2 étudiantes puéricultrices, 12 étudiantes IDE et 16 étudiantes AP
- HDJ : 2 étudiantes IDE et 2 étudiantes AP
- Bionettoyage : 2 stagiaires
- UOI : 1 étudiante IDE, 1 étudiante puéricultrice et 2 étudiantes AP
- PTT-E : 3 étudiantes EJE, 8 étudiants kinésithérapeutes, 3 étudiants ergothérapeutes et 4 étudiants psychomotriciens.

Par ailleurs, plusieurs salariés de catégories professionnelles différentes (cadre, thérapeute, puéricultrices, auxiliaire puéricultrice...) participent à la formation délivrée par les instituts de l'ASFA.

## 6. Les perspectives et objectifs 2018

La préoccupation principale sera de continuer à optimiser le parcours patient, aussi bien en amont qu'en aval tout en tenant compte des contraintes médico-économiques, et de proposer une offre de soins en lien avec les besoins de la population.

**En amont**, il s'agit de fluidifier l'entrée du patient à l'Hôpital d'enfant. Le travail entamé avec le Centre Hospitalier Universitaire, aussi bien sur le plan social que médical, sera poursuivi.

Nous finaliserons les parcours patients en Hôpital de jour, en réorganisant les soins, et en travaillant sur le partage des informations par tous les acteurs de l'hôpital.

L'offre de soins devrait se renforcer avec la mise en œuvre des programmes d'éducation thérapeutiques « Asthme » et « Epilepsie ».

En prévision de l'ouverture de la balnéothérapie début 2019, les équipes soignantes, éducatives et de bionettoyage seront mobilisées pour formaliser les organisations et les circuits relatifs à cette nouvelle modalité de soins.

**En aval**, la mise en place d'un partenariat avec le secteur libéral offrira aux patients des possibilités de suivi des soins à la sortie, avec des professionnels compétents.

La mise en place de collaborations plus étroites entre le service social et le service éducatif permettra de mieux préparer la sortie du patient dans tous ses aspects de réinsertion et d'adaptation.

Enfin, concernant les personnels, nous travaillerons à mieux anticiper et organiser la gestion du personnel en situation exceptionnelle. Les cadres travailleront à l'écriture d'une charte de « management bientraitant » qui en tiendra compte.

## C. Rapport d'activité des psychologues

### 1. chiffres-clés

activité	nb actes
HC	217
HJ	1 344
UOI	218

Soit **1 779 actes** des psychologues concernant la prise en charge des patients (entretien, bilan et synthèse).

### 2. Présentation et organisation du service

#### → *Présentation de l'équipe*

L'équipe de psychologues est composée de 3.5 ETP :

- La psychologue clinicienne rattachée au plateau d'HDJ : 1 ETP. dont la classe TELEMAR (classe des troubles spécifiques des apprentissages)
- La psychologue clinicienne rattachée au plateau d'HC et d'UOI : 60 % HC et 40 % UOI.
- La psychologue spécialisée en neuropsychologie : 1 ETP.
- La psychologue clinicienne rattachée à la filière CRMNRR : à 50%

#### → *Organisation*

Les demandes d'entretiens psychologiques s'effectuent quasi systématiquement par le médecin référent *via* le logiciel HM. Il est à noter que toute personne de l'équipe, est susceptible de faire une demande d'intervention des psychologues auprès d'un enfant, mais cette demande doit remonter jusqu'au médecin qui doit alors faire une prescription sur HM.

Si l'entretien révèle un besoin de suivi psychologique pour l'enfant, alors le psychologue fixe des entretiens psychologiques soit hebdomadaires, bimensuels ou mensuels en adéquation avec la situation médicale, sociale, familiale et psychologique.

L'arrêt des entretiens s'effectue soit lorsque l'enfant ne semble plus avoir besoin d'un suivi psychologique, soit pour cause de son départ de la structure. Dans ce dernier cas, et si le besoin

de suivi psychologique est toujours présent et accepté par l'enfant et sa famille, la psychologue référente organise un relai avec des partenaires extérieurs.

### **3. Implication dans la démarche qualité et gestion des risques**

Différentes actions ont été menées par les membres de l'équipe des psychologues :

- Participation aux groupes de certifications V2014 :
  - Accompagnement en fin de vie
  - Parcours patient
  - Participation à la constitution d'un Comité Ethique et Bienveillance.
- Participation à l'élaboration du projet « repas thérapeutique » en HDJ et en HC
- Participation à l'élaboration d'un projet de formation en interne avec la collaboration de l'équipe de soins palliatifs (ensemble de l'équipe des psychologues)

### **4. Les Ressources Humaines**

On note la démission de la psychologue d'HC et d'UOI, suivie d'un recrutement le 20 juin 2017. Deux stagiaires ont également été accueillies durant l'année 2017.

Plusieurs formations ont été suivies en 2017 : Sensibilisation aux soins palliatifs, Journée de sensibilisation à la radicalisation, Forum de neuropsychologie de la langue française, Formation communication non verbale, DU d'hypnose.

### **5. Les perspectives et objectifs 2018**

L'équipe des psychologues, en lien avec le projet de l'établissement, aura pour objectifs de :

- Former l'ensemble de l'équipe à l'ETP
- Mener une réflexion concernant la répartition de la charge de travail, et l'organisation des services suite au départ du mi-temps en charge de la filière CRMNR en janvier 2018
- Développer le partenariat entre les psychologues des autres institutions, notamment au sein de l'ASFA (notamment par la mise en place de réunion mensuelle avec la neuropsychologue du CAMSP)

## D. Activité de la Pharmacie à Usage Intérieur

### 1. Présentation et organisation

Avec 2 pharmaciens (1.3 ETP), 4 préparateurs (3.4 ETP) et 1 agent administratif (0.5 ETP), la PUI de l'ASFA a pour missions de délivrer les médicaments prescrits pour les usagers de l'Hôpital d'Enfants et de l'EHPAD Saint-François et la RMM Sainte-Clotilde, soit près de 250 usagers.

Depuis novembre 2017, elle n'assure plus aucune délivrance au profit du Pôle médico-social Handicap de l'ASFA.

### 2. Activité

#### → L'inventaire de la PUI

1 531 références dans le stock, un espace de stockage de 273 m2

L'inventaire physique de la pharmacie s'est déroulé le 3 décembre 2017.

	avant inventaire	après inventaire	écart	%
<b>valeur 2017</b>	189 254 €	171 753 €	- 17 500,90 €	-9%
<b>quantité 2017</b>	303 909 €	282 103 €	- 21 806,0 €	-7%

<b>valeur 2016</b>	183 122 €	174 558 €	- 8 564,09 €	-5%
<b>quantité 2016</b>	306 210 €	284 259 €	- 21 951,00 €	-7%

L'écart d'inventaire annuel s'est dégradé passant de -5% à -9% de la valeur du stock.

	2016	2017
<b>Valeur du stock à la clôture de l'exercice</b>	198 548,81 €	166 572,97 €

### → Evolution des postes de dépense

Le poste « **Produits pharmaceutiques et produits à usage médical** » s'élève à 742 K€ en 2017 contre 786 K€ en 2016 soit une diminution de -5.47% ou -43 K€. L'évolution s'explique par la variation d'activité, la typologie des patients et le traitement comptable des variations de stocks.

### → Molécules onéreuses

	2016	2017
<b>TOTAL</b>	98 408 €	87 440 €

Les molécules en sus sont établies d'après une liste fermée établie et maintenue par le ministère et fait l'objet d'une publication sur le site de l'ATIH<sup>3</sup>. Cette liste est communiquée par le médecin DIM à l'ATIH en perspective d'un remboursement au profit de l'établissement.

## 3. Participation à la démarche qualité et gestion des risques

La pharmacienne, Emilie DUCROCQ, en lien avec la coordinatrice des soins, Laurence SOLA, est pilote de la thématique « circuit du médicament » du compte qualité HAS.

En parallèle, la pharmacienne est nommée coordonnateur des risques liés aux soins et responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

Une visite d'inspection de la PUI par l'ARS a eu lieu le 12 juillet 2017. Cette visite avait comme objectif d'évaluer le circuit du médicament dans la PUI et dans les services de soins de l'hôpital d'enfants.

La conclusion du rapport a fait état d'un bilan positif malgré 7 écarts relevés par l'inspectrice. Des mesures correctives ont été mises en place : seule la non-conformité concernant le suivi des températures des enceintes réfrigérées reste à lever au 31 décembre 2017. L'acquisition de nouveaux équipements au premier semestre 2018 permet de lever ce point de réserve.

La visite de certification V2014 s'est déroulée en octobre 2017 et a permis de lever complètement la recommandation issue de la V2010 sur l'informatisation du circuit du médicament.

---

<sup>3</sup> Agence Technique de l'Information Hospitalière ([www.atih.sante.fr](http://www.atih.sante.fr))

## → COMEDIMS

3 réunions ont été organisées en 2017 et les sujets suivants ont été abordés :

- Gestion des fluides médicaux : une procédure a été mise en place
- Point sur le devenir des prescriptions dans HM réalisées par des médecins ayant quitté l'établissement
- Point sur les commandes globales des services
- Validation de la traçabilité de la concertation avec le référent ATB
- Validation du changement de prescription par le pharmacien
- Commande de canules de trachéostomie et les boutons de gastrostomie sur HM
- Référent pharmacie nommé en HC et en HDJ
- Point sur les commandes via le logiciel Pharma
- Gestion du stock de bandes plâtrées
- Liste des médecins habilités à prescrire

## → Pharmacovigilance

	2016	2017
<b>Nombres d'alertes de pharmacovigilance</b>	36	34
<b>Nombres d'alertes de pharmacovigilance avec retrait et destruction</b>	1	3
<b>Nombres de déclarations de pharmacovigilance</b>	0	0

3 retraits concernent l'affaire Lactalis. Il y a eu également suspension de commercialisation d'un produit (Hydroxyzine médicament générique de l'Atarax cp) pendant plusieurs mois et 3 recommandations d'utilisation transmises au service

## → Matéiovigilance

	2015	2016	2017
<b>Nombres d'alertes de matéiovigilance</b>	9	10	10
<b>Nombres d'alertes de matéiovigilance avec retrait</b>	0	0	0
<b>Nombres de déclarations de matéiovigilance</b>	0	0	0

2 alertes avec recommandation d'utilisation de matériel ont été transmises aux services.

## → *Évaluation du circuit du médicament*

Un audit des armoires à pharmacie dans le service d'HDJ a été réalisé par la PUI. Cet audit a été réalisé par le Dr DUCROCQ en présence d'une Infirmière puéricultrice du service d'HDJ. L'audit portait sur les conditions de stockage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles.

3 points ont été observés :

- L'organisation générale
- La tenue du stock
- Les moyens de contrôle

En conclusion, la pharmacie du service d'HDJ est bien tenue même si un rappel a été fait au personnel soignant sur l'importance de ne pas découper les blisters non hospitaliers.

## **4. Activité pédagogique**

Accueil d'un apprenti dans le cadre de sa formation diplômante à l'exercice du métier de préparateur en Pharmacie

## **5. Objectifs de l'année 2018**

Les projets cibles pour l'année 2018 ont été établis comme suit :

- Mettre en place de la conciliation médicamenteuse conformément aux engagements pris dans le Contrat d'Amélioration de la Qualité et sécurité des soins (CAQES).
- Améliorer le taux de prescription des médicaments en DCI
- Revoir le processus d'approvisionnement des fluides
- Réorganiser les conditions de stockage au sein de la PUI
- Mettre en place un inventaire tournant
- Réorganiser la répartition des tâches entre les préparateurs
- Mettre en place d'une EPP sur les interruptions de tâches
- Mettre en place la sérialisation des médicaments

## E. Le secrétariat médical

### 1. Chiffres-clés

➤ Production documentaire

	nb de comptes rendus par mois	durée moyenne de dictée (en minutes)	délagi de réalisation après la sortie (en jrs)
activité de Pédiatrie	89	5	
activité de Rééducation Fonctionnelle	184	3	
activité Hospitalisation Complète	85	7	32

➤ Consultations Communes

18 consultations communes soit une moyenne de 1, 5 CS par mois pour un total de **167 patients**.

➤ Consultations appareillage

56 consultations d'appareillage ont été accueillies avec **1 377 patients**.

➔ *Les archives*

➤ Mouvements de dossiers

En lien avec l'informatisation du dossier patient, les archives enregistrent pour l'année 2017 une baisse de la production de dossiers papiers de 20 à 30 % de dossiers en moins.

Année	Dossiers sortants	Dossiers entrants	Pochettes créées	Demande de dossiers par voie orale	Demande de dossiers par bordereau	Demandes de dossiers inconnus aux archives	Total mouvement dossiers
2016	2887	2961	684	257	5446	882	6532
2017	2635	2164	536	0	4579	664	5335

➤ Remplissage des salles archives suite à l'externalisation partielle menée courant 2017

	Externalisation partielle	
	avant	après
taux de remplissage de la salle des archives	90%	70%

➤ Destruction :

437 kg de documents institutionnels détruits

## 2. Présentation et organisation

### → *Le secrétariat médical*

Un effectif de 7,27 ETP réparti sur 3 secteurs :

- Hospitalisation Complète
- Pédiatrie
- Rééducation fonctionnelle infantile

### → *Les archives*

Un effectif de 1 ETP.

## 3. Les faits marquants 2017

- L'appropriation du nouvel outil Hôpital Manager
- Externalisation partielle des archives

## 4. L'activité

Le secrétariat médical a participé en 2017 aux réorganisations :

- Des consultations d'appareillage
- Du parcours du patient en HDJ
- Du circuit des Bons de Transport.

Les agents des archives ont travaillé sur l'actualisation et l'alimentation de la base de données des dossiers patients papiers. Une opération de sous-traitance partielle des archives avec la société Archives Réunion a permis la libération de volumes de stockage des dossiers.

## 5. La participation à la démarche qualité et gestion des risques

Participation de plusieurs professionnels :

- aux comptes qualité (Soins palliatifs, Parcours Patient, Dossier patient)
- à un patient traceur

Contribution aux déclarations d'évènements indésirables :

	2014	2015	2016	2017
<b>Nombre d'EI déclarés</b>	19	5	8	17
<b>Proportion de déclaration métier / à l'ensemble de l'HE</b>	5,8%	2,2%	4%	7,4%

## 6. Les Ressources Humaines

On note principalement :

- La formation à la démarche qualité et gestion des risques pour deux professionnels.
- L'accueil d'une stagiaire sur deux semaines au dernier trimestre 2017.
- Suite à une étude, l'amélioration globale de la maîtrise du stress au niveau de l'équipe.

## 7. Les perspectives et objectifs 2018

- Mener un audit organisationnel début 2018
- Mettre en œuvre les ajustements organisationnels
- Réduire la production de dossier patients papier
- Formaliser les processus organisationnels
- Continuer la structuration des tableaux de bord de suivi d'activité

## F. Rapport d'activité du Bureau des Entrées

### 1. Chiffres-clés

#### → *Évolution des admissions*

	2S2016	1S2017	2S20017	évolution moyenne
<b>HDJ</b>	662	558	502	-13%
<b>HC</b>	252	180	144	-24%

Le nombre d'admissions a baissé en raison de deux facteurs :

- La baisse structurelle de l'activité (-6%)
- La réorganisation du parcours patient dans le cadre de l'informatisation du DPI

#### → *Évolution de la facturation hors assurance maladie (titre II)*

2016	2017	écart	
<b>5 253 933 €</b>	2 265 207 €	-2 988 726 €	-57%

La facturation a baissé de manière significative avec l'arrêt de la facturation de la Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte.

### 2. Présentation et organisation

L'équipe est composée de quatre personnes dont une responsable. Le service se décline en quatre postes :

- Une hôtesse d'accueil
- Un agent administratif au bureau des entrées
- Un agent administratif à la facturation.

Ces quatre postes sont complémentaires et fonctionnent en roulement hebdomadaire.

### 3. Les faits marquants 2017

Depuis le 4 septembre 2017, le service a récupéré la gestion des prescriptions médicales de transport. Le bureau des entrées assure le lien entre les sociétés de transporteurs et le secrétariat médical.

## 4. L'activité

Le niveau de qualité de la facturation de 2017 s'est amélioré compte-tenu d'une meilleure maîtrise par les agents du nouveau logiciel de facturation. Ce constat est confirmé par la forte baisse des rejets (environ 30 dossiers).

Des difficultés persistent au niveau du paramétrage pour les AME nouveaux nés (entraînant des rejets) et des ALD hors liste et multiples. Pour 2017, environ 200 dossiers sont non valorisés pour les ALD hors liste.

La facturation de Mayotte reste problématique. Même si les patients rattachés à la Caisse de sécurité sociale de Mayotte relèvent du régime général, la facturation des forfaits journaliers est permise. Pour des contraintes de présentation des factures, la caisse refuse le paiement de celles-ci malgré les multiples corrections apportées par le bureau. A ce jour, les factures sont établies manuellement pour répondre aux exigences de la Caisse de Mayotte, à raison de 100 dossiers pour l'année 2017.

## 5. Participation à la démarche qualité et gestion des risques

Dans le cadre de la certification V2014, le bureau des entrées s'est impliqué pour la thématique *parcours du patient*.

## 6. Ressources Humaines

De février 2017 à décembre 2017, un agent administratif était en congé maternité. La période d'absence est couverte par un remplacement en CDD.

Deux stagiaires ont été formées à l'accueil pour une période de 5 semaines.

## 7. Les perspectives et objectifs 2018

- Consolider l'usage du dossier patient informatisé
- Poursuivre la structuration de la gestion des recouvrements de créances de l'HE
- Poursuivre la collaboration mise en place entre le service social, le secrétariat médical et le Bureau des entrées.
- Maintenir les réunions trimestrielles avec le secrétariat médical, pour une meilleure gestion des prescriptions médicales de transports.
- Mettre en place une nouvelle procédure de suivi des ALD hors liste et multiples permettant un suivi plus rigoureux.
- Revoir, avec l'éditeur du DPI, les paramétrages des envois des Informations Séjours afin que ces différents dossiers puissent être valorisés auprès de la CGSS et que cela soit pris en compte dans notre budget global.

## V. LES SERVICES SUPPORTS

## **A. La cellule DIM**

### **1. chiffres-clés**

7951 RHS codés

1650 séjours, 18824 journées de présence

### **2. Présentation et organisation**

Le Département d'information médicale est composé d'une technicienne d'information médicale à plein temps et d'un médecin DIM à mi-temps.

Il est responsable du codage des séjours d'hospitalisation complète et de jour, des envois mensuels du PMSI aux tutelles, et des remontées d'informations auprès de la direction, des praticiens et des services en général, en ce qui concerne l'activité de l'établissement.

Il travaille en relation étroite avec la cellule du dossier patient informatisé, en assurant notamment la responsabilité des droits et habilitations d'accès au dossier patient. Il travaille également avec le service des archives, en ce qui concerne la gestion des dossiers papiers. Le DIM est garant de la confidentialité des données médicales des patients.

Il travaille également en étroite collaboration avec le bureau des entrées, car le codage, la facturation et l'envoi des données doivent être coordonnés, du fait de notre logiciel DPI intégrant la GAP (gestion administrative du patient).

### **3. Les faits marquants 2017**

Le nouveau DPI déployé au deuxième semestre 2016 est totalement opérationnel en 2017. Toutes les données de l'année en sont extraites.

Ce nouvel outil nous a permis une mise en conformité avec les règles du guide méthodologique, notamment en ce qui concerne les sorties de moins de 48 heures.

Un nouvel outil BI (Qlikview) est adossé à ce DPI et permet au médecin DIM d'utiliser la base PMSI pour réaliser des statistiques.

## 4. L'activité

### → *Le codage*

La technicienne d'information médicale code tous les RHS : l'établissement a opté définitivement en 2017 pour un codage centralisé des diagnostics par le DIM, éventuellement complété d'échanges avec les médecins si nécessaire.

Le codage des dépendances et des actes de rééducation et réadaptation reste décentralisé auprès des professionnels concernés.

### → *Les contrôles d'exhaustivité*

Des actes CCAM et des actes Csarr avec une analyse systématique par le DIM sur les RHS sans aucun acte de rééducation

Notons qu'en 2017, l'exhaustivité du codage obligatoire (diagnostics et dépendance) ne pose plus de problème et les envois mensuels se font sans retard

### → *Les contrôles qualité du codage*

Des contrôles ont été développés en 2017 afin d'améliorer la qualité des données, pour réaliser des statistiques et mieux valoriser les séjours.

Le contrôle de Qualité des actes CSARR comprend la recherche des erreurs de saisie des actes (score de rééducation > 200).

Tous les séjours d'HC sont repris en fin d'année par le médecin DIM afin de rechercher une sévérité pouvant faire passer le séjour en sévérité 2. Un contrôle est effectué sur les séjours de soins palliatifs afin que la notion de « lit dédié » soit renseignée.

### → *Les envois*

Le médecin DIM est chargé des envois mensuels à l'ATIH et de leur validation. Les envois mensuels comportent les RHS (codage des diagnostics, dépendance et actes), des données administratives (vidhosp), un fichier complémentaire concernant les molécules onéreuses, un fichier d'activité externe.

Les envois ont été réalisés cette année dans les délais réglementaires. L'envoi annuel 2017 ne comporte aucune erreur.

Des contrôles supplémentaires de la qualité des données sont réalisés à partir des tableaux OVALIDE.

### → *Veille réglementaire*

Un travail de veille réglementaire et documentaire est effectué régulièrement par le médecin DIM, particulièrement dans cette année riche en actualités et de mise en place de la tarification à l'activité en particulier en 2017.

## **5. La participation à la démarche qualité et gestion des risques**

### → *L'identitovigilance*

Le DIM anime la cellule d'identitovigilance (3 réunions annuelles).

Le DIM est intervenu en 2017 dans tous les services, dans le cadre des « quart d'heure qualité », afin de sensibiliser les personnels à l'importance de l'identitovigilance et aux risques propres à chaque activité.

Le médecin DIM DPI est pilote du compte qualité identitovigilance et a participé à la visite de certification V2014 en 2017.

Le médecin DIM et la technicienne d'information médicale participent au comité régional d'identitovigilance Océan Indien.

Le médecin DIM a travaillé avec la cellule DPI à la mise en place du flux d'identités d'HM vers la plateforme régionale (GCS Tesis). Ce flux est opérationnel, le DIM a été formé à l'utilisation du logiciel de rapprochement des identités. Le rapprochement effectif des identités se fera au cours de l'année 2018.

### → *Le dossier patient*

Le médecin DIM participe aux travaux sur le dossier patient :

- élaboration d'une politique du dossier patient
- procédures de gestion du dossier papier
- réalisation d'audits sur le dossier patient
- politique d'archivage et décisions concernant l'externalisation

## **6. Les Ressources Humaines**

L'allègement de la cellule DPI en 2017, du fait de la fin du déploiement du DPI, a conduit la technicienne d'information médicale à assumer plus de tâches, particulièrement la création des profils utilisateurs sur HM.

## 7. Les perspectives et objectifs 2018

- Poursuivre les actions d'amélioration de la qualité du codage
- Améliorer le suivi du codage et de l'exhaustivité des actes de rééducation, malgré la limitation des outils HM.
- Développer de nouveaux contrôles qualité pour le codage des diagnostics
- Accompagner le codage les activités d'éducation thérapeutique afin de les valoriser au mieux, celles-ci étant un point majeur du projet médical.
- Piloter la thématique dossier patient, incluant les archives
- Auditer les dossiers patients
- Ecrire de procédures visant à améliorer l'utilisation du DPI.
- Poursuivre les travaux régionaux dans le cadre de Tesis : alimentation de la plateforme Lien des documents médicaux d'HM

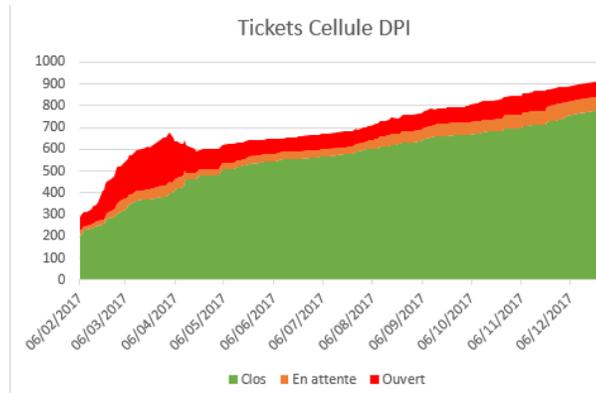
## B. La cellule DPI

### 1. chiffres-clés en 2017

Tickets ouverts non traités : 72

Tickets en attente de retour : 64

Tickets traités et clôturés : **762**



La traçabilité est assurée par l'application de gestion de projet Smartsheet. Seules les tâches nécessitant un suivi sont déclarées via un ticket. Les demandes ponctuelles quotidiennes ne sont pas décomptées dans cet outil.

### 2. Présentation et organisation

La cellule DPI est composée de 3 collaborateurs. Un responsable (0.20 etp), un responsable applicatif (0.60) et une assistante de projets (0.80 etp).

Avec la finalisation du déploiement d'HM fin 2016, les modalités d'organisations de la cellule ont été revues :

- A partir du mois de février 2017, chaque semaine, l'équipe de la cellule DPI se réunit pour faire le point sur l'avancement des différents chantiers
- En mars 2017, mise en place de la nouvelle gestion des **tickets**, le principe étant d'alléger les sollicitations de la cellule en responsabilisant les référents métiers sur le terrain.

### 3. Les faits marquants 2017

Le nouveau Dossier Patient Informatisé a été complètement déployé en décembre 2016. L'année 2017 fut consacrée à l'accompagnement des utilisateurs, la finalisation de la mise en place applicative, le développement de nouveaux outils.

- ➔ La livraison de l'outil de requêtes des statistiques (BI<sup>4</sup>) s'est effectuée en février 2017. Trois modules sont concernés : le PMSI, la facturation et l'Hôpital Numérique. Les points forts sont l'accès aux données du Dossier Patient avec un maquetage séduisant. Les points faibles rencontrés sont la fiabilité, la disponibilité et le périmètre restreint des requêtes (aucune donnée sur la gestion des agendas et la bureautique).
- ➔ Visite des experts visiteurs de l'HAS en octobre 2017 dans le cadre de la certification de l'établissement (référentiel V2014). La thématique du SIH a été abordée en transversal au travers de 5 thématiques principales.

En décembre 2017, la cellule DPI a rédigé un courrier à l'adresse de la Direction de l'éditeur SWM<sup>5</sup>. Ce courrier reprend l'ensemble des tickets non résolus (au nombre 58) par le service support et les réserves, signalées dans la VSR du lot II, non traitées à ce jour. L'objectif de la démarche était d'alerter la Direction de SWM sur nos difficultés à traiter des tickets sans coordonnateur à leur niveau.

## 4. L'activité

### ➔ *L'évaluation d'usage DPI*

Passé un premier semestre d'utilisation du nouveau Dossier Patient Informatisé, la cellule DPI a débuté l'évaluation des pratiques. Les services visités sont :

- Le Plateau Technique Transversal (thérapeutes et cellule de programmation)
- Plateau éducatif
- Les soignants infirmiers et AP

### ➔ *Le développement de l'interopérabilité du logiciel SWM*

- Mise en production du flux automatisé de la facturation avec l'ERP de gestion (SAP) installé au Siège de l'ASFA
- Mise en production du flux des Identités Mouvements Séjours avec le logiciel PHARMA de la PUI
- Lancement des travaux d'alimentation de l'entrepôt des données régionales de TESIS. Un premier axe avec les *identités* est lancé avec une finalisation en décembre 2017.

---

<sup>4</sup> Business Intelligence

<sup>5</sup> SoftWay Medical

### → *Le développement de nouveaux formulaires et modèles bureautiques*

- Formulaires au nombre de 4 (Recueil des données IDE et macro cible à l'entrée du patient, suivi diabète et recueil médical)
- Modèles bureautique au nombre de 21 (essentiellement les kinésithérapeutes)

### → *Le stockage et l'archivage Numérique*

Constitution d'un groupe de travail portant sur la thématique de l'archivage numérique. L'objectif est de proposer aux utilisateurs une charte et des procédures métiers permettant de cadrer et d'accompagner le stockage des données de santé telles que des photos, des résultats d'explorations fonctionnelles dans et hors du DPI.

### → *La mise en œuvre du mode dégradé*

L'établissement a rencontré de nombreuses coupures d'HM qui ont nécessité l'activation de la procédure du mode dégradé. Celle-ci a fait l'objet d'ajustements pour faciliter le déroulement des opérations. La cellule DPI a développé une interface d'accès rapide et facilité aux impressions à partir du poste dédié au mode dégradé.

## **5. Participation à la démarche qualité et gestion des risques**

La certification V2014 se fait d'après une approche par thématique. Une d'entre elles concerne le **SIH**. Le responsable de la cellule DPI est le pilote du compte qualité. Le processus d'identification des risques a permis de retenir **5 risques à priori**. Un plan d'actions est formalisé et suivi par le pilote permettant de prendre les mesures adéquates pour limiter voire réduire les risques de cette thématique.

L'informatisation globale, à l'échelle de l'établissement, du Dossier Patient est effective en année pleine à compter de 2017. Il n'est pas surprenant de constater une nette hausse des déclarations d'Evènements Indésirables (au nombre de **16**) rapporté à l'année précédente. L'essentiel se justifie par des dysfonctionnements d'Hôpital Manager.

## 6. Les Ressources Humaines

L'équipe est composée de 3 collaborateurs. 2 d'entre eux sont passés à temps partiel en cours d'année.

Le responsable applicatif a bénéficié d'une formation au paramétrage des requêtes d'HM au mois de février 2017. Cette formation a été dispensée par un consultant de Softway Médical en parallèle de sa venue pour le déploiement du module BI.

## 7. Les perspectives et objectifs 2018

- Poursuivre l'évaluation auprès des utilisateurs du DPI
  - Les médecins
  - Le secrétariat médical
  - Le bureau des entrées
- Revoir des modules existants
  - la gestion de la bureautique
  - le requêteur des statistiques (BI)
- Déployer de nouveaux modules
  - La reconnaissance vocale
  - Les douchettes à la PUI
- Réviser et déployer des formulaires et documents bureautiques
  - Les documents en rapport avec la mise en place des programmes d'Education Thérapeutique
  - Les échelles de douleur
  - La demande d'admission
- Poursuivre L'interopérabilité
  - L'actualisation manuelle de l'annuaire des correspondants
  - L'envoi des comptes rendus vers l'entrepôt des données régionales de TESIS
- Formaliser la Politique d'usage du DPI
  - Elaborer une politique d'usage du DPI accompagnée des procédures
- Assurer le suivi du Compte qualité SIH
  - Planification, mise en œuvre, évaluation et correction des actions de prévention

# C. La qualité, gestion des risques et droit des usagers

## 1. Le Management de la qualité

→ *Gouvernance et pilotage de la démarche qualité et gestion des risques*



Une nouvelle organisation de pilotage de la démarche qualité et gestion des risques a été mise en place en début d'année 2017 ; on distingue 3 niveaux de pilotage :

- Stratégique (avec la création d'un COPIL Qualité Sécurité des soins, réuni 4 fois en 2017)
- Coordination / Pilotage (avec la création d'un CODIR Qualité)
- Opérationnel (avec le maintien et la multiplication des comités et commissions)

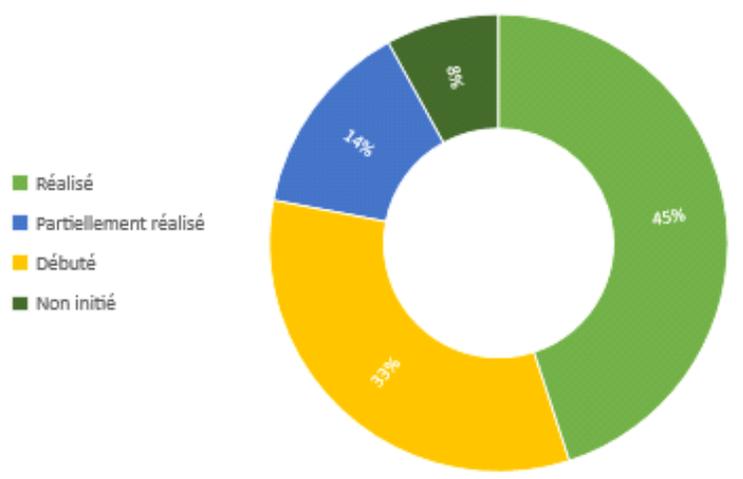
→ *Suivi d'élaboration et mise à jour des procédures*

	2015	2016	2017
Procédures nouvelles (V1)	2	9	26
Procédures mises à jour (Vn)	1	8	53
Procédures annulées	0	6	62
Procédures en attente de finalisation	3	8	7

Un travail de révision des procédures a été entrepris en 2017, des réunions hebdomadaires avec l'encadrement de l'établissement ont permis un travail régulier et intensif.

→ *PAQSS*

La mise à jour du PAQSS a été réalisée, validée par les instances. Un premier bilan de suivi a été réalisé en septembre, puis en décembre 2017.



➤ Les actions prioritaires :

Lors de l'élaboration du PAQSS, 32 actions avaient été identifiées comme prioritaires du fait de leur niveau de gravité ou de maîtrise insuffisante. En fin d'année, on constate que 5 de ces actions n'ont pas été réalisées. Elles sont donc reconduites en 2018.

## → *Compte qualité*

Le compte qualité a été transmis à la HAS début avril 2017, 6 mois avant la visite de certification. Il devient un des outils de suivi de la démarche de gestion des risques.

L'établissement a fait le choix de retenir les **10 thèmes** obligatoires et d'ajouter le thème « Restauration » au vu des nombreux Evènements Indésirables déclarés en 2015 à ce sujet.

## → *Patient traceur*

L'HE a mis en place la démarche « patient traceur » en novembre 2016, avec l'appui de l'association régionale ORISON. Les conclusions ont été présentées aux équipes au mois de janvier 2017. Un deuxième Patient Traceur a pu être réalisé au mois de juillet 2017 selon les étapes définies par la HAS.

Lors de la synthèse, les points relevés sont les suivants :

### ➤ Les points positifs :

- Accueil : Chaleur de l'accueil et disponibilité des équipes d'HC
- Parcours patient : Evaluation de la douleur réalisée et tracée en HC, le projet de soin a été défini avec les parents, fluidité entre les différents intervenants
- Sortie : L'anticipation du transfert en HDJ a permis à la famille de s'organiser

### ➤ Les points à améliorer :

- Les Informations relatives aux droits du patient sont mal connues par la famille
- L'accueil en HDJ, pas de présentation du service, pas d'information sur l'organisation du suivi en HDJ
- Le parcours du patient : pas de formalisation du PSP et de la réflexion bénéfice/risque, manque d'harmonisation dans l'utilisation des formulaires sur HM, pas de traçabilité de l'évaluation de la douleur en HDJ.

Un plan d'actions a été mis en place suite à ces observations. Ces actions ont été intégrées dans le PAQSS afin d'en assurer le suivi. La synthèse du patient traceur a été présentée également en Commission des Usagers.

## → *Implication des professionnels*

La démarche qualité et les thèmes relatifs à la gestion des risques et la bientraitance doivent être portés par un maximum de professionnels de l'établissement. **178** professionnels (98% des professionnels) ont participé à la démarche.

Ce chiffre est en hausse puisqu'en 2016, nous avons touché seulement **96** professionnels. Cette évolution s'explique par :

- La mise en place de nouveaux outils de communication (*INFOQUAL*)
- La mise en place de nouvelles méthodes (*Chambre des erreurs*)
- La mise en place des groupes de Comptes qualité
- La nouvelle organisation des instances, maintenant différenciées

### → *EPP/DPC*

Dans le cadre du plan triennal de Développement Professionnel Continu 2014-2016, diverses Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) ont été poursuivies sur les thématiques prioritaires suivantes :

Thème EPP validant le DPC	Nombre de professionnels
Douleur	4
Thème EPP (hors DPC)	Nombre de professionnels
Brûlure : Intérêt de l'éducation thérapeutique	8
IMC et polyhandicap : Améliorer l'accompagnement en rééducation des patients IMC	6
Prévention du risque infectieux : Hygiène des mains, prévention de la transmission manu portée	10 (membres <i>du CLIN</i> )

## 2. La gestion des risques

### → *La gestion des événements indésirables*

#### ➤ Typologie des déclarations

5 thèmes représentent les 2/3 des déclarations :

	2015	2016	2017	Classification 2017	Classification 2016
<b>Chutes &amp; Blessures</b>	7%	3%	8%	<b>4</b>	
<b>Circuit du médicament</b>	20%	17%	13.5%	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>Parcours patient</b>	5%	16%	19.5%	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Violence, agression, vol</b>	6%	10%	12.5%	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Informatique</b>	1%	3%	8%	<b>4</b>	
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>		

Le nombre de déclaration a augmenté de 18% en 2017 (**229**), se rapprochant ainsi du score de 2015 (**231**) : cette augmentation peut s'expliquer par les actions de communication menées dans tous les services et par le fait que l'outil électronique est utilisé maintenant depuis 2 ans par les professionnels. Aucun évènement de gravité 4 ou 5 ne s'étant produit en 2017, aucune déclaration externe (**ARS/ORISON**) n'a été réalisée par l'établissement

→ **CREX**

9 CREX se sont réunis en 2017. Le taux de participation moyen est de 8,71 professionnels/CREX. Les sujets abordés :

- Bilan des actions 2016
- Coordination Parcours patient HE/CEM (x2)
- Informatique
- Parcours patient
- Autres événements lié aux soins x2
- Chute
- Circuit du médicament

→ **Scores nationaux**

➤ Le tableau de bord des infections nosocomiales :

	2014	2015	2016
ICALIN	A	NA	A
BMR	NA	A	NA
ICSHA	A	A	B
ICATB	NA	B	NA

➤ Utilisation des solutions hydro alcooliques (SHA)

On note la dégradation du score ICSHA en 2016. Pour y remédier, des points d'utilisation accessibles à tous ont été ajoutés à l'entrée de tous les services. On observe ainsi une augmentation de +27% de la consommation de **SHA** en 2017. Ce chiffre est encourageant lorsqu'on sait que la première mesure de prévention de la transmission croisée est l'hygiène des mains.

	2014	2015	2016	2017
Consommation de SHA (en litres)	291,1	358.5	274,3	<b>347,2</b>

## → Audits

Plusieurs audits ont été réalisés :

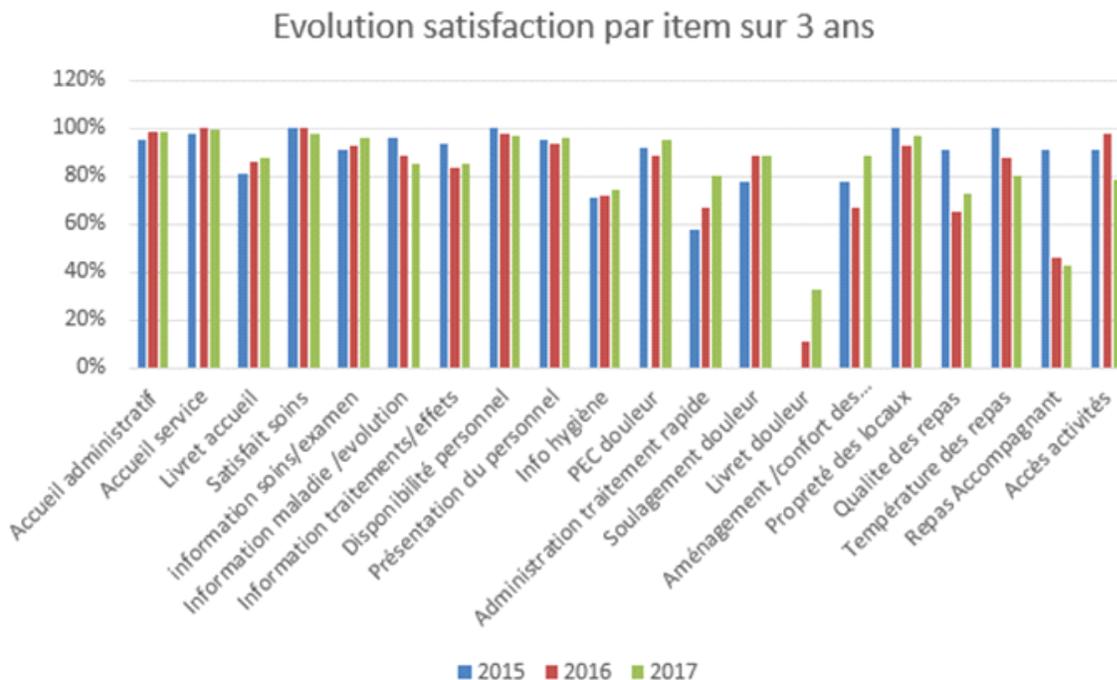
- 1 Un audit du circuit du médicament sur la qualité des prescriptions non réalisées
- 1 audit réalisé sur la conformité des chariots de l'HC en octobre 2016
- 1 audit a été réalisé auprès de tous les professionnels de l'établissement afin de recueillir leur avis sur le nouvel outil de gestion des Evènements Indésirables
- 1 audit portant sur le « zéro bijou » pour le personnel soignant dans les services de soins
- 1 audit sur la réalisation de la friction SHA
- 1 audit sur l'identification physique du patient et le port de bracelet

## 3. Les droits des usagers

### → La CDU

La Commission des usagers s'est réunie 3 fois, avec un taux de participation des représentants des usagers de 100%, sur des thématiques telles que la satisfaction des usagers, les plaintes et réclamations, la validation de procédures, représentation des usagers, etc.

### → Satisfaction des usagers



13 items sur 20 évalués ont un niveau de satisfaction > ou = à 80%

Toutefois une attention particulière doit être portée sur plusieurs points qui malgré une augmentation du taux de satisfaction, restent bien en deçà de la barre des 80% :

- Ceux en rapport avec la remise du livret douleur
- Les possibilités d'accès de repas pour les accompagnants
- La qualité des repas servis

## **4. La prise en charge de la douleur**

Le CLUD s'est réuni 4 fois en 2017

Les thèmes évoqués lors de ces réunions étaient :

- Analyse de la traçabilité de la douleur dans l'audit DP
- EPP Douleur
- Formation des professionnels
- Compte Qualité et Certification.

Une information sur la prise en charge de la douleur (*évaluation, traçabilité, prévention...*) a été réalisée par la Direction qualité, auprès des professionnels de chaque service.

## D. Les ressources humaines

### 1. Les faits marquants de 2017

#### → La négociation d'un accord sur la Qualité de Vie au Travail

En vue de signer un accord QVT, une démarche a été initiée fin 2016 avec l'ensemble des partenaires, membres de la cellule, complétés par les délégués syndicaux. Une enquête de perception, réalisée par un prestataire extérieur, a été soumise à l'ensemble des salariés fin 2017, recueillant un taux de réponse de 47 % au niveau de l'ASFA – 46% au niveau de l'hôpital d'enfants.

Cette démarche, menée dans un esprit d'échanges et de concertation avec l'ensemble des acteurs (9 réunions du COPIL) a permis de définir un plan d'action sur 4 axes : la communication, la prévention, l'accompagnement des salariés, la politique managériale.

#### → La démarche de la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

Dans le cadre de la GPEC, l'ASFA a mis en place en 2016 une politique de mobilité permettant au personnel de se positionner sur des choix de mobilité intra ou inter établissements, inter pôles ou inter associatifs.

MOBILITES INTERNES 2017			SEXE		REPARTITION
METIER	ETABL D'ORIGINE	ETABL D'AFFECTION	F	M	
ASSISTANT SOCIAL	HE	CAMSP	1		
EMPLOYE ADMINISTRATIF	HE	HE/Siège		1	50% siège
TOTAL			1	1	

La promotion interne est également favorisée afin de fidéliser le personnel.

## PROMOTIONS À L'HÔPITAL D'ENFANTS

ETABLISSEMENT	ANCIEN METIER CONVENTIONNEL	NOUVEAU METIER	H	F
HE	CHEF DE BUREAU	CADRE ADMINISTRATIF N1	1	
	EMPLOYE ADMINISTRATIF	EMPLOYE ADMINISTRATIF		1
	COORDONATRICE SOINS	DIRECTRICE DES SOINS		1
<b>TOTAL</b>			<b>1</b>	<b>2</b>

## TURN OVER

POLE	ETABLISSEMENT	2017	2016	2015
P. SANITAIRE	HE	9,39%	14,38%	15,84%
<b>TOTAL ASFA</b>		<b>7,73%</b>	<b>9,17%</b>	<b>12,71%</b>

À noter notamment 13 démissions, 1 licenciement pour inaptitude ; 3 départs à la retraite

Le turn over a baissé de manière significative sur les 3 dernières années (15,84%, 14,38% et 9,39%), en lien avec la nouvelle politique manageriale entreprise.

### → Le DPC

Mise en place du 2<sup>ème</sup> plan DPC qui concerne les personnels soignants, paramédicaux et médicaux sur 3 ans (2017-2019). 2 actions doivent être réalisées sur 3 ans parmi : les formations didactiques, l'Evaluation des Pratiques Professionnelles et les actions liées à la gestion des risques.

ETS	PROGRAMME DPC	Formation	EPP
HOPITAL D'ENFANTS	Médicament : circuit, distribution et risques	6	
	Evaluation motrice du sujet cérébrolésé	11	
	Améliorer l'évaluation et la traçabilité de la douleur chez l'enfant		4
<b>TOTAL</b>		<b>17</b>	<b>4</b>

## 2. Quelques chiffres

### → Effectifs

#### ➤ Répartition des effectifs par établissements et par sexe (Pers. Physiques)

	2017			2016			2015			
	% / N-1	F	H	Total	F	H	Total	F	H	Total
<b>HOPITAL D'ENFANTS</b>	-8.54%	144	38	182	158	41	199	154	37	191
<b>TOTAL ASFA</b>	-2.93%	438	126	<b>564</b>	452	129	<b>581</b>	437	127	<b>564</b>

Le secteur sanitaire est marqué par une forte proportion de femmes avec 80% en 2017. Ce constat est classique dans ce secteur d'activité.

### → Absentéisme

#### ➤ Absentéisme HE 2017

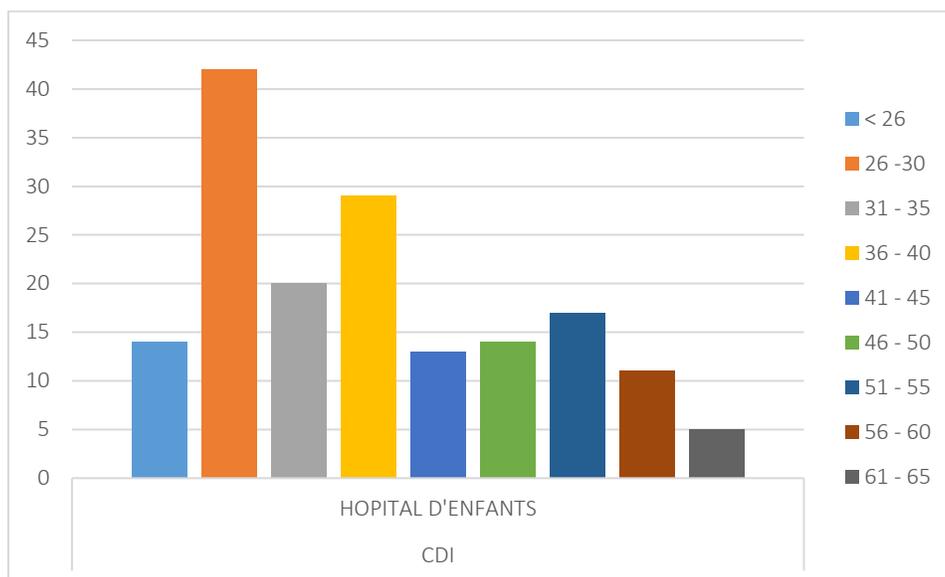
Maladie			Accident du Travail/ Maladie Professionnelle			Maternité et Paternité	TOTAL hors EVTS FAMILIAUX	Congés évt familiaux	TOTAL GENERAL
2017	2016	%	2017	2016	%	Nb	TOTAL	Nb	Nb
<b>2908</b>	2658,75	9,37%	244	1024,9	- 76,19%	1106	4258	141	4399
10643	<b>9711</b>	<b>5,59%</b>	<b>4088</b>	<b>3503</b>	<b>16,70%</b>	<b>3213</b>	<b>17944</b>	<b>520</b>	<b>18464</b>

Etablissements	Absentéisme TOTAL	Absentéisme (hors maternité / paternité / evts fam.)
<b>HOPITAL ENFANTS</b>	<b>6,97%</b>	<b>5,00%</b>
<b>Total général ASFA 2017</b>	<b>9,36%</b>	

On note une importante baisse du taux d'absentéisme de l'HE depuis 3 années avec 6.97 % en 2017 et 7,67% en 2016 quand la moyenne du secteur avoisine les 8%<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> Source : <http://fonctionpublique-technologie.fr/labsenteisme-plus-eleve-centres-hospitaliers/>

→ *La pyramide des âges*



Une prédominance de jeunes avec 60% de l'effectif dans la tranche <26-40. Ce constat est lié aux nombreux départs à la retraite depuis 5 ans et l'application du contrat de génération avec le recrutement des moins de 26 ans.

→ *Le nombre de contrats réalisés*

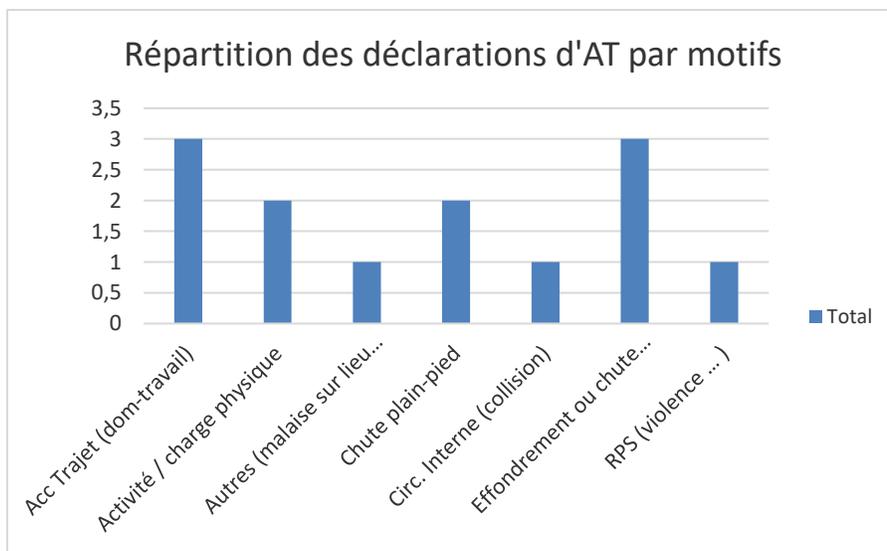
	2016	2017	écart	
<b>CDD + avenants</b>	222	189	-33	-15%
<b>CDI + avenants</b>	78	84	6	8%
<b>Total général</b>	<b>300</b>	<b>273</b>	<b>-27</b>	<b>-9%</b>

→ *Le nombre d'accidents de travail*

ETAB	Nb AT 2017	Nb AT 2016
HE	13	21

Les investissements entrepris dans le cadre de la prévention des risques professionnels et la poursuite des formations spécifiques ont contribué à une baisse des AT, soit -38%

Motif	Total
Acc Trajet (dom-travail)	3
Activité / charge physique	2
Autres (malaise sur lieu travail)	1
Chute plain-pied	2
Circ. Interne (collision)	1
Effondrement ou chute d'objets	3
RPS (violence ... )	1
Total général	13



## E. Les achats, la logistique et les travaux

### 1. Les faits marquants pour 2017

Le circuit des achats s'est structuré au sein de l'établissement avec la formalisation du processus Achat. Cette démarche est menée d'après plusieurs finalités :

- Améliorer la traçabilité des demandes
- Sécuriser la démarche dans un contexte budgétaire contraint et réglementaire révisé d'après l'ordonnance de juillet 2015
- Structurer la démarche d'achat pour une meilleure visibilité pour des parties prenantes

### 2. La répartition des dépenses hôtelières et générales

#### → La restauration

	2016	2017	écart	
Nb de repas facturés	29 046	24 792	-4 254	-15%
Facturation	237 568 €	218 067 €	-19 501	-8%

#### → La lingerie

	2016	2017	écart	
Facturation	98 534 €	91 867 €	- 6 667 €	-6,77%

## F. Le système d'information

### 1. Les chiffres clés

147 stations de travail

4.33 ETP

Budget de **161 k€** soit  
**1.13%** des charges  
d'exploitation totales

### 2. Les faits marquants de 2017

- Déploiement du module Business Intelligence du DPI
- Renforcement des équipements nomades avec les chariots et portables dans les services de soins.

### 3. Projets 2018

- Consolider les modules déployés dans le cadre du renouvellement du DPI. En particulier, revoir l'usage du BI
- achever une évaluation d'usage du DPI.
- Mettre en place d'une nouvelle infrastructure : nouveaux serveurs et nouvel adressage IP.
- assurer une évaluation régulière des usages du DPI et des besoins d'organisation, et faire évoluer l'outil HM en conséquence
- intégrer les requis du programme HN dans les audits d'usage du DPI
- Lancer le chantier de reconnaissance vocale
- Continuer l'urbanisation de la solution DPI avec l'externe, en particulier le GCS TESIS (IMS, CRD, etc.)

## VI. LES FINANCES

## 1. Un bilan financier positif pour 2017

Malgré un contexte financier restreint lié à la mise en place de la Dotation Modulée à l'Activité, et à la fin de la « surfacturation Mayotte », l'Hôpital d'Enfants enregistre pour l'exercice financier 2017 un excédent de **+ 361 206.25 €**. Ce très bon résultat s'explique principalement par une meilleure maîtrise des principaux indicateurs structurels que sont la masse salariale et les dépenses à caractère médical.

En effet,

- **la masse salariale** est mieux maîtrisée grâce au travail réalisé sur les charges du personnel et les effectifs (- 461 K€), soit -4.34% par rapport à 2016
- **les dépenses à caractère médical** ont diminué de – 47k€ soit -3.98%. L'évolution s'explique par la variation à la baisse de l'activité, la typologie des patients et le travail du corps médical sur la pertinence des prescriptions.

On note ainsi l'importante baisse des dépenses de médicaments (-21%), certes en lien avec la baisse d'activité, mais qui correspond également aux efforts réalisés sur les prescriptions et la logistique des médicaments.

### ➤ Les principaux indicateurs :

	2016	2017	variation en valeur et %	
<b>Activité en journées</b>	20 087	18 824	-1263	-6,29%
<b>Masse salariale (K€)</b>	10 469	10 008	-461	-4.34%
<b>effectifs moyens rémunérés</b>	173,56 etp	164,34 etp	-9,22	-5,31%
<b>Dépenses de médicaments</b>	535 k€	422 k€	-113	-21,12%
<b>Enveloppe budget global</b>	12 495 k€	12 681 k€	186	1,49%
<b>Facturation externe</b>	5 110 k€	2 144 k€	-2966	-58,04%

Cet effort structurel de gestion s'imposait en raison de la restriction annoncée des produits de l'hôpital.

Ainsi, la facturation externe a diminué de -2 966 K€, soit -58% par rapport à 2016. Depuis 2017, en application de la LFSS 2014, l'Hôpital d'Enfants a été contraint de cesser de facturer à la Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte, les séjours des patients venant de Mayotte (estimé à 2,7M€ en 2016). La principale source de facturation reste l'Aide Médicale d'Etat (1 553 K€ soit 70% du poste des recettes de facturation) qui s'applique, selon certains critères, pour les patients étrangers de la zone.

Au-delà de retrouver une situation équilibrée et si possible excédentaire dans la durée, cet effort d'aujourd'hui permettra de mieux préparer l'avenir de l'établissement et de financer les investissements de demain tels que la balnéothérapie.

➤ Le dialogue de gestion

Un comité de dialogue de gestion s'est réuni 2 fois en 2017. Ce comité se réunit chaque trimestre en présence des médecins coordonnateurs, du directeur, du médecin DIM, de la coordinatrice des soins et de l'adjoint aux finances. Ces échéances permettent de faire le point sur l'activité de l'établissement et de la réalisation des postes de charges rapporté aux prévisions. Des échanges autour des orientations stratégiques sont également débattus à cette occasion.

## VII. LES PROJETS INNOVANTS

## A. Projet balnéothérapie

Afin de développer son plateau technique, l'HE a entrepris la construction d'un espace de balnéothérapie avec deux composantes : la douche filiforme (opérationnelle depuis avril 2017, dans le cadre de la rééducation des brûlés) et un bassin de rééducation et de réadaptation fonctionnelle.

→ *Bassin de rééducation et de réadaptation fonctionnelle*



La livraison du bassin de rééducation et de réadaptation fonctionnelle est prévue pour fin 2018. Le coût du projet est évalué à **800 k€**. Cet équipement spécifique va permettre, notamment, la prise en charge des patients relevant de la spécialité « affections de l'appareil *locomoteur* ».

## VIII. LES INSTANCES

### **Commission Médicale d'Établissement (CME)**

Président : Dr Denis VERHEULPEN

Vice-Présidente : Dr Véronique GUILLEMOT GEYER

Nombre de réunions en 2017 : 4

### **Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)**

Président : M. Sylvain BATY

Secrétaire : Mr Gabriel HUET puis Mylène MANGATAYE

Nombre de réunions en 2017 : 7 dont 4 extraordinaires

### **Comité d'Entreprise (CE)**

Président : M. Frédéric POTHIN

Secrétaire : M. François PAVADAY

Nombre de réunions en 2017 : 17 dont 5 extraordinaires

### **Commission des Usagers (CDU)**

Président : Mme Martine PREVOST

Vice-Président : M. Sylvain BATY

Nombre de réunions en 2017 : 3

### **Délégués du Personnel (DP)**

<u>Titulaires :</u>	<u>Suppléantes :</u>
Mme Laurence BEGUE	Mme Mylène MANGATAYE
Mme Elisa HOARAU	Mme Elisemene ERAPA
Mme Sarah MOOTHEN	Mme Nadira UNIA
Mme Sonia PAILLARD	
M. Gabriel HUET	

Nombre de réunions en 2017 : 12 proposées

## IX. LEXIQUE

AME	Aide Médicale de l'État
ASFA	Association Saint-François d'Assise
ARS	Agence Régionale de Santé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIV	Cellule d'Identito-Vigilance
CME	Commission Médicale d'Établissement
COMEDIMS	Commission du Médicaments et des Dispositifs Médicaux Stériles
CPOM	Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
CR	Comptes Rendus
CREX	Comité de Retour d'Expérience
CRCM	Centre de Ressources et de Compétences de la Mucoviscidose
CRMNR	Centre de Référence des Maladies Neuromusculaires et Neurologiques Rare
CRTSA	Centre de Référence des Troubles Spécifiques des Apprentissages
CSSM	Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte
DIM	Département d'Information Médicale
DPC	Développement Professionnel Continu
DPI	Dossier Patient Informatisé
DRH	Direction des Ressources Humaines
EEG	Électroencéphalographie
EI	Évènement Indésirable
EPP	Évaluations des Pratiques Professionnelles
EPRD	État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
ETP	Équivalent Temps Plein

EVASAN	Évacuation Sanitaire
FFI	Faisant Fonction d'Interne
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
HAS	Haute Autorité de Santé
HC	Hospitalisation Complète
HDJ	Hospitalisation de Jour
HE	L'Hôpital d'Enfants
HM	Hôpital Manager
IDE	Infirmier diplômé d'État
IMC	Indice de Masse Corporelle
JPO	Journée portes Ouvertes
MPR	Médecine Physique et de réadaptation
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PTT	Plateau Technique Transversal
PUI	Pharmacie à Usage Interne
QVT	Qualité de Vie au Travail
RMM	Revue de Mortalité et de Morbidité
RU	Représentants des Usagers
SIIPS	Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée
SIRH	Système d'information des Ressources Humaines
SSR	Soin de Suite et de Réadaptation
UOI	Unité d'Obésité Infantile