

CHI CORTE-TATONE

ALLEE DU 9 SEPTEMBRE

BOITE POSTALE N°41

20250 CORTE

Tél : 04.95.45.05.00

Fax : 04.95.45.05.08

www.chi-corte-tattone.fr

PROJET D'ETABLISSEMENT 2013 - 2017

DECEMBRE 2012

SOMMAIRE

I - Préambule	Page 4
1 - Bilan du projet d'établissement 2008 - 2012	Page 5
2 - Projet d'établissement 2013-2017	Page 13
II - Projet médical	Page 20
Préambule	Page 21
1 - Médecine aiguë et poly-pathologique	Page 26
Introduction	Page 26
La Chimiothérapie	Page 26
L'Hospitalisation à Domicile	Page 27
L'Accueil Médical non Programmé	Page 28
L'Unité d'Hospitalisation	Page 29
Les Systèmes numériques et nouvelles technologies	Page 30
Conclusion	Page 30
2 - Grand âge et Handicap	Page 31
Les Soins de suite et de réadaptation	Page 33
Les Soins palliatifs	Page 36
L'Unité de Soins Longue Durée	Page 38
L'EHPAD	Page 45
La MAS	Page 46
Le FAM	Page 53
3 - Les activités Médico-techniques	Page 56
Introduction	Page 56
Engagements relatifs au CBU	Page 58
Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse	Page 59
Le Pôle médico-technique	Page 60
Activité d'oncologie médicale reconstitution des cytotoxiques	Page 61
Projet logistique et système d'information hospitalier	Page 61
Objectifs divers	Page 63
Conclusion	Page 63
III - Projet de soins infirmiers	Page 64
1 - Mise en cohérence avec les procédures de certification V2010	Page 64
2 - Evolution de l'établissement	Page 65
3 - Mise en cohérence avec le projet médical	Page 65
4 - Thématiques Spécifiques	Page 67

IV - Projet social	Page 68
1 - Introduction	Page 69
2 - Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences	Page 70
3 - Approche qualitative et quantitative d'évaluation des différents types de formation	Page 71
4 - Promotion de l'information et de la communication	Page 72
5 - Amélioration des conditions de travail et prévention des risques professionnels	Page 74
Conclusion	Page 76
V - Projet de gestion	Page 77
Introduction	Page 78
1 - Mise en place de la comptabilité analytique	Page 78
2 - Développement du Programme de Médicalisation du Système d'Information	Page 79
3 - Maîtrise de la tarification à l'activité	Page 79
4 - Organisation de l'établissement en pôles d'activité	Page 79
Conclusion	Page 80
VI - Schéma directeur du système d'information	Page 81
1 - Logiciels actuels	Page 82
2 - Besoins d'évolution	Page 83
3 - Echancier	Page 85
VII - Projet d'investissement	Page 86
1 - Schéma directeur des travaux	Page 87
2 - Schéma directeur des équipements	Page 87
3 - La prise en compte de la démarche de développement durable	Page 88
4 - Echancier et financement	Page 88

Préambule

Le projet d'établissement 2008 - 2012, approuvé par le Conseil d'Administration du CHI Corte-Tattone en date du 17 décembre 2007 (délibération n°26.07) expire le 31 décembre 2012.

Le nouveau projet rédigé Cf. à l'article L6143-1 du code de la Santé Publique, fixe les orientations stratégiques de développement de l'établissement pour les cinq prochaines années (2013 - 2017). Il a vocation à répondre de manière efficiente et adaptée aux besoins de santé de la population en cohérence avec le plan régional de santé, et notamment les préconisations des :

- schéma régional d'organisation des soins
- Schéma régional d'organisation médico-sociale
- Schéma régional de prévention

Il apporte également une réponse aux deux missions principales de l'établissement :

L'accès à des soins de proximité ainsi qu'à un plateau technique spécialisé dans le domaine sanitaire

Le développement de la prise en charge de la personne âgée ainsi que de la personne adulte handicapée dans le domaine médico-social.

Les orientations du présent projet ont été construites autour de valeurs qui structurent le travail des soignants :

Convivialité dans la prise en charge et écoute du patient et ses proches
Solidarité et partage des savoirs et des compétences entre les professionnels
Ouverture et coopération avec les partenaires extérieurs.

La première partie sera consacrée à l'évaluation du précédent projet (2008 - 2012), et la deuxième, au développement des axes majeurs du projet d'établissement 2013 - 2017.

1 - Le bilan du projet d'établissement 2008 - 2012

La période 2008-2012 a été riche en réalisations et de nombreux projets ont été concrétisés dans les différents domaines figurant dans le projet d'établissement.

1-1 Les activités de soins

L'achèvement des travaux de rénovation et de restructuration entrepris sur chacun des sites a permis d'installer les capacités autorisées dans les diverses disciplines, à savoir :

Site de Corte :	
Médecine HC	: 25 lits
SSR	: 20 lits
Médecine HI	: 2 lits
HAD	: 20 places
Accueil médical non programmé	: 2 places

Site de Tattone :	
EHPAD	: 103 lits
MAS	: 28 lits

Concernant le site de Corte, les éléments connus d'analyse de l'activité médicale nous permettent de constater que les activités de médecine et de soins de suite sont relativement bien adaptées aux besoins de la population.

En effet, les prévisions d'activité de ces services sont globalement respectées et les OQOS définis dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens ont été atteints.

Par ailleurs, conformément aux objectifs du projet d'établissement les services d'hospitalisation de jour et d'hospitalisation à domicile ont été mis en place.

L'activité d'hospitalisation de jour a débuté en avril 2010 et connaît une progression régulière.

La mise en place de l'hospitalisation à domicile en juin 2011 progresse régulièrement en centre Corse mais s'avère plus difficile à mettre en place en plaine orientale, en raison du maillage médical et para médical de la région malgré les besoins existants.

Un effort particulier a également été porté dans les domaines de la lutte contre la douleur et la prise en charge des soins palliatifs.

A cet égard, un CLUD a été créé, des procédures et des protocoles ont été élaborés et médecin, un cadre de santé et une IDE ont été formés à l'accompagnement des personnes en fin de vie.

S'agissant du site de Tattone, les 103 lits d'EHPAD sont opérationnels. Cependant, on observe une baisse de la fréquentation liée essentiellement à l'ouverture de structures d'accueil pour personnes âgées dans des territoires limitrophes à l'établissement.

En revanche, l'activité de la Maison d'Accueil Spécialisée progresse fortement. A ce titre, les taux d'occupation constatés sont supérieurs à 100 % et certaines demandes ne peuvent être satisfaites. Dans ce contexte, l'établissement a souhaité s'orienter vers une évolution de la capacité d'accueil de cette structure.

- Par ailleurs, les différents projets institutionnels relatifs au site médico-social,
- Livret d'accueil
 - Contrat de séjour
 - Document individuel de prise en charge
 - Dossier d'accompagnement du résident

ont été élaborés, validés et évalués et, la procédure d'autoévaluation a été initiée.

1-2 Les investissements :

Les différents travaux programmés sur les deux sites ont été achevés, à savoir :

Sur le site de Corte :

Travaux d'extension et de rénovation
Travaux de mise en sécurité
Remplacement d'un ascenseur
Aménagement du service de consultations externes (rez de chaussée)
Renouvellement de l'équipement d'imagerie médicale
Climatisation de l'ensemble des services de soins

Sur le site de Tattone :

Rénovation des locaux
Sécurisation des 3° et 4° étages, dédiés aux patients désorientés
Mise en place d'un dispositif anti-fugue
Mise en sécurité du sous-sol et de l'entre-sol (sécurité électrique et incendie)
Mise aux normes de l'unité de restauration collective (sécurité électrique, VMC)
Travaux de rénovation à la MAS
Remplacement du système d'appel malade à l'EHPAD
Réfection et extension du réseau informatique

1-3 Les actions de coopération :

La Convention « cadre » signée le 13 juin 2008 avec le Centre Hospitalier de Bastia, a permis de renforcer les coopérations existantes, telles que ;

- L'accueil médical non programmé,

- Les consultations avancées de gynécologie,
- La stérilisation

et de développer d'autres collaborations, à savoir ;

- L'application des protocoles de chimiothérapie,
- Le développement des consultations avancées
- La mise en place des consultations « mémoire »
- L'activité de SSR

Par ailleurs, des conventions de partenariat ont été élaborées dans les domaines de l'hygiène, de la sécurité, de l'assistance technique aux travaux, du système d'information.

Des conventions ont également été conclues avec le secteur privé :

La convention de partenariat conclue avec le réseau gériatrique « RIVAGE » doit permettre d'améliorer l'efficacité et contribuer à optimiser la réponse aux besoins sanitaires et sociaux des personnes âgées de plus de 65 ans répondant aux situations suivantes :

- Pathologies chroniques invalidantes rendant critique le retour à domicile,
- Patients en rupture socio-sanitaire,
- Patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou syndromes apparentés

La convention de partenariat conclue avec l'association INTERFORM portant le réseau « CORSE MALADIES CHRONIQUES » vise à améliorer la complémentarité afin d'optimiser la prise en charge du patient atteint de maladies chroniques.

L'établissement a par ailleurs mis en œuvre en matière d'achats une démarche de mutualisation avec d'autres établissements publics de la région en participant à deux groupements d'achats :

Groupement sous l'égide du CH de Bastia pour les produits alimentaires, les fluides médicaux, plusieurs fournitures hôtelières

Groupement sous l'égide du CH d'Ajaccio pour les produits d'incontinence et les assurances.

De plus, pour ce qui concerne le domaine du développement durable, l'établissement a adhéré au groupement chargé de superviser la réalisation d'un bilan carbone pour chacun des établissements publics de santé de la région en coopération avec l'Agence Régionale de Santé.

Enfin, il y a lieu de noter que l'établissement est partie, avec le Centre Hospitalier de Bastia et l'Hôpital de Calvi, de la Communauté Hospitalière de Territoire en cours de création dans le département.

1-4 Le système d'information :

L'établissement a procédé à l'informatisation du circuit du médicament avec l'implantation du logiciel « GENOIS ».

Par ailleurs, l'adhésion au Groupement de Coopération Sanitaire SIRS-CO permet de disposer d'un système d'information commun à l'ensemble des établissements publics de santé de Corse.

L'action mise en œuvre a consisté dans un premier temps à harmoniser les équipements et logiciels entre les différents établissements.

Les applications du logiciel retenu permettront, à terme, de disposer du module de comptabilité analytique et du dossier médical partagé conformément aux objectifs définis dans le projet des systèmes d'information.

1-5 Les services logistiques :

La restauration :

L'unité de restauration du site de Tattone a fait l'objet d'une restructuration complète permettant l'obtention en 2011 d'une notation A de la part de la Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la protection des Populations.

Une étude visant à améliorer l'efficacité des unités de restauration collective a été réalisée.

A l'issue de ces travaux et sur la base des différents scénarii proposés par l'organisme extérieur en charge de ce dossier, il a été jugé opportun de maintenir une unité de production sur chaque site.

Dans ce cadre, un projet de restructuration de l'unité de restauration collective du site de Corte a été réalisé en coopération avec la DDCSPP, projet qui a reçu un avis favorable.

Néanmoins, une réflexion visant à diminuer le prix de revient des repas est en cours, notamment au travers des procédures d'achats.

La prestation linge :

Plusieurs procédures relatives aux circuits ainsi qu'au transport du linge ont été mises en place.

Cependant, pour ce qui concerne la partie externalisée, le passage à un système de location de linge a permis une amélioration de l'approvisionnement du linge ainsi que la suppression des ruptures.

La prestation transport :

Durant la période 2008 à 2012, l'ambulance de l'établissement a été remplacée et un second conducteur ambulancier formé. Par ailleurs, avec l'ouverture du service d'Hospitalisation à Domicile, un véhicule dédié aux transports réalisés dans ce cadre a été acquis.

Ces éléments ont permis une baisse importante du nombre de recours à un prestataire privé et une meilleure gestion des consultations spécialisées à l'extérieure.

1-6 La qualité et la procédure de certification :

1.6.1- Eléments de bilan du projet d'établissement 2008-2012 en matière de Qualité et de Sécurité des Soins

L'amélioration de la qualité a fait l'objet de nombreuses actions dont les principales sont les suivantes :

La gestion des risques (constitution d'une équipe opérationnelle d'hygiène et de gestion des risques, désignation d'un gestionnaire des risques, mise en place d'un système des événements indésirables, traitement et analyse des événements indésirables, identification et suivi des événements sentinelles, constitution d'une équipe pluridisciplinaire d'auditeurs internes).

La gestion des plaintes (Constitution et fonctionnement de la CRUQ, formalisation du circuit de la gestion des plaintes, organisation d'une analyse qualitative des plaintes, définition d'une conduite à tenir en cas de dommage envers un patient, conservation des protocoles « périmés », sécurisation des archives médicales, élaboration de procédures de gestion des accidents graves).

L'hygiène (Suivi quantifié des infections nosocomiales, traçabilité de la désinfection du matériel, formations à l'hygiène de l'ensemble des catégories professionnelles, y compris des nouveaux arrivants, renforcement de la surveillance microbiologique de l'environnement).

Le dossier du patient (traçabilité des données du suivi du patient, évaluation régulière de la bonne tenue du dossier, traçabilité de la validation des résultats d'examens, informatisation du dossier patient, organisation du transfert d'informations du dossier consultation vers le dossier d'hospitalisation).

L'information du patient (définition des modalités de l'information à délivrer au patient et ce en liaison avec les praticiens de l'établissement, organisation du recueil écrit du consentement éclairé, évaluation de l'information faite au patient).

Les Experts-Visiteurs, après avoir procédé au suivi des décisions de la V2 2007, ont validé les cotations de l'Autoévaluation faites par le CHICT portant sur les 8 thématiques de la V2010 :

- 1) Management stratégique
- 2) Management des ressources
- 3) Gestion de la qualité et de la sécurité des soins
- 4) Gestion des données du patient
- 5) Droits et place des patients
- 6) Parcours du patient
- 7) Prises en charge spécifiques
- 8) Evaluation des pratiques professionnelles (EPP)

La majorité des cotations a été évaluée en A ou B. Les critères 15a, 20a, et 20a.bis n'ont pas satisfait aux exigences de la Certification. L'établissement est en attente du rapport de Certification définitif.

1.6.2 – Les orientations du projet 2013 – 2017

La gestion de la Qualité et de la Sécurité de la prise en charge et la prévention des risques associés aux soins, à l'environnement de soins et professionnels demeurent une préoccupation permanente de l'ensemble des acteurs de l'établissement.

Les orientations pour les cinq années à venir sont

- La pérennisation de l'organisation et du fonctionnement existants :
 - le système de management par la Qualité à travers les actions du Comité de Pilotage, de la Cellule de Gestion des Risques et des Vigilances et de la Cellule Qualité
 - le Comité élabore et propose les principes devant régir la politique qualité de l'établissement à travers la mise en oeuvre de Programme d'Actions Qualité
 - la programmation et le suivi des différentes phases du projet de démarche d'amélioration continue de la qualité se font par
 - la mise en place d'un programme de gestion des risques : étude des risques et proposition d'un dispositif de signalement et de traitement curatif, correctif et préventif,
 - la mise en oeuvre d'une démarche consistant à s'assurer de l'existence de procédures relatives à l'ensemble de l'organisation hospitalière,
 - l'élaboration ou la réorientation du programme qualité se fait en regard des propositions réalisées par les différentes structures internes concernées par la démarche qualité.
 - le système de prévention et de Gestion des Risques conformément aux orientations définies dans les différentes Politiques et notamment celles de la Qualité et de la Sécurité des soins, dont les objectifs sont :
 - animer et conduire le projet PGR de l'établissement,
 - élaborer, valider et suivre la mise en oeuvre du programme de GR spécifique des prestations fournies par l'établissement,
 - élaborer les mesures correctives
 - participer et suivre la mise en oeuvre effective du plan d'action corrective globale de l'établissement.
 - former le personnel aux procédures de remplissage et de récupération des fiches Eléments Indésirables.
 - suivre les indicateurs spécifiques de ces politiques et les indicateurs nationaux : ICALIN, ICATB, ICSHA ;
 - le développement de la culture de l'évaluation est décliné dans les politiques du management de la Qualité. La programmation et le suivi des différentes phases du projet de démarche d'amélioration continue de la qualité se font par :
 - la mise en oeuvre d'une démarche consistant à s'assurer de l'existence de procédures relatives à l'ensemble de l'organisation hospitalière,
 - l'auto évaluation à partir des référentiels, des références et des critères

- l'évaluation des résultats obtenus, de la satisfaction des objectifs fixés et de la conformité aux référentiels appropriés.
 - l'adaptation de méthodes et indicateurs adaptés au suivi du projet ; la CQ élabore et propose tous types de supports, documents ou méthodologies aptes à permettre les travaux en cours et orienter l'action des services concernés
 - le suivi des indicateurs spécifiques de ces politiques et des indicateurs nationaux : Enquête nationale de satisfaction, IPAQ.
- Le développement de la démarche d'Evaluation des Pratiques Professionnelles est étendu :
- aux pratiques médicales
 - aux pratiques non médicales
 - aux pratiques organisationnelles.

Il prend en compte trois approches :

- La pertinence des soins
- La gestion des risques
- L'approche par pathologie ou problème de santé.

19 projets d'EPP ont été proposés à l'ensemble du personnel de l'établissement.

Sur la base des recommandations émises par les experts visiteurs lors de leur venue en mai 2012, les objectifs prioritaires en matière de Gestion des Risques, de Qualité et de Sécurité des soins et de management de la Qualité seront réévalués.

- Le prolongement de la démarche d'évaluation sur le site médico-social : dans le cadre de l'autoévaluation interne, 4 groupes de travail ont créés pour les 4 thématiques retenues
- L'établissement et son environnement
 - Les attentes et les satisfactions des résidents et des familles
 - Les réponses apportées en terme de projet de soins et d'alimentation
 - Les réponses apportées en terme d'accompagnement et de projet de vie
- Chaque groupe a répondu à des critères spécifiques aux 4 thématiques et a élaboré des plans d'actions correctives avec nomination des référents du plan d'action, un échéancier et des indicateurs spécifiques.

1-7 L'organisation de l'établissement :

En application des ordonnances n° 2005-406 du 2 mai 2005 et n° 2005-1112 du 1^{er} septembre 2005, l'établissement a été organisé en pôles d'activités au cours du 1^{er} trimestre 2007.

4 pôles ont ainsi été créés :

Le pôle « médecine aiguë et poly-pathologique »

Le pôle « grand âge et handicap »

Le pôle « médico-technique »

Le pôle « administratif et logistique »

Chaque pôle est composé :

D'un chef de pôle
D'un cadre administratif de pôle
D'un cadre de santé de pôle
D'un conseil de pôle

Chaque pôle a rédigé :

Le règlement intérieur du pôle

Le contrat de pôle

Le projet de pôle

Par ailleurs, des tableaux de bord ont été élaborés permettant notamment de comparer les effectifs rémunérés avec les variations d'activité.

La prochaine étape devra déterminer les modalités de mise en œuvre de la délégation de gestion.

2 – Le projet d'établissement 2013 – 2017 :

2-1- Présentation du CHI Corte-Tattone

Le centre hospitalier est implanté sur deux sites distants de 25 kilomètres (en zone urbaine pour Corte, en zone rurale pour Tattone).

Il est situé au centre de l'île sur les axes routiers Ajaccio-Bastia, Aléria-Corte-Calvi.

Le centre hospitalier le plus proche est celui de Bastia pour le site de Corte (70 km), celui d' Ajaccio pour le site de Tattone (60 km).

Les temps d'accès varient entre une et deux heures en fonction de l'encombrement routier et/ou des conditions météorologiques.

Le CHI Corte-Tattone peut desservir une population relativement importante, 16 000 habitants l'hiver (Corte 7 000 et 4 000 étudiants, Canton de Vénaco 1 500, Niolu-Omessa 1 500, Boziu 1 000, Morosaglia 1 000), et environ 30 000 habitants pendant la période estivale.

Si le site de Corte répond à un besoin micro-régional (hormis l'accueil médical non programmé), le site de Tattone par la nature de ses activités (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes et Maison d'Accueil Spécialisée) et son positionnement géographique (limitrophe avec la Corse du Sud) accueille des pensionnaires de toutes les micro-régions de l'île.

2-2 L'offre de soins

Le site de Corte a une vocation sanitaire.

Sur site sont installés 25 lits de médecine polyvalente en hospitalisation complète (35 autorisés), 2 lits d'hospitalisation de jour, 20 lits de soins de suite, 2 places d'accueil médical non programmé.

Il y a lieu de noter que 4 lits identifiés en soins palliatifs (2 en médecine, 2 en SSR) ont été autorisés.

Le site de Corte dispose également d'un service d'imagerie médicale, d'une pharmacie à usage interne et d'un service de consultations externes spécialisées.

En outre, l'établissement met à la disposition de l'Association des Dialysés de Provence Corse des locaux dans le cadre de l'activité d'autodialyse.

Le site de Tattone a une orientation médico-sociale

A ce jour, 103 lits d'EHPAD sont opérationnels.
La Maison d'Accueil Spécialisée dispose de 28 lits.

Le site de Tattone dispose également d'une pharmacie à usage intérieur.

Des locaux sont loués à une structure associative dispensant une formation dans le domaine de l'implantologie à des chirurgiens dentistes originaires de l'ensemble du bassin méditerranéen.

Enfin, 20 lits d'Hospitalisation à Domicile complètent l'offre de soins de CHI Corte-Tattone.

2-3 Les objectifs pour la période 2013 - 2017

2-3-1 L'activité médicale :

Les objectifs médicaux du projet d'établissement ont vocation à répondre de manière efficiente aux besoins de la population de la microrégion.

A. Renforcement de la filière gériatrique et développement des coopérations avec le Centre Hospitalier de Bastia pour ce qui concerne le secteur sanitaire

Concernant le site de Corte, il convient de conforter les activités existantes ;

- Médecine hospitalisation complète,
- Médecine hospitalisation de jour,
- Soins de suite et de réadaptation,
- Accueil médical non programmé,
- Consultations spécialisées,
- Imagerie médicale,

et de développer les activités récemment mises en place ;

- Hospitalisation à domicile
- Court séjour gériatrique

Dans le même ordre d'idée, il conviendra de renforcer, dans le cadre de la nouvelle Communauté Hospitalière de Territoire, la coopération avec le Centre Hospitalier de Bastia notamment en matière :

- de consultations spécialisées,
- de filière gériatrique
- de télémedecine.

B. Réorientation des activités et spécialisation des prises en charge pour ce qui concerne le secteur médico-social

Le site médico-social de Tattone devra, lors des 5 prochaines années, faire l'objet d'une restructuration.

S'agissant de l'EHPAD,

Une nouvelle orientation, davantage centrée sur la personne handicapée vieillissante, la géro-psycho-geriatrie et le polyhandicap devra être envisagée.

En effet, la diminution de l'activité de l'EHPAD constatée ces dernières années et l'ouverture de nouvelles structures concurrentielles ne permettent pas de prévoir une fréquentation optimale de ce service lors des prochaines années. Aussi, il a été jugé opportun d'orienter l'activité de l'EHPAD vers d'autres prises en charge spécifiques.

En revanche, les taux d'occupation constatés à la MAS ainsi que le nombre important de demande d'admission non satisfaites sont de nature à envisager une extension de cette unité.

Compte tenu de ces éléments, il convient de déterminer les nouvelles capacités du site de la manière suivante :

EHPAD : Dans un premier temps,
84 lits dédiés aux prises en charge suivantes :
« Alzheimer », géro-psycho-geriatrie, adultes handicapés vieillissants

Et dans un second temps,
50 lits dédiés au même type de prises en charge que définis ci-dessus,

MAS : 36 lits

FAM : 20 lits

USLD : 10 lits installés sur le site de Corte

2-3-2 Les investissements :

Les investissements prévus sur la période 2013-2017 concernent la poursuite du programme des travaux et le renouvellement de certains biens et équipements.

A. La poursuite de la stratégie de modernisation des infrastructures et des équipements

Sur le site de Corte :

- Restructuration de l'unité de production culinaire
- Accessibilité du site aux PMR,
- Poursuite de la climatisation des locaux
- Installation de salles d'eau dans les chambres qui en sont dépourvues
- Renouvellement d'une partie du parc automobile

Sur le site de Tattone :

- Accessibilité, sécurisation et embellissement des espaces extérieurs
- Remplacement du transformateur électrique

B. L'accompagnement au développement d'activités nouvelles

Sur le site de Corte :

- Installation de l'USLD

Sur le site de Tattone :

- Installation du PASA
- Extension de la MAS

Par ailleurs, compte tenu de l'évolution de l'activité tant au niveau des services de court séjour qu'au niveau du service d'accueil médical non programmé et afin de mieux répondre aux besoins des usagers il conviendra d'étudier l'opportunité de développer le plateau technique de l'établissement en envisageant le développement de l'offre de soins en matière d'imagerie médicale et de télémedecine notamment.

2-3-3-Les actions de coopération :

Les objectifs en matière de coopération concernent la mise en place opérationnelle de la Communauté Hospitalière de Territoire et le renforcement des actions de partenariat avec le Centre Hospitalier de Bastia.

A/ L'inscription de l'établissement dans le contexte local par une participation active aux travaux de la CHT :

Les instances composant la gouvernance de la CHT ont pour mission de rédiger la convention constitutive de la CHT et de mettre en œuvre le projet médical commun. Elles bénéficient dans ce cadre d'un accompagnement du CNEH.

S'agissant du projet médical, ce dernier fixe comme objectifs :

De définir les fondements durables d'une coopération Hospitalière déjà bien engagée.

D'amener des réponses à la désertification médicale dans une logique de complémentarité.

De favoriser l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

De permettre à l'ensemble des acteurs Hospitaliers de partager une culture commune et de travailler à l'élaboration d'une stratégie médicale de Territoire.

Le projet médical commun a vocation à répondre aux besoins de santé des bassins de population desservis par les trois établissements membres, en organisant une offre de soins publique coordonnée et graduée.

Il repose sur des principes généraux fortement affirmés par les trois communautés Hospitalières qui souhaitent aussi rappeler leur attachement à la cause de l'Hôpital public, à l'image qu'il véhicule et à l'éthique de ses missions de service public.

Les axes prioritaires de la stratégie médicale commune sont les suivants :

- La Structuration de la prise en charge de l'Urgence

- L'organisation d'une filière de SSR polyvalente et gériatrique en application des préconisations du SROSS de 3ème génération

- La poursuite de la coopération en matière de cancérologie,
Des activités de chimiothérapie sont dispensées au CHICT site de Corté en étroite collaboration avec les oncologues du CHB. La reconstitution des cytotoxiques est réalisée sur le site de Corté qui pourra également prendre en charge les patients originaires de la balagne.

- Le développement de consultations avancées dans les filières suivantes :

Gynécologie,
Cardiologie,
Néphrologie,
Psychiatrie,
Ophtalmologie,
Anesthésie,

et de Santé Publique.

Par ailleurs, au-delà de ces axes de coopération stratégiques pour le développement d'une prise en charge de qualité, il conviendra de conforter voir compléter ces coopérations.

B/ L'approfondissement de la démarche de coopération avec le Centre Hospitalier de Bastia :

Certaines coopérations devront être renforcées et développées,

- L'accès aux consultations spécialisées et aux plateaux techniques du CHB.
- La mise en place d'une filière gériatrique complète,

Mais également,

- Le partage de postes médicaux
- L'intervention de personnel spécialisé (informatique, travaux, équipement bio-médical, hygiène, logistique)
- La mise à disposition par le CHI de lits de soins de suite
- Des actions communes de formation continue

Et enfin, la mise en place de la télé-médecine

2-3-4 Le système d'information :

L'établissement poursuivra sa coopération dans le cadre de la mutualisation des fonctions support, et de l'uniformisation des systèmes d'informations.

Dans ce cadre, il convient de noter que l'ensemble des établissements publics de santé, adhère au GCS SIRS-CO dont l'objectif consiste :

- à mettre en réseau tous les établissements de santé de la région Corse.
- à mutualiser les moyens et les compétences.
- à construire une plateforme santé.
- à mettre en place un dossier patient informatisé commun et conforme au dossier médical personnel.

2-3-5 Les services logistiques :

Le fonctionnement des services devra faire l'objet d'une évaluation des pratiques à périodicité régulière, permettant sur la base d'indicateurs concrets, de déceler des pistes d'amélioration visant à permettre un fonctionnement efficient.

A ce titre, une mutualisation des moyens de ces services est à envisager.

2-3-6 La qualité et la procédure de certification :

La prévention des risques sanitaires, professionnels et environnementaux reste une préoccupation permanente de l'ensemble des acteurs de l'établissement.

La continuité de la démarche qualité a fait l'objet d'une évaluation dans le cadre de la procédure d'accréditation « Version 3 ».

A ce titre, la visite des experts visiteurs de la Haute Autorité en Santé a eu lieu à la fin du mois de mai 2012.

Cette procédure d'évaluation externe, indépendante de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle, effectuée par des professionnels, a concerné l'ensemble du fonctionnement et des pratiques de la structure.

Elle a apprécié le système de management de la qualité mais également les aspects spécifiques de l'organisation des soins et les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

Les objectifs prioritaires en matière de qualité, de sécurité et d'hygiène sont :

- L'identité vigilance,
- La permanence des soins au service de l'accueil médical non programmé
- L'évaluation des fonctions logistiques au service d'hospitalisation à domicile

2-3-7 L'organisation :

La mise en place de la nouvelle gouvernance devra être complétée par des contrats d'objectifs et de moyens entre la Direction et les chefs de pôles.

A ce titre, les politiques d'intéressement ainsi que les modalités de délégation de gestion devront être précisées et appliquées.

Cette démarche devra être accompagnée par la mise en place d'une comptabilité analytique précise et fiable.

PROJET MEDICAL

ORIENTATIONS 2013-2017

PREAMBULE

Le projet médical du CHICT a été élaboré pour la période 2013-2017.

Celui-ci a été validé en interne avant d'être intégré au projet d'établissement.

L'actualisation du projet médical présenté ci-après tient compte du rôle d'établissement de santé de proximité déjà reconnu au CHICT et qu'il convient de conforter, tout en précisant pour les années à venir les axes à tracer pour améliorer la qualité de la prise en charge en soins et optimiser l'offre de soins.

La répartition des 210 lits et places autorisés est la suivante :

Disciplines	Corte	Tattone
Médecine HC	35	
Médecine HI	2	
Accueil méd. Non program.	2	
HAD	20	
Soins de suite	20	
EHAPD		103
MAS		28
TOTAL	79	131

Le projet médical est décliné en 5 sous projets :

- 1 / La médecine aiguë et polypathologique
- 2 / Les soins de suite et de réadaptation
- 3 / Les services médico-techniques
- 4 / Les activités médico-sociales
- 5 / La qualité et la sécurité des soins

Leur point commun est de poursuivre l'adéquation de l'offre de soins aux besoins de la population et de garantir une qualité et une sécurité des soins optimale.

En effet, durant ces dernières années le CHICT a développé, dans cette optique, de nouvelles activités :

- Consultations spécialisées,
- Renouvellement du plateau technique,
- Accueil médical non programmé,
- Application de protocoles de chimiothérapie,
- Hospitalisation à domicile,
- Soins palliatifs

Le CHICT doit maintenant répondre de manière adaptée à une double exigence :

- Pérenniser ses activités.
- Renforcer la filière gériatrique,

A / Pérenniser les activités :

Le CHI Corte-Tattone dispose d'une offre de soins diverse et variée, adaptée aux besoins de la population de la microrégion.

Cependant, il convient de renforcer les activités existantes, développer les activités nouvelles installées sur le site de Corte et fixer une nouvelle orientation au site médico-social de Tattone.

Le site de Corte :

Concernant l'activité de MCO

Cette dernière devra être dynamisée en terme de données PMSI en limitant notamment les dépassements des bornes hautes des séjours, mais également en fluidifiant le parcours du patient. Dans ce cadre, ce dernier se verra proposer en fonction de son état de santé, soit un transfert en SSR, soit un retour à domicile.

Par ailleurs, 5 lits de MCO seront transformés en lits de Court Séjour Gériatrique, conformément au dossier de labellisation déposé auprès des services de l'ARS en 2012.

S'agissant du service de SSR,

Compte tenu de la réalité des pathologies traitées dans ce service, l'établissement sollicitera auprès des Autorités de Tutelle la spécialisation gériatrique d'un certain nombre de lits classés « indifférenciés » à ce jour.

En outre, le principe visant à réduire l'embolisation des services devra être également appliqué au service du SSR en privilégiant, au terme de la prise en charge rééducative, une orientation en EHPAD dans l'hypothèse où un retour à domicile ne serait pas envisageable.

Le service de l'accueil médical non programmé mérite également une attention particulière.

Cette unité qui s'avère être un maillon essentiel dans la prise en charge sanitaire de la population de la micro-région est la principale source d'admissions du service de MCO.

Par conséquent, seule l'application stricto sensu et pérenne de la convention de partenariat liant l'établissement au SAMU 2B permettra de conserver la qualité du service rendu à la population.

Le service d'hospitalisation de jour,

Connaît une forte progression de son activité et sa nécessité n'est plus à démontrer. Cependant la mise en place d'axes de coopération avec le secteur privé par notamment des actions de communication auprès des différents acteurs de santé de la région mais

également en direction des patients devra être privilégiée afin de poursuivre son développement.

L'hospitalisation à domicile,

Cette structure dont l'activité est en constante évolution en centre Corse rencontre de nombreuses difficultés pour emporter l'adhésion des professionnels libéraux et para médicaux en plaine orientale. De fait, les taux d'occupation constatés s'avèrent largement inférieurs aux prévisions.

Dans ce contexte, un effort d'organisation a porté en fin d'année 2012 sur la mise en place d'une nouvelle équipe pour relancer cette activité avec notamment, l'implication du médecin référent en cancérologie de l'établissement.

L'établissement sera très attentif au développement de cette activité qui correspond à un véritable besoin.

L'Unité de Soins de Longue Durée,

L'installation de 10 lits d'USLD, viendra compléter la filière gériatrique.

Le service d'imagerie médicale,

A l'instar de l'Accueil médical non programmé, le service d'imagerie médicale est une activité incontournable dans le développement de l'offre de soins de l'établissement.

Aussi, afin de répondre à l'évolution des besoins de la population, il apparaît nécessaire d'impulser une nouvelle dynamique en matière de plateau technique d'imagerie au travers des axes de développement ci-après :

La télémédecine, en collaboration avec le Centre Hospitalier de Bastia,
Le renforcement de la présence des médecins radiologues,
Un accès privilégié à des équipements spécifiques (scanner ou IRM),
à défaut d'installation d'équipement de même nature

Le site de Tattone :

Le site médico-social de Tattone connaît une évolution de son activité.

A la baisse, pour l'EHPAD

A la hausse, pour la MAS

En effet, s'agissant de l'EHPAD on constate une diminution de la fréquentation de cette structure qui sera probablement plus prégnante lors de l'ouverture d'une structure privée d'accueil pour personnes âgées dépendantes en centre Corse.

A cet égard, la capacité d'accueil (103 lits) sera ramenée
dans un premier temps à 84 lits (2e semestre 2013)
dans un second temps à 50 lits (en 2014)

l'ensemble de ces lits sera dédié à des prises en charge spécifiques
« Alzheimer », géro-psycho-geriatrie, adultes handicapés vieillissants.

En revanche, la Maison d'Accueil Spécialisée enregistre un taux d'occupation supérieure à 100 % et de nombreuses demandes d'admission ne sont pas satisfaites.

Partant de ce constat, l'établissement a souhaité donner une nouvelle orientation au site médico-social, en développant la prise en charge de la personne handicapée, avec la création de :

- 8 lits supplémentaires de MAS
- 20 places de FAM.

Le présent projet d'établissement intègre l'ensemble de ces éléments mais également, l'installation d'un Pôle d'Activités de Soins Adaptés (PASA).

En effet, dans le cadre de l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, un Pôle d'Activités de Soins Adaptés est en cours de réalisation. Cette structure a vocation à prendre en charge des patients ayant des comportements modérés afin de préserver leurs capacités cognitives.

B / Renforcer la filière gériatrique :

Le CHI Corte-Tattone a de par son histoire, son caractère d'établissement de proximité, et la nature des pathologies qui y sont traitées, une vocation gériatrique avérée.

En effet, les données issues du PMSI en service de MCO et de SSR, démontrent que la prise en charge des personnes âgées représente l'activité principale de ces services.

A ce titre, les moyennes d'âges constatées le démontrent :

MCO :

L'âge moyen des patients hospitalisés est de 69.25 ans.

66.18 % des séjours concernent des personnes de plus de 65 ans.

SSR :

L'âge moyen est de 78.2 ans.

81.20 % des patients hospitalisés en service de SSR ont plus de 70 ans.

Par conséquent, il conviendra de développer une véritable filière gériatrique en définissant le parcours du patient hospitalisé :

Une hospitalisation initiale en service de médecine polyvalente ou en court séjour gériatrique ou éventuellement en HAD,

Un transfert en service de soins de suite dès lors que la charge en soins le nécessite,

Un hébergement en EHPAD ou en USLD dans l'hypothèse où l'état de santé du patient ne permet pas un retour à domicile.

L'intégration d'une USLD dans le panel de l'offre de soins du CHI Corte-Tattone s'avère nécessaire dans la mesure où cette unité permettra la prise en charge des personnes âgées présentant une pathologie organique chronique ou une poly-pathologie, soit active au long court, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie.

En effet, les situations cliniques susmentionnées requièrent un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum.

Dans ce contexte, l'USLD prendra en charge des patients dont l'état de santé requière des soins médico-techniques importants soit à l'issue d'un séjour en établissement de santé ou en établissement médico-social, soit pris en charge précédemment à leur domicile.

Par ailleurs, le développement de ce type de filière permettra d'éviter la prolongation non justifiée d'une hospitalisation en court séjour (DMS 2011 : 9.99 jours) ou en SSR (DMS 2011 : 41.40 jours).

En effet, cette situation est extrêmement pénalisante pour l'établissement sur le plan de l'organisation (inadéquation des prises en charge dans les structures de soins - patients de médecine relevant d'un SSR, patients de SSR relevant d'un hébergement) et sur le plan financier (dépassement des bornes hautes pour les séjours de MCO).

Aussi, compte tenu des éléments développés supra, les nouvelles capacités seraient arrêtées à 190 lits et places, réparties comme suit :

Disciplines	Corte	Tattone
Médecine HC	20	
Court Séjour Gériatrique	5	
Médecine Hospit de jour	2	
Accueil méd. Non program.	2	
HAD	20	
Soins de suite	20	
USLD	10	
EHPAD		50
FAM		20
MAS		36
TOTAL	79	106

I- INTRODUCTION

Ce nouveau projet de pôle se veut être dans la continuité du précédent qui a vu la création de nouvelles activités au sein du CHI de Corte-Tattone. En effet, le projet 2008-2012 ne manquait pas d'ambition et il a notamment permis la création de l'unité de chimiothérapie et de l'unité d'HAD.

Ces 2 unités sont en phase de montée en charge, particulièrement celle de chimiothérapie dont le besoin au centre Corse a été reconnu de tous et dont l'existence n'est pas remise en cause.

L'HAD se trouve encore dans une phase de démarrage assez progressif. Elle trouvera sans doute son rythme de croisière lorsque tous les professionnels de santé extérieurs auront pleinement pris conscience de son intérêt pour le meilleur bénéfice de leurs patients.

C'est pourquoi ce nouveau projet a pour objectif principal d'améliorer et d'optimiser la performance ainsi que la qualité des activités existantes, avant d'envisager la mise en place de nouvelles activités.

Cette nécessaire amélioration du service rendu aux patients doit passer par le renforcement des coopérations professionnelles avec les spécialités médicales du CH de Bastia, des cliniques et des médecins libéraux.

Néanmoins, une attention particulière devra être portée sur l'unité d'Accueil Médical Non Programmé (AMNP) afin de satisfaire aux besoins et aux attentes de la population en matière de qualité et de sécurité des soins.

II- La chimiothérapie

L'unité de chimiothérapie a ouvert en avril 2010.

Elle est située au rez-de-chaussée et comprend 2 lits d'Hospitalisation Incomplète.

Son activité a généré 188 RSA en 2011 (83 en 2010) pour un nombre de journées réalisées de 235 (85 en 2010). Au 30 septembre 2012, on enregistre 246 journées pour 246 entrées avec une DMS de 1 jour et un TO de 64,40%.

La progression d'activité est donc très significative et prouve bien la satisfaction d'un besoin préexistant et réel.

Cette unité prend en charge des chimiothérapies mises en place au cours des RCP à Bastia. Elle s'adresse à des patients habitant la région cortenaise et du centre Corse.

Les médecins intervenant sont au nombre de 2 : un PH titulaire du diplôme de chimiothérapie, travaillant au CHI et effectuant des ½ journées hebdomadaires selon les nécessités, et un PH cancérologue du CH Bastia se déplaçant par convention à Corte 1 jour entier par semaine.

Les pathologies prises principalement en charge sont les néoplasies pulmonaires, du sein, du système hématopoïétique, les cancers à un stade avancé avec métastases multiples.

Il est également effectué des soins de support, à savoir : des transfusions, des perfusions d'inhibiteurs de la résorption osseuse, de facteurs de croissance érythrocytaire et leucocytaire, de corticoïdes.

En matière d'évolution, il est prévu que le PH de Corte se rende à Bastia pour assister aux RCP des patients pris en charge à Corte.

Il est également prévu la création de 2 à 4 lits dévolus aux soins de support de chimiothérapie et localisés au niveau du service de Médecine. En effet, ces traitements ont assez souvent besoin d'être réalisés sur plusieurs jours, ce qui n'est pas toujours possible en hospitalisation incomplète d'une journée en raison de l'état physiologique de certains patients.

Ces médecins exerçant en chimiothérapie, interviennent également sur le secteur soins palliatifs post-chimiothérapies, mais leur expertise est aussi nécessaire en pathologies cancéreuses dans le service de médecine, et pour d'autres maladies chroniques.

Des protocoles précis de lutte contre les douleurs et les nausées sont en cours d'élaboration.

III- L'Hospitalisation à Domicile (HAD)

L'HAD du CHI Corte-Tattone est un service à part entière de l'hôpital mais elle fonctionne à la fois avec du personnel hospitalier et des soignants libéraux volontaires ayant conventionnés avec le CHI.

L'HAD se caractérise par un niveau élevé de soins, une pluridisciplinarité, une coordination médicale et une continuité des soins. Elle est une offre de soins spécifique et sa prescription se doit d'être pertinente et réfléchi. Elle prend en charge les besoins liés au vieillissement, aux maladies chroniques et aux handicaps.

L'ouverture de l'HAD date de juin 2011.

L'activité en 2011 est de 320 journées, pour 10 patients.

L'activité au 30 septembre 2012 est de 775 journées, pour 10 patients.

Cette activité se concentre dans la région cortenaise. Les prescriptions d'HAD sont essentiellement réalisées par les praticiens du CHI et de certains médecins libéraux du centre corse.

L'antenne d'HAD de Prunelli di Fiumorbu a ouvert officiellement en janvier 2012, mais n'a pas encore donné lieu à prescription d'HAD.

Afin de fédérer autour de ce projet, une nouvelle organisation a été mise en place à laquelle participe le médecin référent en cancérologie de l'établissement. En effet, l'HAD s'adresse à des patients atteints de pathologies aiguës, lourdes, nécessitant des soins complexes, des surveillances de perfusion, des évaluations thérapeutiques, des pansements spécifiques, mais également à des patients atteints de pathologies cancéreuses.

Dans ce cadre le pharmacien exercera auprès de l'ensemble de la communauté médicale concernée, ses missions d'information, de sensibilisation, de formation et de contrôle dans la prévention du risque d'erreur médicamenteuse.

IV- L'Accueil Médical Non Programmé

Il est situé dans les nouveaux locaux du rez-de-chaussée. Ces locaux sont reconnus comme spacieux, fonctionnels et très bien équipés.

On y trouve : 1 lit de déchoquage avec monitoring et surveillance à distance, 1 salle de plâtre, 1 salle de petite chirurgie, 2 lits monitorés d'hospitalisation de courte durée (inférieure à 4 heures), 1 bureau médical, 1 salle de repos et de garde de nuit.

Cette unité fonctionne avec une équipe paramédicale dédiée.

Le médecin est un urgentiste smuriste travaillant par garde de 24 heures. Le planning des urgentistes est établi par les responsables du SMUR du CH de Bastia conformément à la convention datant de 1998, confirmée en avril 2000.

L'activité de l'AMNP est soutenue comme en atteste les tableaux de bord avec 6591 passages en 2011, en progression par rapport à 2010 (6315).

Toutefois cette activité n'atteint pas le seuil des 8000, lequel serait de nature à nous permettre de demander la requalification en Service d'Accueil des Urgences (SAU).

Le médecin urgentiste effectue des sorties SMUR à la demande de la régulation du centre 15 (environ 200 sorties par an), et c'est alors le médecin d'astreinte du CHI de Corte qui assure le relais dans le cadre de la prise en charge des patients se présentant à l'AMNP, ceci 24h/24.

Dans ce cadre, ce service a fait l'objet d'observations lors de la venue des experts visiteurs de l'HAS, en lien avec la procédure de certification de l'établissement.

Plusieurs pistes d'amélioration sont envisagées :

- A court terme,
Modification de la convention de collaboration avec le SMUR du CH de Bastia ayant vocation :
 - à définir les modalités de prise en charge dégradée des patients lors de la sortie extérieure du médecin urgentiste à la demande du Centre 15. La prise en charge par le médecin polyvalent d'astreinte (seule solution) sera néanmoins subordonnée à une liaison étroite avec la régulation médicale des urgences du CH de Bastia
 - à définir un ensemble d'états pathologiques pouvant être pris en charge au sein de l'unité d'accueil

- A moyen terme,
La Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) en cours de création, permettra de mieux organiser la prise en charge de l'urgence dans le département de la Haute-Corse. Dans cette perspective il a été demandé au CNEH de nous accompagner dans cette démarche dont l'objectif est d'aboutir à la structuration d'un réseau urgence, dont le Centre Hospitalier de Corté sera un maillon fort.

Par ailleurs, le groupe de travail réfléchit également à la mise en place d'un renfort de médecin urgentiste pour faire face à une évolution de l'activité durant certaines périodes (saison estivale).

Enfin, dans le cadre de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, la prescription médicamenteuse informatisée sur le logiciel Génois devra être étendue dans les plus brefs délais aux médecins urgentistes.

V- L'unité d'hospitalisation de Médecine aigue et Polypathologique

Elle est située au 2^{me} étage et comprend 23 lits installés dont 7 chambres individuelles.

L'activité est caractérisée par une stabilité du nombre de journées réalisées et du nombre d'entrants, soit 663 entrants en 2011 pour 665 entrants en 2010. La durée moyenne de séjour est de 9,99 jours.

En terme de Résumés de Sortie Anonymisés, on constate une nette augmentation de l'activité : 899 RSA produits en 2011, 748 RSA produits en 2010, soit une variation de + 151 RSA.

Cette évolution est générée par l'activité de chimiothérapie qui a produit 188 RSA en 2011 pour un nombre de journée réalisées de 235.

L'âge moyen des patients reçus est globalement resté le même : population entre 65 et 99 ans : 60% et population entre 18 et 65 ans : 40%.

Le bassin de population de la microrégion de Corte est d'environ 15000 habitants, avec une saisonnalité marquée durant la période estivale qui se retrouve au niveau de l'augmentation des passages aux urgences, et donc au niveau du nombre d'entrants en médecine.

L'analyse qualitative de l'activité PMSI montre que les pathologies prises en charge en 2011 sont, dans l'ordre : gastroentérologiques (96), pulmonaires (85), cardiaques (78), rachidiennes (76), du système nerveux (71).

Les patients pris en charge, ont pour la plupart d'entre eux une intrication de plusieurs pathologies qui ont tendance à décompenser et que l'on se doit de traiter de la même façon que la pathologie principale.

Les modes d'entrée sont : médecin traitant (40%), urgences (40%), transferts (20%).

Les projets :

- Optimisation de 5 lits de court séjour gériatrique au 2^{ème} étage : ces lits s'adressent à un type de patients que nous accueillons déjà, à savoir des patients très âgés, poly-pathologiques, souvent porteurs de handicaps physiques et atteints de pathologies de type Alzheimer. Ces lits nous permettrons de réaliser une prise en charge globale, à savoir médicale, gériatrique, psychologique (patient et famille), sociale (préparation des aides au domicile).
- Installation de 2 lits de prise en charge des soins de support de cancérologie et chimiothérapies.
- Formalisation de toutes les conventions de coopération médicale dans le cadre d'une CHT avec le CH de Bastia : Urgences, cancérologie, consultations spécialisées de néphrologie, pneumologie, psychiatrie, chirurgie, radiologie (créneaux horaires dédiés pour scanner et IRM), gynécologie. Ces interventions dont certaines d'entre elles sont déjà existantes et fonctionnelles, seront organisées dans un souci de plus grande efficacité tant au niveau de la qualité et de la sécurité des prestations qu'au niveau du management des moyens humains et de l'efficacité des moyens techniques à mettre en place entre les établissements hospitaliers de Haute-Corse.

- Poursuite de la politique de qualité et de sécurité des soins avec l'appui de la cellule qualité : intégration de l'évaluation des pratiques professionnelles comme indicateur continu de l'amélioration de la qualité dans les unités de soins, intégration des indicateurs comparatifs avec des unités des soins à activité similaires, anticipation à la mise en place des exigences des référentiels de la certification.
- Mise en place du Développement Professionnel Continu (DPC) et développement de la politique de formation médicale continue.
- Envisager des conventions avec des spécialités médicales complémentaires : urologie, angiologie et doppler, dermatologie, ophtalmologie, ORL, dentiste et stomatologie, etc....

Mise en place d'une consultation de cardiologie.

VI- Les systèmes numériques et nouvelles technologies

L'établissement ayant déjà initié avec succès en 2008 l'informatisation du circuit du médicament au travers du logiciel de prescription Génois, souhaite poursuivre sa dynamique en matière de développement des systèmes d'informations.

Dans ce cadre il est membre du groupement de coopération sanitaire « SIRSCO » dont l'objectif est de :

- Mettre en place le Dossier Patient Informatisé (DPI).
- Créer une plateforme régionale santé.

Des actions d'amélioration sont envisagées dans deux domaines :

- Examens de biologie en temps réel,
- Avis spécialisés, avec la mise en place de la télémédecine,

VII- Conclusion

Le pôle de Médecine Aigue et Poly-pathologique a toujours eu pour principal objectif la prise en charge médicale, sociale et psychologique des patients. Actuellement, il répond à des besoins de santé clairement identifiés de la région rurale et enclavée du Centre Corse dont la population vieillissante, présente une fragilité médicale.

De plus, la démographie actuelle de la médecine de ville que se traduit par une faible densité de médecins libéraux en Centre Corse, renforcera le rôle de l'hôpital public qui devra être en mesure de remplir pleinement les missions de services publics qui lui sont fixées.

« GRAND AGE ET HANDICAP » 2013 / 2017

Le pôle Grand Age et Handicap comprend :

- une partie sanitaire: le SSR et les activités transversales
L'USLD

- une partie médico-sociale : L'EHPAD,
la MAS
le FAM.

Etant précisé que les activités transversales telles que le développement des soins palliatifs, l'accompagnement de fin de vie, et les consultations mémoires représentent des domaines majeurs de l'activité de ce pôle.

L'activité médico-sociale du pôle, à savoir l'EHPAD du site de Tattone, a connu lors de ces dernières années une baisse constante de son activité.

Cette évolution, générée par l'ouverture de structures concurrentielles en Corse du Sud et en Centre Corse, a conduit l'établissement à mener une réflexion sur la restructuration des activités de ce site et notamment sur la réduction de la capacité de l'EHPAD.

Dans ce contexte, l'établissement a donc décidé de donner une nouvelle orientation au site médicosocial de Tattone, afin de mettre en adéquation l'offre de soins de ce site avec l'évolution des besoins de la population.

Un dossier de demande d'extension de 8 lits de MAS a été déposé auprès de l'ARS (liste d'attente de 16 résidents réactualisée au mois de septembre 2012).

Par ailleurs, sur la base des besoins constatés au sein de la filière gériatrique, il est également envisagé de demander, dans le courant de l'année 2013, la transformation de 10 lits d'EHPAD en lits d'USLD.

Ce service ayant vocation à prendre en charge des patients lourds nécessitant des soins continus sur de longues périodes, quel que soit leur âge.

Enfin, l'établissement déposera, dans le courant de l'année 2013, un dossier d'autorisation de création d'un FAM de 20 places.

Dans un premier temps les capacités installées sur le site de Tattone seront les suivantes :

EHPAD : 84 lits
MAS : 36 lits

Dans un deuxième temps, ces capacités évolueront comme suit :

EHPAD : 50 lits
MAS : 36 lits
FAM : 20 lits

Par ailleurs 10 lits d'USLD seront installés sur le site de Corte ;

SECTEUR SANITAIRE DU PÔLE « GRAND AGE ET HANDICAP »

I. LES SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

Définition :

Le Soins de Suite et de Réadaptation mention poly-pathologique a pour objectif de favoriser l'entretien ou la récupération de capacités physiques et psychiques les plus satisfaisantes possibles, dans les suites d'un épisode aigu survenu chez des patients âgés souffrant d'une ou de plusieurs maladies chroniques invalidantes et présentant des risques particuliers et fréquents de décompensations organiques, susceptibles d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une dépendance physique ou psychique. L'orientation d'un patient pour une prise en charge spécialisée SSR est liée à la complexité de son état de santé. Cette complexité se caractérise par la fragilité, une poly-pathologie active avec des risques particuliers de décompensation, une dépendance physique et / ou des troubles cognitifs et des problèmes d'ordre psychosociaux.

Le SSR à orientation gériatrique participe de la prise en charge de la personne âgée, dans la logique du continuum du parcours de santé, à l'issue d'un séjour dans un établissement de santé, ou en cours de séjour dans une structure médico-sociale, ou directement du domicile.

Mettre en place des SSR (*mention affections de la personne âgée poly-pathologique, dépendante ou à risque de dépendance*) afin d'assurer une double mission : assurer des soins médicaux, curatifs ou palliatifs, d'ajustement des thérapeutiques de renutrition, de diagnostic et de traitement des pathologies déséquilibrées et assurer la rééducation et la réadaptation pour limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux.

L'orientation du patient âgé dans cette structure est liée à la complexité de son état. Cette complexité se caractérise par un état fragilisé, une poly-pathologie avec des risques particuliers de décompensation, une dépendance physique et ou des troubles cognitifs et ou des problèmes psycho-sociaux. Les patients qui ne répondent pas à ces critères ou qui présentent une pathologie prédominante relevant d'une spécialité peuvent être pris en charge dans un

SSR polyvalent ou de spécialité. Par ailleurs l'âge requis pour bénéficier d'une prise en charge en SSR poly-pathologique est de 75 ans et plus.

La place dans la filière :

Ils doivent permettre la prise en charge des patients soit au décours d'une hospitalisation en court séjour, soit par accès direct du domicile ou du substitut du domicile. L'admission s'opère à l'issue d'une procédure de pré admission, après accord du médecin assurant la coordination de la prise en charge des patients ou d'une évaluation réalisée notamment par l'EMG ou l'unité de consultation et d'hospitalisation de jour.

Il convient donc de prioriser la mise en place de SSR avec mention «poly-pathologique» dans le cadre de la construction des filières gériatriques «labellisées».

Dans l'attente de la mise en œuvre prévue de la T2A dans le champ du SSR, et compte tenu de la non-visibilité de l'impact économique de cette réforme, une réflexion devra être menée avant d'envisager la possibilité d'octroi de la mention SSR spécialisée «poly-pathologique».

Ces SSR spécialisés « complètent » l'offre de soins des prises en charge actuelles en SSR polyvalents à orientation gériatrique, dans le cadre d'une optimisation du parcours de santé de la personne âgée.

Intégration à la Filière personnes âgées :

« Affections de la personne âgée poly-pathologique, dépendante ou à risque de dépendance ».

Même si cette mention n'existe pas pour l'heure, il ressort une très forte présence de personnes âgées dans les établissements SSR polyvalents de l'île. Les besoins dans ce domaine sont réels et selon les premières estimations, il pourrait être envisagé le développement de cette mention répartie sur le territoire de santé corse dans le cadre de la structuration des filières gériatriques

Les enjeux :

Accessibilité :

- Assurer un maillage territorial adapté aux besoins tant pour le SSR généraliste que pour le SSR avec mention. Les établissements SSR généralistes ou polyvalents (dits de proximité) et spécialisés (dits de recours) doivent être accessibles sur l'ensemble du territoire de santé. Cependant certaines mentions particulières comme les grands brûlés, l'oncohématologie, la prise en charge des enfants et adolescents ne pourront se développer qu'au niveau régional ou interrégional. Des prises en charge hyperspécialisées nécessiteront le recours à l'interrégional malgré les mentions autorisées.

- Assurer une bonne articulation entre le MCO, les médecins libéraux et le SSR.

Les accords de coopération et les outils favorisant l'orientation des patients et la connaissance de l'offre de soins permettront cette articulation

- Bien articuler le SSR avec la prévention et le médico-social

Efficiences :

- Les établissements SSR spécialisés doivent aussi, dans la mesure du possible, être bien répartis sur le territoire de santé (sur les trois espaces fonctionnels) car au nom de l'efficacité ils doivent développer l'hospitalisation à temps partiel et bien s'articuler avec les services HAD, SSIAD et médico-social, en cas de DMS trop forte.

Ils doivent s'efforcer :

- d'accueillir précocement les patients ;

- de veiller à assurer une taille suffisante pour faire face à la mise en place de la T2A.

Rééquilibrer l'offre sur le territoire de santé

- Améliorer la fluidité de la filière en amont et en aval du SSR notamment l'articulation entre le sanitaire et le médico-social
 - Améliorer la prise en charge au sein des SSR afin d'éviter les retours en MCO
 - Développer des coopérations, des mutualisations dans le cadre des filières de soins.
- Développer les coopérations, les mutualisations.

Dans le cadre des travaux sur le volet SSR du SROS, un état des lieux des conventions liant les établissements SSR aux établissements médicosociaux, aux HAD et aux établissements MCO a été réalisé. La majorité des établissements SSR disposent déjà de conventions de coopération.

Dans le cadre du programme de gestion du risque SSR « développer l'analyse des activités, identifier et mesurer les risques financiers, améliorer la pertinence des prises en charges et fluidifier le parcours de soins du patient », une convention type relative aux modalités de coopération entre un établissement de santé autorisé en soins de suite et réadaptation et un établissement médicosocial a été établie au niveau national et va être proposée aux établissements de santé SSR et aux EHPAD.

Indicateurs de suivi :

- Nombre de journées et de venues sur le territoire de santé (et par territoire fonctionnel de concertation)
- DMS : nombre de journées en hospitalisation complète/ nombre de séjours (DMS inférieure à 30 jours)
- Taux d'entrée directe en SSR : nombre d'entrées en provenance du domicile (y compris EHPAD ou des urgences en HC/ nombre d'entrées en HC)
- Mode de sorties du SSR : nombre de séjours terminés en HC, selon chaque mode de sortie/ nombre total de séjours terminés en HC
- Nombre d'établissements utilisant l'outil trajectoire
- Taux de fuite régional : nombre de séjours consommés par patient de la région mais produits par des établissements situés dans une autre région/ nombre de séjours consommés par les patients de la région
- Taux d'attractivité régional : nombre de séjours produits par les établissements de la région mais consommés par des patients résidant dans une autre région/ nombre de séjours produits par les établissements de la région
- Nombre de conventions avec les EHPAD
- Nombre d'établissements mis sous accord préalable

Les objectifs locaux :

Le CHICT est actuellement le seul établissement public à disposer d'un SSR. Néanmoins, des projets relatifs à d'autres implantations ayant été prévus dans le Projet régional de Santé, il convient au titre du principe de précaution d'établir les prévisions d'activité sur la base des besoins du Centre Corse essentiellement. De plus, l'adossement à la futur USLD permettra une meilleure gestion des parcours de soins.

La redéfinition en spécialité gériatrique permettra la reconnaissance de la compétence de l'équipe pluri-professionnelle complète destinée à une patientelle âgée déjà prise en charge.

- Le maintien d'une équipe de deux kinésithérapeutes,
- La réalisation d'un parcours de marche extérieur,
- Un complément de l'offre avec la balnéothérapie

Seraient de nature à optimiser la qualité de la prise en charge dans ce secteur d'activités.

II. Les Soins Palliatifs

L'activité de l'établissement :

L'établissement dispose de 4 lits identifiés en soins palliatifs (2 en médecine et 2 en SSR)

En 2010 l'activité de soins palliatifs a généré 1 385 journées, 762 en 2011 et 1 200 en 2012.

Présentation des services demandeurs :

A ce jour, les services demandeurs sont la médecine polyvalente, la médecine gériatrique et le service de soins de suite.

Cependant, des dispositifs favorisant l'accueil des patients de l'EHPAD et de la MAS, situés sur le site de Tattone seront mis en place, malgré que l'accès aux lits de soins palliatifs du site de Corte soit facilité.

Nombre de lits : 20 lits de médecine polyvalente
 5 lits de Court Séjour Gériatrique
 20 lits de soins de suite et de réadaptation
 2 lits d'hospitalisation de jour
 103 lits d'EHPAD
 28 lits de MAS

Objectifs :

En accord avec le PRS nous mettons en œuvre l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins pour accompagner la prise en charge de la douleur et des soins de fin de vie.

La formation des soignants et le soutien psychologique notamment dans la prise en charge de la douleur, des soins en fin de vie et l'accès aux soins palliatifs est à développer.

Les liens avec les professionnels exerçant au sein des unités de soins palliatifs, des équipes mobiles ou des services disposant des lits identifiés sont nécessaires, ils se constituent au sein des différentes structures et instances (interCLUD, formations et enseignements, communautés hospitalières). Le CHICCT possède une expérience dans l'accompagnement de fin de vie.

Il est doté d'une cellule de réflexion éthique. Une coordination interne à l'établissement s'impose pour une conformité aux bonnes pratiques de soins exigées pour les LISP en MCO.

La participation aux actions de l'EMSP du CH Bastia sera utile pour projeter nos actions vers les EHPAD associatifs, ou même vers le domicile par l'HAD.

La formation de deux infirmières du CH Corte est un atout.

Un staff inter-service dédié « Soins Palliatifs-Douleur » doit être mis en place d'ici la fin 2012, il permettra d'harmoniser les pratiques et de diffuser la culture palliative, les dossiers de soins et les dossiers médicaux seront présentés par les professionnels en charge.

Les 4 lits identifiés en Soins Palliatifs (LISP) s'intègrent dans la gradation des soins de la circulaire du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs qui précise la gradation des prises en charge :

- le premier niveau est un accompagnement palliatif dans un service hospitalier sans lit identifié ;
- les LISP constituent le deuxième niveau par l'application d'une démarche palliative spécifique au sein de services non totalement dédiés aux soins palliatifs.

Pour améliorer l'utilisation des LISP un accès direct peut être envisagé.

L'intervention des EMSP en EHPAD et au domicile des patients, peut être relayée ici par les professionnels du CHIC en partenariat avec les EMSP 2A et 2B, mais aussi par l'intervention de l'HAD.

L'amélioration des connaissances des soignants concernant la prise en charge palliative pédiatrique est un axe majeur de la politique du CHIC, pour 2012-2013 deux IDE sont volontaires pour être formées au Diplôme Universitaire de Soins Palliatifs à l'Université de Corse, le médecin responsable de Pôle en est coresponsable avec le Dr Jean-François ABINO de l'USP du CH Ajaccio, Mme RISTORI psychologue est chargée d'enseignement.

Les indicateurs de suivi :

- Evaluation de la pertinence du codage en LISP
- Evaluation de l'utilisation des ressources générées par le GHS « LISP », notamment en termes de renfort de personnel, de présence d'un référent (médical ou pas) formé en soins palliatifs, de recours au service d'une EMSP pour les situations les plus complexes et d'organisation de réunions pluridisciplinaires consacrées aux soins palliatifs.
- Le nombre de cas présentés.

Référence : (Définition de la HAS, décembre 2002).

« Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluri professionnelle. Ils ont pour objectif, dans une approche globale et individualisée, de prévenir ou de soulager les symptômes physiques, dont la douleur, mais aussi les autres symptômes, d'anticiper les risques de complication et de prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la dignité de la personne soignée.»

La mesure VI du programme de développement des soins palliatifs 2008-2012 prévoit de « rendre effective l'intervention des équipes mobiles de Soins palliatifs dans les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes et diffuser la culture palliative dans les établissements médico-sociaux ».

L'intervention des EMSP en EHPAD est bien encadrée par la circulaire du 15 juillet 2010 : cette circulaire précise d'ailleurs que le développement extrahospitalier des soins palliatifs dans les EHPAD est une priorité des EMSP. Cependant, dans la région, les EMSP n'interviennent presque jamais en EHPAD.

Il convient donc de renforcer les actions de communication auprès des médecins coordonnateurs et des cadres de ces établissements.

CREATION D'UNE UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE (10 LITS)

Une nouvelle définition des USLD est posée : elles accueillent et prennent en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une poly-pathologie soit active soit au long cours soit susceptibles d'épisodes répétés de décompensation et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Ces situations cliniques requièrent un suivi médical rapproché, des actes itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum.

Les missions :

- Assurer aux patients les soins d'entretien de la vie, les soins médicaux et techniques, les soins relationnels.
 - Prévenir l'apparition ou l'aggravation de la dépendance en maintenant les capacités restantes.
 - Élaborer un projet de vie individuel pour chaque patient dans le souci de sa qualité de vie.
 - Assurer l'accompagnement des familles et des proches
- Assurer une activité de soins de longue durée dans un contexte de proximité

- D'un point de vue organisationnel

1. Améliorer la couverture géographique, permettant d'une part à l'USLD de remplir son rôle dans la fluidité du parcours de soins de la personne âgée, et d'autre part au nord du territoire de santé de disposer d'un taux d'équipement conforme à l'évolution du nombre de personnes âgées de + de 75 ans.

2. Rééquilibrer l'équipement territorial et réduire les inégalités en dotant le Centre Corse d'une unité d'USLD (soit dans le cadre d'une reconversion d'activité, soit dans le cadre de moyens nouveaux DAF/USLD).

Cette création dans le centre corse se justifie, en outre, par la nécessité d'apporter une réponse immédiate dans une microrégion, marquée par un vieillissement important de sa population ; le Schéma régional d'organisation médico-sociale souligne la part importante de personnes âgées de + de 75 ans dans le Cortenais (13% de la population soit le taux le plus important du département).

Assurer la prise en compte d'une démarche qualité au sein des établissements, au regard notamment de l'adaptation des locaux et de la qualification des personnels.

3. Développer un système d'informations fiable, reprenant les modalités d'organisation et le descriptif des activités des acteurs de terrain.
4. Favoriser la diffusion des bonnes pratiques.

Indicateurs :

- Résultat des coupes PATHOS effectuées dans les USLD pour personnes âgées en 2011
- Nombre d'admission
- DMS
- TO
- Répartition des modes d'entrée et des modes de sortie
- Pathos Moyen Pondéré
- Gir Moyen Pondéré
- Composition de l'équipe médicale et de l'équipe non médicale en ETP

Les objectifs locaux :

La création des lits d'USLD correspond aux besoins constatés dans les prises en charges très longues en SSR ou dans les prises en charges complexes réalisées à l'EHPAD de Tattone ou par les ré-hospitalisations fréquentes de patients de l'EHPAD U Serenu.

Nature du projet

La nature du projet consiste à créer une Unité de Soins de Longue Durée d'une capacité de 10 lits.

Cette évolution évoquée dans le projet d'établissement 2008/2012 présenté aux instances et validé par le Conseil d'Administration lors de sa séance du 17 décembre 2007 doit répondre au besoin de prise en charge des patients nécessitant des Soins Médico-Techniques Importants (SMTI) et répondant aux motivations présentées ci-dessous.

Les motivations par rapport aux besoins de la population

La micro région de Corte est très atypique en Corse.

L'Université, implantée à Corte, a dynamisé la démographie. Cependant, la micro région conserve un caractère profondément rural avec une part de personnes âgées importantes et une population dispersée.

Afin de mieux cerner les besoins en Unité de Soins de Longue Durée, il convient de déterminer l'importance de la population susceptible d'être accueillie dans ce service dans un avenir proche (personnes âgées de plus de 75 ans) ou dans un avenir plus lointain (personnes âgées de plus de 60 ans).

Les dernières données fournies par l'INSEE, établies par tranche d'âge, confortent ces besoins en démontrant que la part des personnes âgées dans le Centre Corse est largement supérieure aux moyennes constatées dans le département, la région et la France métropolitaine.

Les motivations par rapport à l'activité de l'établissement

La création de 10 lits d'Unité de soins longue Durée sur le site sanitaire du CHI Corte-Tattone répond à une volonté d'adaptation de la prise en charge hospitalière aux besoins spécifiques de la population à trois niveaux.

En premier lieu, ce service complète l'offre du site en répondant à une demande sanitaire non couverte de la zone d'implantation, l'hébergement de personnes âgées aux besoins en Soins Médico-Techniques Importants de la micro région. Ces patients, hospitalo-requérants, ne relevant plus d'un service de court ou moyen séjour présentent des besoins en soins incompatibles avec un retour à domicile ou un hébergement en institution médico-sociale.

Structure d'aval du site sanitaire, l'USLD permettra d'assurer la prise en charge spécifique des pathologies organiques chroniques ou poly-pathologiques nécessitant un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique adapté.

En deuxième lieu, la création d'une USLD a pour but de fluidifier le parcours de soins du patient au sein des unités de soins de l'Etablissement en évitant l'allongement des durées de séjours en Médecine et Soins de Suite et de Réadaptation.

Ces deux services accueillent en grande majorité des patients âgés :

- Ainsi, 81.2 % des patients hospitalisés en service de SSR ont plus de 70 ans et 60.9% des séjours concernent des patients de plus de 80 ans. L'âge médian des hospitalisés est de 82 ans et l'âge moyen de 78.2 ans.

- Pour ce qui concerne le service de Médecine, 60% des séjours concernent des personnes âgées de plus de 65 ans atteints de poly-pathologies chroniques souvent liées à leur âge.

Or, les données 2011 mettent en lumière pour chacun des deux services une durée moyenne de séjour relativement importante (Médecine : 9.9 jours, SSR : 41.40 jours).

Ce constat révèle un engorgement des services aux conséquences tant en matière financière du fait du dépassement des bornes hautes des durées de séjours pour le service de médecine, qu'en matière d'efficience du fait du maintien prolongé de patients dans un service inadéquat.

En troisième lieu, la création d'une USLD sur le site sanitaire complète le panel de services offerts par l'Etablissement et s'insère dans la volonté de développer une filière gériatrique, au sens de la circulaire 2007/117 du 28 mars 2007.

Le projet répond ainsi à l'objectif du texte, visant à faire bénéficier le patient âgé « d'une palette complète de prises en charges spécifiques en gériatrie dans le cadre d'hospitalisations programmées ou non en fonction du niveau de complexité de sa situation clinique et sociale,..., par la mise en place de dispositifs de soins couvrant l'intégralité des parcours possibles du patient âgé en prenant en compte le caractère évolutif et non toujours prévisible de ses besoins en santé ».

A ce titre, le CHI Corte-Tattone dispose déjà d'une offre de soins étayée par la présence d'une équipe pluridisciplinaire gériatrique constituée de :

Praticien hospitalier gériatre,
Infirmier,
Aide-soignant,
Agent des services hospitaliers qualifié,
Psychologue,
Psychomotricienne,
Diététicienne,
Orthophoniste,
Pédicure, podologue

- Un accueil médical non Programmé, apte à recevoir les personnes âgées en situation d'urgence vitale ou de décompensation.
- L'accès à un service de consultations mémoire en coopération avec le Centre Hospitalier de Bastia.
- Un service de médecine auquel l'établissement souhaite adjoindre une unité de court séjour gériatrique en collaboration avec le Centre Hospitalisation de Bastia
- Un Service de Soins de Suite fortement marqué par son orientation gériatrique.
- Deux modalités d'alternatives à l'hospitalisation représentées par les services d'HAD et d'EHPAD.

Il est à noter comme le préconise la circulaire, que chacun des deux services du site (MCO et SSR) disposent de deux lits identifiés en soins palliatifs et que par ailleurs une culture de soins palliatifs a été introduite dans l'établissement depuis un an.

De plus, les actions de coopération développées avec l'établissement de référence, notamment par le biais de la Communauté Hospitalière de Territoire sont de nature à générer de façon plus importante les demandes de prises en charge spécifiques en USLD.

Il convient également de noter que le GMP moyen de l'EHPAD est de 855.17 (validé pour l'année 2012) et que le PMP s'établit à 228 (validé pour l'année 2011).

18 patients de cette structure (21.69 % des pensionnaires) requièrent des SMTI (soins médicaux gériatriques, soins médicaux psychiatriques, soins techniques infirmiers, rééducation et réadaptation, soins de psychothérapie, actes de biologie, autres explorations, pharmacie et petit matériel) et des pathologies complexes (Insuffisance ou troubles cardiaques, états cancéreux, pathologies osseuses, syndromes digestifs ou abdominaux, broncho-pleuro-pneumopathies ...) y sont suivies.

Ces indicateurs témoignent que l'EHPAD du site de Tattone est amené, à l'instar des autres établissements de même type, à accueillir des pensionnaires dont la prise en charge s'avère de plus en plus lourde.

Aussi, la mise en place d'une USLD apparaît en parfaite adéquation avec cette évolution et celle des autres EHPAD de la région.

Enfin, l'activité du service de SSR lors de ces derniers mois montre que les 10 lits d'USLD devraient :

- s'adresser à des patients « lourds » dont l'état est définitif comme cela est le cas pour les patients pauci-relationnels, ou atteints de maladie neuro-dégénérative rare.
- être un relais utile entre le SSR et l'entrée en EHPAD, car il permettra aux patients atteints de pathologies tels les accidents vasculaires cérébraux d'être pris en charge sur une période plus longue et d'optimiser ainsi leur état d'autonomie avant leur entrée en EHPAD.

Les motivations par rapport au Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de Corse

Le bilan du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de Corse 2 fait apparaître, parmi les points faibles de l'offre de soins en faveur des personnes âgées :

- Un taux d'encadrement en lits sociaux et médico-sociaux destinés aux personnes âgées, encore inférieur à la moyenne nationale puisque le taux d'équipement en Haute Corse est de 81.42 lits pour 1 000 habitants et 88.95 lits en Corse du Sud contre 148.83 lits en France métropolitaine.
- Des lits de moyen séjour occupés, en nombre important, par des personnes âgées.
- Peu de réseaux gérontologiques,
- Un décloisonnement insuffisant du secteur hospitalier ; peu de formalisation des actions avec l'ensemble des acteurs sociaux et médico-sociaux.

Les objectifs stratégiques et opérationnels définis dans le projet du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 2006/2011 préconisent de porter une attention toute particulière à la prise en charge des personnes âgées en faisant face au vieillissement et aux situations de dépendance et en améliorant la filière de soins gériatriques.

Par ailleurs, les données de l'Agence Régionale de Santé sur la prise en charge des personnes âgées font apparaître un déficit de place d'USLD en Haute-Corse.

En effet, le taux d'équipement USLD en places autorisées pour 1000 habitants de 75 ans et plus s'établit comme suit :

Corse du Sud : 10
Haute-Corse : 3
Région Corse : 9
France : 6

Ces places sont réparties de la manière suivante :

Corse du Sud : Centre Hospitalier d'Ajaccio : 70
 Hôpital de Sartène : 30
 Hôpital de Bonifacio : 30

Haute-Corse : Centre Hospitalier de Bastia : 30
 Hôpital de Calvi : 20

Localisation du service d'USLD

Les 10 lits d'USLD seront installés au 1^{er} étage du site de Corte dans les locaux de l'aile Nord.

Toutefois, des travaux d'entretien seront entrepris afin de rendre plus agréable le cadre de vie des pensionnaires et d'améliorer la qualité de l'hébergement.

Le nombre de chambres occupées par cette unité a été arrêté à 7. Soit 4 chambres individuelles et 3 chambres doubles.

Les chambres individuelles ont une superficie comprise entre 16.18 m² et 16.87 m², les chambres doubles de 21.76 à 22.35 m².

Les chambres sont équipées de :

- prises de vide et arrivées d'oxygène
- placards muraux
- prises TV et téléphone
- signalisation d'appels malades

En outre, une salle de bain commune répondant aux normes « handicapés » d'une superficie de 12.71 m² (rangement compris) est installée au sein de l'unité.

Enfin, l'office réservé initialement au personnel et une chambre seront transformés en salle à manger d'une superficie de 31.01 m².

Les objectifs quantitatifs

Les indicateurs retenus permettront d'évaluer la pertinence du projet :

Nombre d'entrée

Nombre de journées réalisées

Durée moyenne de séjour

Taux d'occupation

Modes d'entrée et de sortie des pensionnaires

GIR Moyen Pondéré

PATHOS Moyen Pondéré

Les objectifs qualitatifs

Pour établir ce dossier l'établissement utilisera les méthodes, les indicateurs et les référentiels publiés par la Haute Autorité de Santé.

A ce titre, l'unité de soins de longue durée pourrait être concernée par la visite des experts prévue dans le cadre de la certification.

En outre, les outils d'évaluation de la satisfaction des patients opérationnels sur l'ensemble du site pourront aisément être adaptés à l'USLD (circuit formalisé de l'information des patients, questionnaire de satisfaction, livret d'accueil, Commission des relations avec les usagers et de l'amélioration de la qualité de la prise en charge ...).

LES ACTIVITES MECICO-SOCIALES DU POLE « GRAND AGE ET HANDICAP »

L'EHPAD

Définition :

Un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), anciennement dénommé « maison de retraite », est une structure médicalisée ayant vocation à accueillir des personnes âgées.

Ces établissements doivent conclure une convention avec l'État et le Conseil général qui les obligent à respecter un cahier des charges visant à assurer un accueil des personnes âgées dans les meilleures conditions. Pour être accueilli en EHPAD, il faut :

- avoir plus de 60 ans,
- être en perte d'autonomie,
- et bénéficier ou non d'une aide sociale du département. (tous les EHPAD ne sont effectivement pas habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale).

La nouvelle orientation de l'EHPAD :

L'attractivité actuelle du site nous oriente vers le développement d'activités spécialisées. Néanmoins une des orientations objective serait la psychogériatrie. Elle est une activité ancienne sur le site, qui dispose de personnels formés à cette prise en charge. La mutualisation des compétences et la diversité des professionnels sont des éléments adaptés à cet objectif.

La coupe PATHOS a bien montré la spécificité du site dans cette orientation.

Une réduction à 84 lits puis éventuellement à 50 lits est probable dans un mouvement qui intègre la mise en place de nouvelles activités dont notamment la prise en charge des handicapés vieillissants, soit dans le cadre d'une spécialisation de l'EHPAD soit dans le cadre d'un FAM.

La création d'un PASA :

Les PASA ne sont pas des ESMS au sens du Code de l'Action Sociale et des Familles. Ils correspondent à l'identification de places d'ores et déjà autorisées au sein des EHPAD qui bénéficieront d'une labellisation par les services de l'ARS de Corse et du Conseil Général dès lors, que leur organisation et fonctionnement répondent aux critères du cahier des charges.

Structures internes aux EHPAD de 12 à 14 places, destinées à proposer, pendant la journée, aux résidents ayant des troubles du comportement modérés, des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement aménagé et bénéficiant d'un environnement rassurant et permettant la déambulation.

L'organisation et le fonctionnement des PASA doivent être conformes au cahier des charges national (Circulaires du 6/07/2009 et du 31/05/2010).

Conclusion :

Les perspectives d'évolution de l'EHPAD se déclinent ainsi :

- Optimisation de la prise en charge de la personne âgée vieillissante et dépendante
- Prise en charge de la géronto-psychiatrie
- Prise en charge de l'adulte handicapé vieillissant.

LA MAISON D'ACCUEIL SPECIALISEE ET SON EXTENSION (8 LITS)

Définition de la Maison d'Accueil Spécialisée :

La Maison d'Accueil Spécialisée reçoit à temps complet et/ou à temps partiel, des personnes adultes handicapées n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale et des soins constants.

Son financement est assuré par le règlement d'un prix de journée pris en charge par l'Assurance Maladie et par le paiement du forfait journalier (18 € par jour), émis à l'encontre des intéressés.

Les bénéficiaires de l'allocation pour adulte handicapé (AAH) accueillis en MAS perçoivent une allocation réduite, équivalent à 30% de l'AAH (soit 223.68 € au 1^{er} septembre 2011), à partir du premier jour du mois suivant une période de 60 jours révolus.

L'admission en Maison d'Accueil Spécialisée doit faire l'objet d'une décision d'orientation notifiée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées, concernant des adultes, entre 18 et 59 ans, reconnus handicapés avant l'âge de 60 ans.

La Maison d'accueil Spécialisée est une structure médico-sociale alliant prise en charge en soins, aide aux actes de la vie courante et un accompagnement social et éducatif en prenant en compte ses potentialités et capacités.

Elle est aussi une structure d'hébergement et a pour objet de répondre de manière personnalisée aux besoins et attentes des résidents au travers d'un projet de vie

Les missions de la Maison d'Accueil Spécialisée

Les cinq principales missions de la Maison d'Accueil Spécialisée sont :

- L'hébergement et la prise en charge des besoins de la vie courante,
- L'aide et l'assistance constante aux actes de la vie quotidienne (soins de nursing, aide aux repas ...),
- La dispensation de soins médicaux et paramédicaux adaptés à l'état de santé des personnes hébergées,
- La mise en place d'activités occupationnelles, d'éveil, d'épanouissement, d'animation, mais aussi d'activités thérapeutiques et de socialisation à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement dans un but d'ouverture à la vie sociale et culturelle.

Elles ont pour but de répondre aux besoins de prise en charge de la personne handicapée dans sa globalité tant sur le plan du soin que dans le domaine éducatif.

- Le maintien du lien familial.

Fonctionnement de la Maison d'Accueil Spécialisée

Les résidents

Les personnes accueillies présentent donc des profils divers combinant :

- Un handicap moteur, sensoriel ou somatique caractérisé par des troubles auditifs, visuels, paralysie des membres inférieurs et ou supérieurs,
- Un déficit intellectuel,
- Des troubles du comportement résultant de pathologies psychiatriques, de troubles autistiques et plus largement de Troubles Envahissants du Développement.
- Des handicaps associés.

A ce titre, la Maison d'accueil spécialisée est une structure de prise en charge de tous types de handicaps sans distinction et dont l'origine est variée : pathologies de type encéphalopathie, épilepsie, infirmité motrice depuis la naissance ou consécutive au développement d'une autre pathologie, troubles du comportement.

L'anamnèse et l'histoire de vie des résidents de la structure confirment cette hétérogénéité des profils qui se traduit à des degrés divers par des troubles de la communication, une perte d'autonomie plus ou moins importante et des besoins en soins constants.

La MAS de Tattone dont la capacité d'accueil est de 28 lits, se trouve actuellement en sous-capacité. L'importance de la liste d'attente des patients a conduit l'établissement à solliciter la création de 8 lits supplémentaires par transformation de 19 lits d'EHPAD.

L'EXTENSION DE 8 LITS DE MAS

La demande d'extension de 8 lits se justifie par un souci de répondre aux besoins de la population, notamment en matière de prise en charge des personnes handicapées, en s'inscrivant en adéquation avec les politiques institutionnelles mises en exergue par :

- Le Programme Inter-départemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) 2009-2013 et,
- Le Schéma départemental en faveur des personnes en situation de handicap élaboré par le Département de la Haute-Corse pour les années 2009 à 2013.

REPONDRE AUX BESOINS DE LA POPULATION

Améliorer la prise en charge des personnes polyhandicapées

Garantir une meilleure prise en charge ...

En parallèle à la démarche d'évaluation du site médico-social de Tattone, le CHI Corte-Tattone n'a de cesse d'améliorer la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées.

A ce titre, le positionnement de la MAS, service médico-social au sein d'un centre hospitalier, permet, dans un environnement médicalisé, de remplir parfaitement les missions dévolues à ce type de structure.

... tout en maîtrisant les coûts

L'extension de la MAS de Tattone tend à offrir une prise en charge de qualité tout en respectant les politiques de rationalisation des dépenses de santé et de recherche d'efficience, dans la mesure où une partie des charges de fonctionnement sera couverte par redéploiement des moyens existants.

Répondre aux demandes d'admission non satisfaites

Le taux d'occupation de la structure est à ce jour de 107.14 %. En effet, 29 résidents sont accueillis à titre permanent alors que la capacité totale d'accueil de la MAS est de 28 lits.

Selon l'étude régionale portant sur les ratios et indicateurs des MAS, publiée par la CRAM du Sud-Est en 2009, le taux d'occupation de la MAS de Tattone s'établissait en 2008 à 108.53 % alors que le taux moyen national était de 91 % et celui de la région PACA de 92.50 %.

Par ailleurs, 18 personnes figurent actuellement sur liste d'attente. Les profils des demandeurs peuvent être regroupés sous plusieurs catégories :

De jeunes adultes handicapés hébergés en Instituts Médicaux Educatifs et bénéficiant d'une dérogation dite « amendement CRETON ».

Des personnes présentant un handicap supérieur à 80% pour lesquelles une orientation MAS a été prononcée par la MDPH. Ces personnes vivent actuellement à domicile faute de structure susceptible de les accueillir.

Des personnes handicapées hébergées en Etablissement de Soutien et d'Aide par le Travail et dont le handicap ne leur permet plus d'exercer une activité rémunérée, au regard des critères de seuil de rentabilité définis pour ce type de structures.

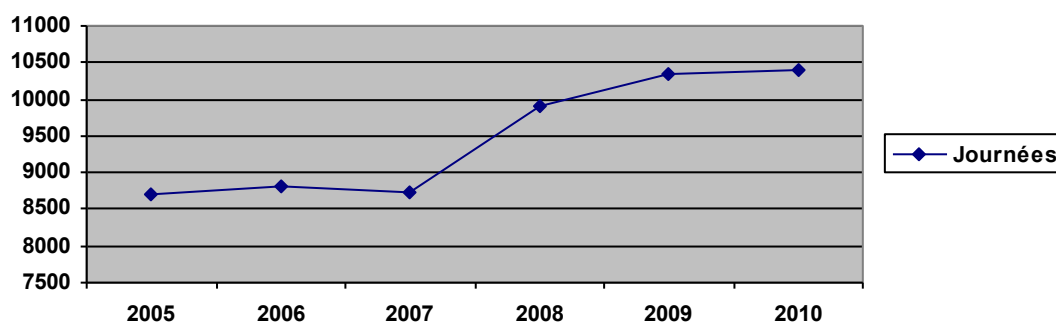
Des adultes handicapés pris en charge à domicile et dont les parents ne peuvent plus assurer la prise en charge.

Des adultes handicapés domiciliés sur le continent et dont l'entourage sollicite un rapprochement sur l'île.

Anticiper une augmentation constante de la demande

Lors des cinq dernières années, le nombre de journées réalisées a progressé de manière constante et cette tendance n'est enrayée que par la limite de la capacité d'accueil :

2005 : 8 715
2006 : 8 809
2007 : 8 736
2008 : 9 907
2009 : 10 331
2010 : 10 327
2011 : 10 538



Inscrire la structure comme acteur au cœur des filières handicap et gériatrique.

Le phénomène constaté du vieillissement de la population présente deux types de conséquences pour le secteur du handicap :

Un allongement de l'espérance de vie des publics adultes handicapés

Cela se traduit, d'une part, par un allongement des durées moyennes de séjour au sein de la MAS et, d'autre part, par l'émergence de demandes d'admission pour des adultes ayant vécu à domicile et dont les parents ne sont plus à même d'assurer la prise en charge ou bien après leur décès.

La Maison d'accueil Spécialisée est ainsi, depuis sa création, **un relais incontournable de la filière handicap**, à la fois en tant que **structure de secours** pour des publics adultes dont la prise en charge à domicile ne peut plus être assurée et **structure d'aval** pour des publics adultes issus d'Instituts Médicaux Educatifs, Professionnels, ou bien d'Etablissements de Soutien et d'Aide par le Travail.

Des profils de résidents combinant un ou plusieurs handicaps et perte d'autonomie

Les incidences du phénomène de vieillissement des publics handicapés adultes concernent aussi les modes de prise en charge, avec le développement chez ce type de public de pathologies et de besoins caractéristiques des personnes âgées qui se surajoutent à leur handicap de départ.

A ce titre la Maison d'Accueil Spécialisée est aujourd'hui, **un maillon important de la filière gériatrique**, à la fois pour la **prise en charge des adultes handicapés vieillissants de moins de 60 ans** et pour **l'orientation d'adultes handicapés âgés de plus de 60 ans** vers l'Etablissement d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes du site, structure bénéficiant d'une médicalisation accrue et disposant de personnels qualifiés pour répondre aux besoins spécifiques de la personne âgée.

ADEQUATION AVEC LES POLITIQUES INSTITUTIONNELLES

Avec les données démographiques et le Schéma Départemental du Handicap 2009-2012

La Haute-Corse observera d'ici à 2029 une augmentation constante de sa population : + 4% de 2009 à 2013, + 3.8% de 2013 à 2017 ; soit + 19.6% de 2009 à 2029.

Chaque année le département comptera entre 1 500 et 1 600 habitants supplémentaires.

La tranche d'âge concernée par une éventuelle admission en MAS (de 20 à 59 ans) augmentera durant la période 2009 - 2029 de 9.6% passant de 85 500 personnes à 94 000.

Sur la base du taux d'équipement moyen national (0.53 places pour 1000 habitants), les besoins du département s'établirait donc à 50 places de MAS.

Or, non seulement ce taux n'est pas atteint, avec les 28 places actuelles, mais le département présente le taux d'équipement le plus faible au regard d'autres départements comparables (Corse du Sud : 0.38 ; Gers : 1.73 ; Ariège : 0.95 ; Cantal : 1.2 ; Alpes de Haute Provence : 0.62 ; Hautes Alpes : 0.81). Cf. tableau ci-dessous.

Ce déficit est constaté pour toutes les autres structures, susceptibles d'accueillir des personnes handicapées et concerne l'ensemble de la région, dans la mesure où le département de la Corse du Sud se trouve sensiblement dans la même situation (une seule structure de 28 places est actuellement en service).

Le tableau ci-dessous dresse un état des lieux significatif du taux d'équipement en structures d'accueil pour 1000 habitants.

	Foyer de Vie	FAM	MAS	ESAT	Foyer d'hébergement	Entreprise Adaptée
Haute Corse	0.00	0.32	0.32	2.38	0.83	0.00
Corse su Sud	0.18	0.53	0.44	2.82	0.44	0.00
Gers	1.41	1.69	1.73	3.82	2.51	0.07
Ariège	1.18	1.18	0.95	4.32	2.40	0.84
Cantal	1.13	1.06	1.2	4.78	2.95	0.67
Hautes Alpes	2.42	0.5	0.81	3.83	2.38	0.00
Alpes Hte Provence	1.17	0.15	0.62	3.45	1.23	0.62
France entière	1.31	0.51	0.64	3.12	1.17	0.55

Avec les politiques régionales

Par Rapport aux données fournies dans le cadre du Projet de Plan stratégique Régional de Santé

L'étude réalisée par Agence Régionale de Santé de Corse sur la situation des personnes atteintes de handicap dans la région, met en lumière les éléments suivants :

- Une forte augmentation des bénéficiaires de l'AAH entre 2002 et 2009 (2 450 à 3 029 personnes) alors que le département de Corse du Sud est resté stable. En 2009 le taux de bénéficiaires entre 20 et 60 ans était en Haute Corse de 3.4 %, contre 3 en Corse du Sud et seulement 2.5 % au niveau national.
- Cette donnée peut être complétée par le fait qu'en Corse, selon les éléments fournis par la Préfecture de Haute-Corse sur les populations vulnérables, les bénéficiaires sont plus âgés que sur le continent, seulement 27% ont moins de 40 ans contre 35 % au niveau national.

Par rapport au Schéma Régional du Handicap

Le projet d'extension de 8 lits s'inscrit parfaitement dans les objectifs du schéma régional, tant sur le plan qualitatif que sur le plan quantitatif.

* Objectifs qualitatifs définis par le schéma

Adaptation des agréments à la population réellement accueillie : modifier les autorisations existantes pour remédier aux orientations antérieures prises par défaut.

Transformation d'équipements : adapter les structures aux personnes handicapées, soit partiellement, soit totalement selon le cas.

Création de modalités d'accueil et de prise en charge innovantes : résoudre le problème des personnes handicapées vieillissantes (situation nouvelle due aux progrès de la médecine).

* Objectifs quantitatifs définis par le projet de schéma

Les différentes études menées dans le cadre du schéma ont démontré que la Corse présentait un large déficit en structures d'accueil pour personnes handicapées et corroborent le besoin en équipement de la Région Corse évoqué dans le cadre du schéma départemental.

Par rapport au PRogramme Inter départemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) 2009-2013.

Le PRIAC constitue l'outil de programmation pluriannuelle prévisionnelle de l'Etat dans le champ médico-social.

Ce document donne une lisibilité à 5 ans.

Ses objectifs sont centrés sur la réduction des inégalités territoriales dans l'accès à l'offre de service institutionnelle ainsi que la diversification des modes d'accompagnement aussi bien pour le secteur des personnes handicapées que pour le secteur des personnes âgées.

Il s'appuie sur l'évaluation des besoins et sur les orientations définies par les différents schémas comme le schéma gérontologique et le schéma régional de l'organisation sanitaire.

Concernant les priorités interdépartementales par territoire, le PRIAC a pour objectif « de favoriser le développement de l'offre de prise en charge médico-sociale à destination des personnes handicapées » et, à ce titre, préconise la création de 20 places de MAS en Haute-Corse.

Adéquation avec les préconisations du Haut Conseil de la Population et de la Famille

En vertu des éléments développés et conformément aux préconisations du Haut Conseil de la Population et de la Famille, le projet d'extension de la MAS répond à un certain nombre d'obligations en matière de politique en faveur des personnes handicapées :

* Le souci de la dignité des personnes handicapées qui avancent en âge, exige la recherche constante de leur bien-être, mais aussi une attention et une prévention efficace de tout risque de maltraitance ;

* La possibilité pour ces personnes et pour leur entourage de choisir leur mode de résidence ainsi que le lieu et la forme de leur activité doit être respectée ;

* La stabilité de leur environnement, c'est-à-dire une continuité de leur mode d'hébergement et de leurs activités, dans la mesure où elle est désirée et paraît souhaitable, doit être garantie ;

* La nécessité de compenser les conséquences du handicap dans la vie sociale en évitant notamment toute dégradation lorsque ces personnes avancent en âge et en préservant au maximum leur capacité à vivre de façon autonome est une obligation ;

* L'adaptation des solutions au type de handicap doit conduire à élaborer pour chaque personne un projet de vie particulier afin de respecter le principe selon lequel les personnes handicapées ne peuvent, à l'instar des personnes valides, être traitées de manière uniforme.

LE FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE

Le nombre de bénéficiaires de l'AAH a augmenté de 18,77% entre 2002 et 2009 au niveau national.

Pour ce qui est de la Corse, sur la même période, l'augmentation est quant à elle évaluée à 12,47% : le nombre de bénéficiaires de l'AAH ayant augmenté de 0,31% en Corse-du-Sud et de 23,63% en Haute-Corse.

Bien que l'augmentation constatée entre 2002 et 2009 soit moins forte qu'au niveau national, la Corse se caractérise par un taux de bénéficiaires de l'AAH supérieur de 0,7 points au niveau national : 0,5 points pour la Corse-du-Sud et 0,9 points pour la Haute-Corse.

L'analyse des taux d'équipement en places autorisées, au 1/01/2010, permet d'établir plusieurs constats :

- un taux d'équipement global en établissements pour la Corse inférieur à la moyenne nationale à hauteur de 0,55 point : des disparités sont observables entre la Haute-Corse (-0,66 point par rapport à la moyenne nationale) et la Corse-du-Sud (-0,42 point par rapport à la moyenne nationale),

- un taux d'équipement global en service pour la Corse supérieur à la moyenne nationale à hauteur de 0,49 point : des disparités sont également observables entre la Haute-Corse (+0,57 point par rapport à la moyenne nationale) et la Corse-du-Sud (+0,41 point),
- un taux d'équipement régional en MAS/FAM inférieur à la moyenne régionale,
- un taux d'équipement régional en SAMSAH/SSIAD supérieur à la moyenne nationale,
- des retards en taux d'équipement régionaux au niveau du handicap psychique, du polyhandicap, du handicap moteur et de la prise en charge des déficiences intellectuelles en établissements.

Les foyers d'accueil médicalisé (FAM) accueillent des adultes gravement handicapés inaptes à toute activité professionnelle et qui ont besoin de l'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels ou d'un soutien et suivi médical régulier.

En principe, les foyers d'accueil médicalisé accueillent des personnes un peu moins dépendantes que la population hébergée en MAS.

Contrairement aux MAS, les FAM sont financés :

- de manière forfaitaire par l'assurance maladie pour l'ensemble des dépenses afférentes aux soins, aux personnels médicaux et paramédicaux,
 - et par l'aide sociale départementale (conseil général) pour l'hébergement et l'animation.
- L'accès se fait sur orientation de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Problématique du handicap vieillissant :

La Corse dispose actuellement d'une population vieillissante au sein de laquelle la part des moins 40 ans est inférieure à la moyenne nationale et la part des plus de 40 ans est supérieure à la moyenne nationale.

Cette tendance, à l'image de ce qui se produit sur le secteur de la dépendance, a vocation à s'accroître et nécessite une adaptation de l'offre médico-sociale.

Ainsi l'espérance de vie est aujourd'hui supérieure à 60 ans pour l'ensemble des handicaps, ce qui entraîne :

- une augmentation des durées de séjours dans les établissements et services,
- une diminution des places disponibles pour accueillir les plus jeunes et de facto, une augmentation du nombre des amendements « Creton »,
- une augmentation du nombre moyen d'incapacités dont souffrent les personnes handicapées vieillissantes,
- une perte d'autonomie plus forte et une augmentation globale du volume des besoins de prise en charge,
- une diminution de l'espérance de vie des aidants familiaux induite par une fatigue morale et physique de ces derniers.

L'accompagnement des adultes lourdement handicapés dans le vieillissement constitue dès lors un enjeu majeur pour la Corse et nécessite de disposer d'un accompagnement adapté et basé sur un projet de vie spécifique.

À l'image du programme pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie couvrant la période 2008-2012 et prévoyant la création, à l'échelle nationale de 13 000 places de MAS/FAM, la prise du handicap vieillissant s'inscrit en Corse dans le cadre d'une politique volontariste axée sur les objectifs suivants :

- **consolider l'offre médicalisée en faveur des adultes par la création de places de MAS/FAM respectant la proportion de 65% de places de FAM pour 35% de places de MAS et ce, afin de permettre d'offrir une prise en charge adaptée pour les amendements « Creton » qui, faute de place, sont accueillis au sein de structures pour enfants et adolescents,**
- **procéder à la diversification des modes d'accompagnement pour les personnes vivant en logement adapté ou en famille,**
- **offrir une réponse médico-sociale cohérente, et complémentaire avec le secteur sanitaire, concernant l'autisme, le handicap psychique et le polyhandicap,**
- **aménager des structures de répit par la création notamment de places d'accueil temporaire,**
- **envisager, en lien avec les deux conseils généraux, la médicalisation de foyers de vie au travers de leur transformation en FAM,**
- **envisager l'accueil des personnes handicapées vieillissantes au sein d'EHPAD disposant d'un projet d'accompagnement spécifique,**
- **faire émerger des actions innovantes en direction des aidants.**

Répartition territoriale de l'offre médico-sociale en Corse sur le champ des adultes handicapés :

À la différence du secteur de l'enfance handicapée, les établissements et services médico-sociaux de Corse se répartissent de manière plus harmonieuse sur le territoire :

- le Grand Ajaccio concentre 35,84% des capacités adultes,
- le Grand Bastia 33,93% des capacités adultes,
- et la plaine orientale, l'Extrême Sud et le Cortenais 30,23% des capacités adultes.

La Corse dispose ainsi de spécificités par rapport à l'échelon national :

- un taux de bénéficiaire de l'AAH supérieur à la moyenne nationale,
- un taux d'équipement en services supérieur à la moyenne nationale pour la plupart des types de handicaps,
- un taux d'équipement en établissements inférieur à la moyenne nationale pour l'ensemble des types de handicaps,
- une concentration des équipements médico-sociaux respectant les espaces fonctionnels de concertation définis par l'ARS de Corse,
- une absence de places dédiées à l'autisme chez les adultes,
- une absence de places dédiées aux handicapés vieillissants

Conclusion

En complément d'une extension de 8 lits pour la MAS avec situation au niveau 3 en cours de mise en œuvre, et destinée aux handicapés fragiles ou vieillissants, le FAM est aujourd'hui une réponse régionale au vieillissement des travailleurs handicapés, qui a par ailleurs été prise en compte dans le cadre du Projet régional de Santé.

Dans cette perspective, l'établissement déposera un dossier d'autorisation de création de 20 places.

LES ACTIVITES MEDICO-TECHNIQUES

INTRODUCTION

Le Centre Hospitalier Intercommunal de Corté-Tattone (C.H.I.C.T) doit présenter un projet d'établissement, qui l'engagera devant les tutelles pour les cinq prochaines années (2013-2017). Au sein de l'établissement, le pôle médicotechnique assure des activités transversales qui concourent à la performance des deux autres pôles cliniques (pôle grand âge et handicap et pôle de médecine polyvalente). Le pôle médicotechnique comporte les pharmacies à usage intérieur (P.U.I) du site de Corté et du site de Tattone ; les activités de biologie médicale, le service de radiologie ; la diététique hospitalière ; la kinésithérapie. Grâce à ses caractéristiques multidisciplinaires, le pôle médicotechnique recherchera un certain nombre d'objectifs tels que l'amélioration de la qualité des prestations, la sécurité des soins, la maîtrise des dépenses, l'évaluation des pratiques, mais toujours dans le but d'une meilleure prise en charge du patient. Ce projet constitue une base du dialogue qui doit s'instaurer entre le pôle médicotechnique, et les pôles cliniques, sur le principe d'une relation utilisateurs-prestataires.

Aujourd'hui, les missions remplies par la P.U.I sont les suivantes :

A) Activités obligatoires (Article R. 5126-8 du CSP).

1°/ Achat, approvisionnement, contrôle, détention, dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles.

2°/ Réalisation des préparations magistrales à partir de matières premières ou de spécialités pharmaceutiques.

B) Activités optionnelles (Article R. 5126-9 du CSP).

1°/ Dispensation de médicaments au public (Rétrocession).

2°/ Pré-désinfection des dispositifs médicaux (Convention de sous-traitance de stérilisation avec le centre hospitalier de Bastia).

3°/ Préparation de médicaments contenant des substances dangereuses pour le personnel et l'environnement (Reconstitution des cytotoxiques).

C) Management.

1°/ Participation au développement professionnel continu (DPC) des pharmaciens (Décret n°2011-2118 du 30 décembre 2011).

2°/ Contribution à la formation des professionnels de santé (IDE, AS, ASH), ainsi que des personnels médicaux et paramédicaux de l'HAD.

3°/ Participation aux différentes instances de l'établissement (COPIL, COMEDIMS, Cellule de Gestion des Risques, CLIN, CME, Directoire,...)

D) Conseil et expertise.

1°/ Veille sanitaire et technologique.

Gestion des risques inhérents au circuit du médicament et gestion des vigilances (matérovigilance, pharmacovigilance, alertes, retraits de lots...).

2°/ Conseil thérapeutique auprès du corps médical et infirmier (Diffusion des recommandations émises par l'Agence Nationale de la Sécurité du Médicament).

3°/ Animation de la Commission des Médicaments et des Dispositifs Médicaux Stériles (3 réunions par an).

4°/ Diffusion auprès du corps médical des référentiels de bon usage, élaborés par l'INCA et relatifs aux molécules remboursées en sus des GHS.

E) Qualité et évaluation.

1°/ Mise en place et suivi des grilles d'autoévaluation demandées par le Contrat de Bon Usage du médicament (CBU).

2°/ Mise en place et suivi des audits internes. Validation du CBU.

3°/ Evaluation des pratiques professionnelles (EPP) dans le cadre de la certification. (« Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé » thème principal de la politique du médicament actée par le CHI Corté-Tattone).

F) Collaboration avec d'autres établissements de soins.

Réalisation de préparations magistrales, pour le compte du Centre Hospitalier de Calvi Balagne. (Décision de l'ARS de Corse. N° 2012/465 du 26 octobre 2012).

Sur les sites de Corté et de Tattone, le personnel pharmaceutique dévolu à

l'accomplissement de ces tâches, est actuellement le suivant :

- Un pharmacien praticien, chef de service, à temps partiel (6 1/2 journées).

I.a.1 - Un pharmacien praticien attaché, à temps partiel (4 1/2 journées en pharmacie hospitalière).

- Trois préparateurs en pharmacie hospitalière.

Un agent, titulaire du brevet professionnel, qui doit régulariser sa situation par la formation universitaire, conduisant à l'obtention du diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière.

Les objectifs, définis au regard du projet de pôle des cinq prochaines années, seront développés dans les chapitres suivants.

CHAPITRE I : ENGAGEMENTS RELATIFS AU CBU.

Le décret n° 2005-1023 du 24 août 2005 avait défini deux types d'engagements auxquels devaient souscrire les établissements de santé :

- un premier engagement spécifique aux médicaments, produits et prestations facturés en sus (Art L. 162-22-7 du Code de la Sécurité Sociale).
- un engagement plus général qui vise à améliorer et sécuriser le circuit du médicament.

Une nouvelle génération de contrats sera mise en œuvre au 1^{er} janvier 2013. La nouveauté consistera en un élargissement notable, des professionnels impliqués dans le suivi d'indicateurs, spécifiques de leurs métiers. Jusqu'à présent, l'équipe pharmaceutique était en mesure de répondre à un ensemble de critères, essentiellement liés à la PUI. Dorénavant, les audits, les autoévaluations, et la saisie des données, concerneront aussi, la direction, les médecins, les cadres de santé et le corps infirmier.

Dans ce contexte, le CBU occupera une place plus importante encore, au sein des futurs CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens) qui seront signés par les établissements de soins.

A) Les spécialités remboursées en sus des GHS.

Depuis le démarrage de l'activité d'oncologie médicale (2 places d'hospitalisation de jour), en avril 2010, il a été constaté une montée en charge de l'activité clinique et une augmentation de la file active des patients, amenés à consulter ou à recevoir leur traitement sur le site de Corté. Cela traduit l'existence d'un besoin ciblé, au niveau de la population du centre Corse, tel qu'il avait été pressenti, dans les études menées en amont du projet.

Parallèlement à cette évolution, la consommation des médicaments anticancéreux, a suivi la même tendance haussière. La plupart d'entre eux étant des spécialités dites « onéreuses », ce groupe de médicaments a progressé bien au-delà du taux annuel admis par les tutelles (2%). Nous avons développé un argumentaire pour justifier ces dépassements, et notre position a toujours été entendue.

L'engagement étant d'obtenir, tous les ans, pour ces molécules, un taux de remboursement égal à 100%. Il conviendra donc, de veiller au respect du CBU et particulièrement aux items concernant le domaine du cancer (Chapitre 5.5 et 5.6; items n° 93 à 110).

B) L'informatisation du circuit du médicament.

Depuis le mois de juin 2008, le circuit du médicament du site de Corté est totalement informatisé grâce à la mise en œuvre du logiciel « Génois ». La prescription médicale, saisie au lit du malade, est suivie par une analyse pharmaceutique, et une délivrance nominative, assortie d'un double contrôle (formes orales sèches et formes injectables). L'administration des molécules aux malades par les infirmières est validée, en temps réel, sur le logiciel. Le circuit de chimiothérapie obéit au même principe.

Il contient un thésaurus de protocoles, conformes aux référentiels de bon usage, et il permet l'édition d'une fiche de fabrication informatisée. En revanche, il n'a pas été encore possible, d'atteindre ce niveau d'exigence au sein du service d'accueil non programmé. Les praticiens de cette unité, font partie de l'effectif du centre hospitalier de Bastia. Leur disponibilité et leur méthode de travail n'ont pas permis l'appropriation et l'utilisation des fonctionnalités du logiciel.

Sur le site de Tattone, le déploiement du logiciel « Génois » est programmé à partir de l'année 2013. L'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) ayant prévu l'allocation d'un budget de 15 000 €, en section d'investissement, afin de réaliser les prérequis techniques de l'installation.

CHAPITRE II : SECURISATION DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE.

Le circuit du médicament à l'hôpital est un macro processus, complexe, sur lequel interagissent de multiples intervenants. Il est donc potentiellement générateur d'évènements indésirables, dont la prévention repose sur la mise en place de structures d'appui et de vigilances. L'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge, exige de la part des établissements de santé, la mise en application d'actions de sécurisation :

- analyse des déclarations internes des évènements indésirables, liés à la prise en charge médicamenteuse.
- planification des actions d'amélioration.

Cependant, au-delà du cadre réglementaire, la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse, passe par la formation et la sensibilisation forte des acteurs hospitaliers concernés.

La mise en œuvre des outils de gestion proposés par l'HAS nécessitera un travail en commun avec la cellule de gestion des risques.

Il conviendra de déployer la démarche des comités de retour d'expérience (CREX) et des revues d'erreurs médicamenteuses (REMEDI), répondant aux obligations fixées par les textes.

Quelle que soit la méthode employée, l'objectif poursuivi sera triple :

- contribuer d'abord à la culture de la sécurité au sein de l'établissement et au sein de l'HAD.
- développer la logique de la déclaration des évènements précurseurs et des évènements avérés.
- enfin, impliquer tous les corps de métiers de l'établissement de soins et de l'HAD pour identifier et mettre en œuvre les actions correctives.

CHAPITRE III : LE PÔLE MEDICOTECHNIQUE.

L'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 « simplifiant le régime juridique des établissements de santé » instaure une organisation hospitalière qui se décline en pôles d'activités. Le C.H.I.C.T a prévu la création d'un pôle medicotechnique dont la responsabilité a été confiée au pharmacien chef (nomination du 16/03/2007). Ce pôle regroupera des services, capables d'offrir aux unités cliniques, des prestations et des compétences, indispensables à leur activité propre (PUI, laboratoire de biologie, radiologie, stérilisation, kinésithérapie, diététique.....).

On peut citer plusieurs missions qui incomberont à ce pôle :

- *Développement de la COMEDIMS et implication régulière des acteurs liés au circuit du médicament.
- *Assurer la pharmacovigilance et la matériovigilance.
(Le pharmacien chef est correspondant local de matériovigilance).
- *Participation aux travaux de la cellule qualité: audits, enquêtes, indicateurs IPAQSS, certification.
- *Maintenance et suivi du parc biomédical et des équipements dits « critiques » (site de Tattone et site de Corté).
- *Renforcement de la pharmacie clinique sur le site de Tattone,
Grâce à l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, consécutive à l'informatisation.
- *Evaluation des missions de la P.U.I articulées en réseau.
(Convention de sous-traitance de la stérilisation avec le centre hospitalier de Bastia, fabrication des préparations magistrales pour le centre hospitalier de Calvi Balagne).
- *Evaluer la satisfaction des services dans le cadre de la prestation du laboratoire de biologie.
- *Optimiser l'activité de radiologie et en évaluer la satisfaction auprès des usagers.
- *Veiller à la continuité des soins de kinésithérapie.
- *Mettre en adéquation la prescription médicale des aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales, avec les régimes alimentaires des malades et les repas fournis par la cuisine.

CHAPITRE IV : ACTIVITE D'ONCOLOGIE MEDICALE RECONSTITUTION DES CYTOTOXIQUES.

La circulaire DGS/DH/AFS n° 98-213 du 24 mars 1998 et celle de la DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005, exigent que toute structure de soins, pratiquant une activité de chimiothérapie, doit faire partie d'un réseau.

Cette obligation a été satisfaite, depuis le 1^{er} avril 2005, puisque la direction de l'hôpital a signé la convention d'engagement, formalisant la constitution du réseau de cancérologie du territoire de santé de la Haute Corse (ONCO 2B). La représentation du CHI Corté-Tattone aux réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP), organisées à Bastia, est une exigence de qualité.

Le paragraphe 5.5.1 du CBU souligne que la préparation des poches de cytotoxiques doit être centralisée et réalisée, sous double contrôle, après validation pharmaceutique. L'effectif actuel permet de remplir ces conditions.

CHAPITRE V : PROJET LOGISTIQUE ET SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER.

A) Approvisionnement des spécialités pharmaceutiques.

La pharmacie à usage intérieur souhaite se fixer l'objectif de la dématérialisation, des bons de commandes des produits pharmaceutiques.

L'échange de données informatisées (EDI) est une démarche qui a été concrétisée dans de nombreux établissements de santé, publics ou privés,

Le circuit d'approvisionnement des médicaments peut être amélioré à différentes étapes de sa réalisation (commande, délai de traitement, délai de transport et livraison). Les délais de transport n'étant pas compressibles pour des sites géographiquement isolés comme Corté ou Tattone (10 jours en moyenne), il est pertinent d'agir en amont, lors du déclenchement de la commande.

L'utilisation de l'EDI présente plusieurs avantages :

- traçabilité et lisibilité infaillible du bon de commande
- gain de temps sur la rédaction du bon de commande
- transfert des tâches des préparateurs vers des fonctions plus techniques
- gain de temps sur le délai de traitement de la commande, car les laboratoires traitent en priorité, les commandes issues de l'EDI.
- suivi en temps réel du transport du colis vers le C.H.I.C.T.
- respect de l'environnement et développement éco-responsable.

Le coût de cette opération sera évalué, conjointement, par le Syndicat Inter- hospitalier de Bretagne (éditeur du logiciel « Génois ») et la société « Hospitalis » qui assure le formatage des fichiers, produits et fournisseurs.

B) Extension du logiciel « Génois » sur le site de Tattone.

Le déploiement du logiciel « Génois » sur le site de Tattone renforcera cette nécessité, puisque une centaine de lits seront informatisés. Les différentes étapes du processus seront pilotées par un référent. La formation des personnels concernés sera effectuée sur le site.

C) Raccordement du dossier pharmaceutique (DP) à la P.U.I.

Prévue par la loi de renforcement de la sécurité sanitaire du médicament, votée le 29 décembre 2011, l'extension du DP dans les P.U.I était suspendue à la parution du décret d'application. Ce décret, paru le 7 octobre 2012, permet désormais aux pharmaciens hospitaliers, de « créer, consulter et alimenter un dossier pharmaceutique » dans les mêmes conditions que leurs homologues officinaux. Dans le respect des droits des patients, la P.U.I du C.H.I.C.T pourra bénéficier de l'historique médicamenteux des DP, ainsi que de la réception des alertes sanitaires en temps réel. Il s'agit d'une amélioration de la coordination ville-hôpital, dont le lancement se fera sous l'égide du Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens (CNOP). La CME du C.H.I.C.T a donné un avis favorable à ce projet, lors de sa séance du 26 juin 2012. La direction devra signer une convention de partenariat avec le CNOP, afin d'assurer le respect des règles relatives aux données personnelles et de formaliser les obligations financières de l'établissement.

Du point de vue technique, le Syndicat Inter-hospitalier de Bretagne («Génois») est l'un des deux éditeurs, qui sont en capacité de fournir aux hôpitaux, une solution informatique opérationnelle, compatible avec le dossier pharmaceutique.

Il est fortement probable que le DP devienne, à terme, un des éléments exigibles de la nouvelle version du contrat de bon usage du médicament.

D) Mise en place de la comptabilité analytique.

La mise en œuvre des outils de comptabilité analytique à l'horizon 2013, devrait permettre une efficience certaine en terme de suivi d'évolution des charges notamment.

Le compte de résultats (CRA) permettra d'apprécier les charges et les produits générés par pôle d'activité. Ainsi, il sera possible de cibler la part des prestations medicotechniques au sein de toutes les dépenses du pôle :

(charges en personnel médical et non médical, charges logistiques, charges hôtelières et administratives, amortissements...).

Le tableau coût case mix (TCCM) permet de comparer les coûts d'un pôle, avec la moyenne des coûts des pôles de taille identique, et produisant le même niveau d'activité clinique, dans d'autres établissements de soins.

E) Informatisation de la gestion physique des stocks.

Le CHICT a fait l'acquisition de 2 lecteurs de codes «datamatrix», en juin 2012. Ce matériel permet une lecture automatique, en temps réel, du code du médicament. Comme le matériel sera interfacé avec le logiciel « Génois » l'identité du produit sera garantie et la quantité mouvementée exacte.

Ce matériel est en cours de paramétrage par la cellule informatique de l'hôpital de Bastia.

CHAPITRE VI : OBJECTIFS DIVERS.

A) Certification.

La PUI sera investie dans les démarches de certification et notamment dans les thèmes corrélés au circuit du médicament dans le cadre de la qualité et de la sécurité des soins. Cette démarche d'amélioration continue de la qualité permettra une valorisation des équipes et de l'activité.

B) Missions de formation.

La P.U.I pourra en interne éventuellement servir de terrain d'apprentissage, à un étudiant stagiaire en 5^{ème} année hospitalo-universitaire. L'équipe pharmaceutique devra donc assumer une mission d'accompagnement pédagogique et scientifique.

En externe cette équipe sera chargée au sein de l'HAD de la sensibilisation et de la formation des professionnels médicaux et paramédicaux.

CONCLUSION

Le rôle du pharmacien gérant au sein des établissements de soins est aujourd'hui bien établi. Des textes majeurs, récents pour la profession, vont contribuer à renforcer cette tendance. Le risque iatrogène des médicaments est devenu un enjeu de santé publique, après la survenue d'accidents graves. Même si la pharmacie à usage intérieur veille, naturellement, à la maîtrise des dépenses, elle est désignée, sans équivoque, comme un acteur transversal, essentiel à la qualité des soins (certification, COMEDIMS, contrat de bon usage du médicament, pharmacie clinique, EPP, vigilances...).

Durant les cinq prochaines années, le pharmacien chef du C.H.I.C.T et le pôle médicotechnique, mettront à disposition leurs compétences et leurs expériences pour satisfaire aux exigences réglementaires et à la satisfaction attendue des patients.

PROJET DE SOINS INFIRMIERS

Le projet de soins infirmiers émane :

- I. du rapport de certification V 2010
- II. de l'évolution de l'établissement
- III. du projet médical.

Avec pour objectifs :

- a) L'optimisation de la prise en charge globale de la personne soignée.
- b) Permettre à tous les personnels soignants les moyens de s'approprier les outils nécessaires.

I. La mise en cohérence avec les procédures de certification V2010

a) le référentiel (du manuel de recommandations de L'HAS) de **l'identification du patient** à toutes les étapes de la prise en charge, fait état du manquement d'une politique de rapprochement d'identité, de charte, de cellule d'identito-vigilance et de procédure de création d'identité.

Une formation sur l'identito-vigilance est actuellement suivie par des personnels soignants et administratifs.

Un chef de projet a été désigné, un groupe projet mis en place.

La réalisation d'un état des lieux est en cours.

Nous répondrons aux critères de la certification dans le courant de l'année 2013.

Le personnel soignant effectuera l'admission minimum des patients en dehors des heures d'ouverture du bureau des entrées, ce qui permettra l'utilisation d'étiquettes d'identification et des prescriptions médicales informatisées.

b) le référentiel dossier du patient nous oriente vers l'amélioration **du dossier de soins infirmiers**.

Le dossier de soins est un outil de communication utile.

Il doit refléter toutes les étapes du soin, contenir toutes les observations de l'IDE, les traitements réalisés ainsi que les résultats atteints à la suite des soins infirmiers, fournir une description complète concise à jour de l'état du malade avec un minimum de répétitions et pouvoir être utilisé à des fins légales.

Une parfaite maîtrise des transmissions ciblées actives est alors nécessaire, elles peuvent être envisagées dans une perspective d'évolution professionnelle.

Elles visent à amener les infirmiers :

- à un raisonnement clinique plus approfondi
- à l'amélioration des pratiques (gestion des risques, évaluation de la douleur, éducation du patient)
- à l'évaluation des résultats obtenus
- à une collaboration plus grande avec les aides-soignants.

Les aides-soignants (circulaire n° 96.31 du 19 janvier 1996 relative aux rôles et aux missions des A.S).

- à les associer à l'élaboration du projet de soins
- à jouer un rôle actif au cours des transmissions
- à consigner dans le dossier des observations éventuelles.

Les exigences d'évolution des établissements de santé vers une Démarche Qualité soulignent la nécessité d'un travail transdisciplinaire sur le dossier patient pour une prise en charge efficace.

La formation du personnel soignant est en cours.

II. L'évolution de l'établissement

a) La mise en place d'un SIH (système d'information hospitalier) commun aux hôpitaux de Corse, projet prioritaire du CGS (groupement de coopération sanitaire).

Le CGS s'est fixé comme objectif de permettre à l'ensemble des établissements quels que soient leur taille et leurs moyens de se doter de logiciels identiques et de mettre en place le DPI. (Dossier patient informatisé)

Dans cette perspective, une gouvernance projet et un organigramme décisionnel ont été mis en place :

- un comité de pilotage
- une équipe projet.
- 3 groupes de travail : (DPI, plateaux techniques, prestations et intégration).

A noter que 2 IDE du CHI Corté font partie du groupe de travail DPI.

A ce jour un cahier des charges commun aux établissements santé a été élaboré.

Suite à l'appel d'offre lancée le 29 juillet des éditeurs (logiciels) ont été retenus et sont en cours d'audition.

Des simulations vont être proposées suite aux différents scénarii proposés aux éditeurs, puis évalués à partir des guides d'évaluation.

Une visite sur site est prévue courant du mois de décembre qui guidera les établissements dans le choix des logiciels.

III. La mise en cohérence avec le projet médical :

a) La cancérologie et les soins de support

Il est fondamental pour un service prenant en charge des patients traités par chimiothérapie d'avoir une maîtrise optimale des soins de support.

La maîtrise des effets indésirables des thérapeutiques anti-cancéreuses permet d'améliorer la qualité de vie des patients, ainsi que leur activité sociale et professionnelle.

Le patient peut recourir à des soins de support à tout moment de sa maladie, l'analyse des besoins est réalisée par le service référent dans lequel le patient est accueilli et se poursuit tout au long de l'évolution de la maladie.

Un travail a débuté avec l'équipe soignante de l'hôpital de jour du CH BASTIA et se poursuit afin d'obtenir une mise à niveau permanente.

Le praticien hospitalier référent en oncologie est en cours de formation (DIU) sur la problématique des soins de support oncologiques.

Il est par ailleurs mis à disposition 1 à 2 chambres individuelles pour la prise en charge des complications infectieuses des traitements anti-cancéreux.

b) Les soins palliatifs

L'amélioration de la prise en charge se poursuit en favorisant la formation interne continue et l'accès à des formations spécifiques tel que le DU de soins palliatifs à l'Université de Corse.

Il convient de privilégier les réunions interdisciplinaires et la mise en place des groupes de parole.

Dans la prise en charge de la douleur les outils devront être évalués régulièrement.

En interne des audits ou formations actions permettront d'évaluer les connaissances et les compétences des personnels soignants.

c) L'hospitalisation à Domicile

N'a pas connu à ce jour le développement attendu.

Une nouvelle équipe « coordonnatrice » se met en place avec comme objectifs :

- 1^{er} : diffuser une meilleure information à la fois auprès des personnels prescripteurs (médecins libéraux, praticiens hospitaliers, chirurgiens) des personnels soignants libéraux (Convention IDE) et de la population.

- 2^{ème} : prise en charge minimum de 10 patients par jour.

- 3^{ème} : diversifier les types de prises en charge : soins palliatifs, prise en charge de la douleur, pansements complexes.

Tous les personnels soignants seront invités à participer à différentes formations afin de bénéficier de formations interne au CHI.

La perspective d'évolution porte également sur la montée en charge de cette activité en plaine orientale et l'amélioration de la prise en charge sur le secteur cortenais.

d) Unité de soins de Longue Durée

Elaboration et formalisation :

Ce dossier qui sera élaboré dans le courant de l'exercice 2013, nécessitera la constitution d'une équipe afin de mener à bien ce projet.

Après désignation des membres de l'équipe, cette dernière se chargera de travailler sur les différentes organisations à mettre en place afin d'optimiser les prises en charge en soins, mais également sur :

- La préparation de l'organisation des futurs locaux (réflexion pluridisciplinaire)
- L'évaluation des besoins en personnel soignant

En complément de l'adaptation aux activités nouvelles, et afin de permettre aux services de soins d'évoluer vers une prise en charge de qualité et de sécurité des soins, des groupes de travail ont été constitués et ont été chargés de se pencher prioritairement sur les thématiques suivantes :

- **La prévention et le traitement des escarres**
- **La pose et surveillance de la sonde urinaire**
- **La prise en charge de la douleur**

a) La prévention et le traitement des escarres

Une évaluation des pratiques professionnelles a été faite en 2012.

Un suivi d'évaluation et de mise en place d'actions correctives par le groupe de travail est prévu chaque année.

Une formation diplômante sur « les plaies et cicatrisations » est souhaitable pour une meilleure prise en charge des pansements complexes.

b) La pose et surveillance de la sonde urinaire

La pose de la sonde urinaire constitue un geste courant au CHICT, car nous accueillons une population de patients d'un âge moyen (75 ans) dans le cadre d'une activité de médecine aiguë, mais aussi et souvent poly-pathologique et gériatrique.

L'impact attendu consiste à confronter notre technique avec les références actuelles dans les domaines des matériels, de la technique de pose et de la surveillance.

L'impératif absolu recherché est de lutter contre le risque infectieux et les maladies nosocomiales.

Sur le plan économique, il est recherché une diminution de la consommation des antibiotiques utilisés lors d'infection urinaire chez le patient sondé, même si l'on peut s'attendre à une augmentation du coût des matériels nécessaires, ceci afin d'être en conformité avec les préconisations actuelles dans le domaine de l'utilisation des sondes urinaires.

Le suivi des travaux, des actions correctives et des audits ciblés seront effectués par des groupes de travail.

c) La douleur

La douleur est le maître symptôme de la majorité des consultations et des hospitalisations. Le CHICT accueille une majorité de personnes âgées présentant des douleurs chroniques très handicapantes associées à des douleurs de la pathologie aiguë responsable de l'hospitalisation.

L'établissement reçoit un nombre croissant de patients atteints de pathologies cancéreuses, à des stades avancés proche de la fin de vie, pour lesquels la prise en charge de la douleur est le souci primordial et prioritaire du personnel soignant.

L'évaluation de la douleur s'appuie sur de nombreux indicateurs : ceux-ci méritent d'être connus par l'ensemble du personnel afin de pouvoir prendre en charge la douleur en utilisant des outils, des audits et des actions de formation adaptées.

Conclusion

Dorénavant dans la politique qualité et sécurité de l'établissement l'évaluation des pratiques professionnelles devient un levier très important d'amélioration continue de la qualité : à ce titre 19 évaluations des pratiques professionnelles (EPP) ont été retenues pour les mois à venir.

PROJET SOCIAL

I - INTRODUCTION

Inscrit dans le cadre du projet d'établissement (2013-2017), le projet social du C.H.I. Corte-Tattone a été élaboré en collaboration avec les organisations syndicales et les représentants des différentes catégories socio-professionnelles et validé par l'ensemble du personnel.

Il a été approuvé par les différentes instances délibératives et consultatives de l'établissement.

La rédaction du projet social a pris en compte un certain nombre d'éléments nouveaux :

- L'évolution de la réglementation,
- La réforme des retraites,
- L'adaptation des activités du centre hospitalier aux besoins de la population,
- Les évaluations menées dans le cadre des différentes procédures de certification.

Elle a également nécessité la définition d'une politique des ressources humaines porteuse de valeurs fortes et partagées :

- La préservation et l'adaptation des emplois et des compétences,
- La formation,
- Le dialogue et la communication,
- L'amélioration des conditions de travail

Afin d'atteindre les objectifs fixés, le projet social 2013/2017 a pour ambition de développer 4 axes majeurs :

- La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences et la validation des acquis professionnels basée sur une approche qualitative et personnalisée de la gestion des ressources humaines.
- La mise en place d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs d'évaluation des différents types de formation ; la formation initiale, la formation continue et la formation promotionnelle.
- La promotion de l'information et de la communication, le développement de la concertation et du dialogue social.
- L'amélioration de la qualité, des conditions de travail et de la prévention des risques professionnels.

II - LA GESTION PREVISIONNELLE DES METIERS ET DES COMPETENCES BASEE SUR UNE APPROCHE QUALITATIVE ET PERSONNALISEE DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES.

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPMC) et la validation des acquis professionnels doivent être basées sur une approche qualitative et personnalisée de la gestion des ressources humaines.

Elle consiste à ajuster les emplois et métiers aux besoins de l'établissement en identifiant les mouvements des personnels, la démographie des effectifs par catégories et métiers, les défis technologiques, les évolutions sociales, les projets institutionnels.

Pour répondre à ce défi, l'établissement a mis en place différents outils qui demanderont à être développés durant la période concernée par le présent projet :

- Le répertoire métier,
- Les grilles d'évaluation des compétences,
- La procédure d'évaluation du dialogue avec les personnels et les partenaires sociaux.
- Les tableaux de bord de suivi du personnel par pôle d'activité.

A- Le répertoire « métiers » :

L'élaboration du répertoire « métiers » a consisté à affecter chaque agent dans un métier au regard des fonctions exercées puis de recenser les besoins de l'établissement en terme de métiers.

Le document final a été validé par les différentes instances Il a permis de constater la réalité des effectifs qui a mis en exergue :

Des inadéquations entre grade et métier
Certains glissements de tâches entre grades
Des besoins en recrutement, en formation
L'émergence de certains métiers

Le répertoire métiers devra désormais faire l'objet d'une mise à jour régulière afin de disposer d'une cartographie précise des métiers présents dans l'établissement à chaque mouvement de personnel.

B - Les grilles d'évaluation des compétences :

Les grilles d'évaluation des compétences ont permis de comparer les compétences attendues pour répondre aux besoins de l'établissement et les compétences constatées pour chaque agent mais également par catégorie professionnelle.

Cette démarche s'est avérée être en outre un outil de communication intéressant dans la mesure où elle a renforcé le dialogue entre les agents et les cadres de proximité.

Les grilles de compétence devront être actualisées chaque année lors des entretiens annuels d'évaluation.

De plus, afin d'optimiser ce dispositif, il conviendra lors des prochains mois de procéder, sur la base des plans de développement des compétences individuelles à la mise en place d'actions correctives (recrutements, redéploiement, formations, appel à du personnel extérieur, ...) permettant d'obtenir une adéquation maximale entre les compétences disponibles et les besoins de l'établissement.

C - Adapter les effectifs aux variations d'activité :

Des tableaux de bord ont été mis en place. Ces derniers mesurent, à périodicité définie, les effectifs rémunérés et l'activité des pôles.

Ces outils permettront, dans le cadre des contrats de pôles conclus entre la Direction et les Chefs de pôles, de comparer les moyens alloués aux objectifs fixés.

L'intérêt étant d'analyser les écarts constatés et de corriger, en concertation avec les intéressés, les moyens en fonction des variations de l'activité mais également, d'anticiper les besoins lors de la mise en place de nouvelles activités notamment ou en cas d'augmentation prévisionnelle de certaines activités.

III - LA MISE EN PLACE D'INDICATEURS QUALITATIFS ET QUANTITATIFS D'EVALUATION DES DIFFERENTS TYPES DE FORMATIONS (INITIALE, CONTINUE ET PROMOTIONNELLE)

La formation est un droit mais elle est également un investissement pour l'établissement.

La politique de formation a vocation à s'intéresser à l'ensemble des acteurs hospitaliers, quel que soit leur statut.

Elle constitue une composante essentielle du projet social et du volet social du contrat d'objectifs et de moyens.

En amont de la consultation des instances, le processus d'élaboration des plans de formation comprend une phase de concertation regroupant les cadres paramédicaux et administratifs.

Leur rôle est de formaliser à partir d'une réflexion collective le projet de formation.

Cette procédure est un gage de réussite dans la mesure où elle permet de :

- détecter et de promouvoir les potentialités des personnes ;
- déterminer les besoins en formation au niveau de chaque unité ;
- valider les projets par rapport aux objectifs du service ou de l'institution ;
- valoriser l'ensemble des métiers de l'hôpital

La politique de formation de l'établissement a été établie de façon globale et cohérente avec les besoins de l'établissement et définie sur la base des objectifs suivants :

- maintenir la qualité des prestations servies aux usagers ;
- favoriser le décloisonnement entre les différents professionnels hospitaliers et faciliter le travail en complémentarité ;
- permettre à chaque acteur de trouver une place qui lui convienne et de s'y épanouir au mieux de ses compétences et de son efficacité en tenant compte des demandes individuelles de formation ;
- respecter les priorités des Pouvoirs Publics en matière de formation accompagnant la mise en œuvre des politiques arrêtées par le gouvernement ;
- adapter les actions de formation au projet d'établissement ;
- porter un effort particulier sur les formations promotionnelles afin de favoriser la promotion interne tout en maintenant l'équilibre avec les recrutements externes.

Le présent projet social a pour objectif d'évaluer les actions de formation en terme d'amélioration des pratiques professionnelles et en terme de déroulement de carrière.

L'évaluation des résultats de la formation est faite à partir d'indicateurs déclinés en fonction des objectifs poursuivis et des résultats attendus ; ces résultats peuvent être individuels ou collectifs.

Aussi, l'établissement devra mettre en œuvre, de façon concertée, des indicateurs visant à cerner :

- L'impact des actions de formation sur l'exercice du métier,
- Le repérage des points forts et faibles de l'agent,
- La nécessité de modifier certaines pratiques professionnelles,
- Le besoin de formations complémentaires.

Ces indicateurs devront être déclinés au moment de l'élaboration du cahier des charges de l'action de formation et seront évalués lors des entretiens d'évaluation.

Concernant les actions de formations promotionnelles, les indicateurs retenus seront :

- Le nombre de promotions internes obtenues à l'issue de ce type de formation,
- L'évaluation de l'agent dans le cadre de ses nouvelles fonctions.

IV - LA PROMOTION DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION, LE DEVELOPPEMENT DE LA CONCERTATION ET DU DIALOGUE SOCIAL

La qualité du dialogue avec le personnel implique une stratégie de communication interne visant à harmoniser et mettre en synergie toutes les formes d'informations existantes dans la structure.

La direction doit pleinement s'investir dans cette dynamique et doit être relayée par l'encadrement et les chefs de service.

Un certain nombre d'outils visant à améliorer la politique de communication interne ont été mis en place. Il s'agit de :

La note d'information sur la vie de l'établissement jointe au bulletin de salaire, chaque mois,

La mise à disposition des fiches d'évènements indésirables

Des questionnaires de satisfaction

Du livret d'accueil, remis aux nouveaux arrivants et de la procédure d'intégration mise en œuvre par les cadres.

Les principales actions d'amélioration concernent la transmission des informations, qu'elles soient descendantes ou ascendantes.

Il s'agira, par conséquent, de développer les outils existants et/ou de créer de nouveaux supports dès l'année 2013.

A ce titre, la tenue de conseils de service, la création de groupes d'expression directe, les réunions avec les différentes catégories socio-professionnelles et les organisations syndicales, les entretiens individuels doivent être encouragés.

Ces rencontres permettront d'être à l'écoute de chacun. Elles feront l'objet de compte-rendu écrit exprimant clairement les propositions et les modalités de mise en œuvre et de suivi des actions.

Les relevés de conclusions des réunions seront distribués aux participants et systématiquement mis à la disposition du personnel.

Dans le même ordre d'idée, les représentants des différentes catégories de personnel devront informer leurs collègues des questions évoquées lors des réunions des instances consultatives et représentatives.

Ces démarches inscrites dans la politique sociale de l'établissement devront être mise en place afin de conseiller, d'orienter ou d'accompagner les personnels en difficulté. Elles permettront, en outre :

- De prévenir et gérer les conflits ;
- De vaincre les réticences aux changements ;
- D'individualiser et de personnaliser les relations avec les agents.

Par ailleurs, une procédure de concertation avec les partenaires sociaux a été élaborée afin :

- De formaliser le principe d'un dialogue social régulier.
- D'organiser et programmer des réunions avec les partenaires sociaux.
- D'acter sur un procès-verbal les actions retenues et leur évolution jusqu'à leur concrétisation.

Dans le cadre du projet social 2012/2017, cette procédure devra faire l'objet d'une évaluation régulière sur la base d'indicateurs fiables et partagés avec l'ensemble des partenaires et une restitution des évaluations sera effectuée lors des réunions des instances représentatives.

Le développement du site « Internet », mais également l'installation de bornes « Intranet » sur chacun des sites devraient permettre aux personnels, mais également aux usagers, de se connecter sur le site afin d'avoir accès à divers documents et de disposer d'un forum pour faire part de leurs observations ou de leurs questions.

Un agent sera chargé d'alimenter et d'animer le site et les informations seront disponibles après avoir été validées par l'équipe de direction.

V - L'AMELIORATION DE LA QUALITE, DES CONDITIONS DE TRAVAIL ET DE LA PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

La qualité de vie au travail résulte de l'ensemble des conditions de travail et du contexte de l'exercice professionnel.

Les enquêtes de satisfaction, les réunions du C.H.S.C.T, l'élaboration, l'approbation et la diffusion du document unique et les rencontres avec le personnel doivent permettre d'analyser les situations de travail pour en améliorer les conditions en tenant compte des aspirations des agents.

Des mesures ont été prises dans le domaine de l'amélioration des conditions de travail :

- prévention des pathologies et risques professionnels,
- acquisition de matériel ergonomique,
- mise en place des horaires continus,
- souplesse dans l'application de la RTT,
- octroi de jours de congé détente (M.A.S.),
- financement de mensualités de remplacement,
- promotions internes.

Des outils ont été mis en place :

- fiches de postes,
- règlement intérieur,
- rédaction de procédures et protocoles,
- mise à jour des questionnaires de satisfaction

Toutefois, le renforcement de cette politique nécessitera la mise en place d'autres actions, telles que :

- La généralisation de l'analyse des composantes des situations de travail (organisation du travail, temps de travail, conditions de travail, ...);
- La prévention des atteintes à la santé du personnel au travail.

A/ La généralisation de l'analyse des composantes des situations de travail

Dans le cadre de la nouvelle gouvernance et de la mise en place des pôles, des organigrammes hiérarchiques et fonctionnels permettant à l'agent de repérer sa position dans la structure et de comprendre les circuits de décision doivent être élaborés.

Une étude de l'organisation du travail doit être effectuée à partir de la répartition des postes et des tâches, de la charge de travail, des fluctuations d'activités. Elle doit être considérée aussi sous l'angle du management, des moyens matériels mis à disposition des agents, des circuits, de l'ergonomie, des risques professionnels.

Une analyse de la gestion du temps de travail permettra également d'aborder les attentes du personnel en la matière, d'avoir une meilleure visibilité des phénomènes conditionnant absences et présences au travail, d'étudier les profils et fluctuations d'activité.

B/ La prévention des atteintes à la santé du personnel au travail

Il conviendra aussi d'appréhender de manière collective la problématique des risques psychosociaux au sein de l'hôpital.

A ce jour, faute de connaissances suffisantes ou d'outils adaptés, les personnels d'encadrement peuvent se trouver démunis pour lutter contre les risques psychosociaux.

Par ailleurs, ces derniers ont souvent un caractère individuel et subjectif dans la mesure où face à une même situation de travail « stressante » ou tendue, les personnels peuvent réagir différemment.

Aussi, l'établissement a décidé de privilégier une prise en compte collective des sources de risques, au détriment d'actions de prévention individuelles.

Cette démarche, préconisée par ailleurs par l'INRS, se déroulera en 6 étapes :

- Elaboration d'un pré diagnostic consistant à faire émerger le risque par la collecte d'indicateurs déjà disponibles dans l'établissement ;
- Constitution d'un groupe projet chargé des questions de stress dans l'établissement, représentatif de l'ensemble des acteurs de l'hôpital ;
- Réalisation d'un diagnostic approfondi permettant d'évaluer précisément le niveau de risque, de repérer les sources de stress et d'identifier les personnels les plus exposés ;
- Restitution des résultats par le groupe projet et communication aux personnels ;
- Elaboration et mise en œuvre d'un plan d'actions visant à proposer des mesures pour réduire les facteurs de risques ;
- Evaluation et suivi des actions permettant de réajuster, éventuellement, la démarche.

VI - CONCLUSION

Le présent projet social fixe, à partir de l'existant et dans l'esprit du précédent projet, les axes de travail ainsi que les objectifs à atteindre en matière de gestion des ressources humaines.

Le suivi et l'évaluation du projet social seront débattus en Comité Technique d'Etablissement et feront l'objet d'une présentation au Conseil de Surveillance et à la Commission Médicale d'Etablissement dans le cadre du projet d'établissement.

La réussite de ce projet demandera une implication forte de tous les acteurs, autour d'une philosophie commune, porteuse d'idées et d'actions susceptibles de répondre à des besoins identifiés.

PROJET DE GESTION

INTRODUCTION :

Le projet de gestion du CHI CORTE-TATONE, établi pour la période 2013-2017, fixe comme objectifs prioritaires une meilleure lisibilité de la situation financière de l'établissement et une plus grande réactivité face à la variation éventuelle de l'activité.

A ce titre, le projet de gestion doit être conçu en cohérence avec le projet médical.

Par ailleurs, le management par pôle doit favoriser la prise d'initiative et responsabiliser les acteurs. Dans cet esprit, la culture des objectifs et du résultat doit être développée en prenant appui sur une contractualisation incitative.

Les outils nécessaires à l'atteinte de ces objectifs concernent :

- La mise en place d'une comptabilité analytique permettant de déterminer des coûts par séjour ;
- Le développement des données du Programme de Médicalisation du Système d'Information ;
- La maîtrise de la tarification à l'activité ;
- La mise en place de la contractualisation avec les chefs de pôles ;

1 - LA MISE EN PLACE DE LA COMPTABILITE ANALYTIQUE

La comptabilité générale constitue une technique quantitative de collecte, de traitement et d'analyse de données à caractère économique et financier.

Il s'agit d'un véritable système d'information sur la vie de l'entité.

La comptabilité permet de retracer toutes les données économiques et financières, à la fois dans la perspective du contrôle mais également pour la tenue d'une comptabilité nationale.

Si cet outil est à la base de toute information économique, il est inapte à fournir une lecture de la construction progressive des coûts des différents biens ou services produits par l'établissement.

La comptabilité analytique va être chargée de cette approche.

L'établissement dispose d'une comptabilité analytique permettant de déterminer les coûts par unité fonctionnelle.

Cependant, la nécessaire maîtrise de l'évolution des dépenses de santé implique que soient définis des repères concernant les coûts de l'hospitalisation.

Cette démarche est indispensable tant au niveau macroéconomique qu'au niveau microéconomique.

Au niveau macroéconomique, elle permet d'estimer les paramètres sur lesquels pourra être fondée la réaffectation des moyens ;

Au niveau microéconomique, elle facilite la compréhension de la formation des coûts, facilite le nécessaire dialogue entre le gestionnaire et le médecin et permet d'optimiser l'utilisation des crédits alloués.

2 - LE DEVELOPPEMENT DES DONNEES DU PROGRAMME DE MEDICALISATION DU SYSTEME D'INFORMATION

Concernant le PMSI, toute hospitalisation donne lieu à la production d'un document individuel de synthèse décrivant la prise en charge réalisée et les actes pratiqués en fonction de la pathologie identifiée et codée en lien avec la nomenclature nationale.

L'établissement devra acquérir, également, les méthodes permettant de circonscrire la formation des coûts et d'approcher, notamment pour la logistique médicale, la réalité des coûts de production des activités.

Cette méthode doit fournir également la comparaison des coûts réels de prise en charge dans le service MCO dans un premier temps et dans le service SSR dans un deuxième temps, avec les tarifs T2A (tarification à l'activité).

3 - LA MAITRISE DE LA TARIFICATION A L'ACTIVITE

En effet, conformément à l'ensemble des centres hospitaliers, l'établissement est soumis à la T2A depuis le 1^{er} janvier 2005 et dispose des outils de recueil et de valorisation des données médicales.

Cependant le système de gestion devra s'avérer encore plus performant afin de disposer d'une information fiable, exhaustive et très réactive en matière d'activité médicale et de valorisation des séjours.

A ce titre, l'impact de la variation de l'Etat Prévisionnel de Recettes et de Dépenses (EPRD) sur la gestion interne et notamment sur les budgets de pôles devra être rapidement appréhendé et nécessitera la définition d'un cadre contractuel interne préalable.

4 - L'ORGANISATION EN POLES D'ACTIVITES DE L'ETABLISSEMENT

A l'instar de tous les établissements de santé, le CHI CORTE-TATTONNE a été tenu dès 2007 de s'organiser en pôles d'activités.

Chaque responsable de pôle met en œuvre la politique générale de l'établissement au sein du pôle et les moyens définis dans le cadre du contrat passé avec le directeur et le président de la CME afin d'atteindre les objectifs fixés.

Il élabore avec le conseil de pôle, un projet de pôle qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins.

Dans le cadre du présent projet, il importera de mettre en place un certain nombre d'actions visant à :

Déterminer de nouveaux objectifs d'organisation et de fonctionnement,
Fixer les attentes quant aux effets de la déconcentration,
Définir précisément le périmètre et le contenu de la contractualisation interne,

Il sera nécessaire également de réunir les conditions institutionnelles requises :

Signer les contrats de pôles,
Négocier les contrats d'objectifs et de moyens,
Organiser la délégation de gestion

A partir de l'année 2013, l'évolution et l'adéquation du système d'information et des outils de gestion devrait permettre de produire des tableaux de bord adaptés aux objectifs fixés, faisant apparaître des indicateurs d'activité valorisés et des éléments de suivis de consommation de moyens.

Un dispositif d'intéressement collectif, compatible avec les contraintes réglementaires en vigueur de la comptabilité publique devra également être proposé aux responsables de chacun des pôles.

CONCLUSION :

Le présent projet devra faire l'objet d'une évaluation régulière afin de mesurer, notamment, les potentialités de réactivité de l'établissement en cas de variation de l'activité mais également en terme de responsabilisation des différents acteurs, d'amélioration des flux d'informations et de contractualisation incitative.

SCHEMA DIRECTEUR DU SYSTEME D'INFORMATION

L'objet de ce document est de définir les projets en terme d'informatique les priorités de l'établissement pour les cinq ans à venir.

Ces choix tiennent compte des besoins propres du centre hospitalier (rapidité, fiabilité, sécurité) mais également des contraintes fortes imposées par les nombreuses évolutions réglementaires (facturation, sécurisation des informations, suivi d'activité, etc.).

La politique en matière de système d'information tient également compte de la démarche régionale ayant conduit à la création du Groupement de Coopération Sanitaire (SIRS-CO) dont l'ensemble des établissements publics de santé est adhérent.

En effet, ce mode de coopération a permis de réaliser un alignement stratégique des choix des établissements en terme de système d'information.

Cette démarche s'est traduite en particulier par des choix concertés de logiciels et un objectif d'harmonisation et de mutualisation des ressources avec un intérêt évident en terme de financements, d'économies d'échelle et de disponibilité de compétences techniques.

Par ailleurs, il y a lieu de noter qu'une collaboration forte lie le Centre Hospitalier de Bastia et le CHI Corte-Tattone.

Ce dernier bénéficie, dans ce cadre, du soutien et de l'assistance technique du personnel spécialisé du Centre Hospitalier de Bastia ainsi que d'actions de formation dispensées dans cet établissement.

Cette collaboration porte également sur la mutualisation des architectures. Les serveurs informatiques sont mutualisés et administrés par le centre Hospitalier de BASTIA

1) LES LOGICIELS ACTUELS :

Les principaux logiciels installés au CHI sont :

- La gestion administrative des patients : logiciel CLINICOM distribué par INTERSYSTEMS
 - admission, dossier administratif,
 - facturation des frais de séjour,
 - PMSI
- La gestion économique et financière : logiciel E-MAGH2 distribué par le Syndicat Inter hospitalier de Bretagne,
- Le circuit du médicament et la gestion des stocks de la pharmacie : logiciel GENOIS distribué par le Syndicat Inter-hospitalier de Bretagne,

- La gestion des ressources humaines : logiciels AGIRH, PH7 distribués par le Syndicat Inter-hospitalier de Bretagne,

Le dispositif est complété par un logiciel de requêtes Business Object (BO), distribué par le Syndicat Inter-hospitalier de Bretagne.

Le CHI est également équipé :

- d'outils bureautiques et de messagerie (outils Microsoft)
- d'un logiciel de rendez-vous médicaux mis à disposition par le CH Bastia pour la gestion des consultations.

2) LES PROJETS D'EVOLUTION :

Ces projets d'évolution tiennent compte :

- des besoins propres du centre hospitalier en matière de gestion d'information,
- des contraintes fortes imposées par les nombreuses évolutions réglementaires (facturation, sécurité, suivi d'activité, etc.)
- des difficultés rencontrées avec les fournisseurs d'application.

Ce dernier point a été une contrainte importante cette année car le fournisseur SIEMENS a en 2011 arrêté son activité informatique.

Cela s'est traduit :

- a) par la vente des logiciels de gestion des ressources humaines à la société WEB SANTE. Les établissements de Corse, regroupés au sein du GCS SIRS-CO ont estimé que cette vente amenait un risque important sur la pérennité de ces applications et ont décidé de migrer ces applications au 1^{er} Janvier 2012 vers les logiciels actuels diffusés par le Syndicat Inter-hospitalier de Bretagne.
- b) Par la vente du logiciel CLINICOM de gestion des patients à la Société INTERSYSTEMS.

INTERSYSTEMS est un leader mondial dans le domaine de l'informatique médicale et cette cession n'a pas été perçue comme un risque pour l'avenir technique de la solution. Cependant, au printemps 2012, la direction du groupe a décidé d'aligner les contrats de maintenance français sur ceux en vigueur dans les autres pays. Cela s'est traduit par une annonce brutale d'augmentation pour 2013 des tarifs de maintenance. Cette hausse des tarifs (multiplication par 3) s'explique en partie par un mode différent de facturation des évolutions logicielles majeures qui sont couverts par ce nouveau contrat mais est incompatible en l'état avec nos budgets prévisionnels et les règles d'évolution des contrats dans le cadre des marchés publics. Le groupement CIRS-CO a donc lancé une procédure de mise en concurrence dans le domaine couvert par ce progiciel.

A) GESTION ADMINISTRATIVE DU PATIENT :

Un appel d'offre est en cours pour le remplacement éventuel du logiciel CLINICOM.

Ce logiciel couvre les domaines de la gestion administrative des patients hospitalisés et externes, la gestion de l'activité, la facturation, le PMSI et également le domaine de l'HAD. Il est à noter que le CLINICOM est candidat à sa propre succession.

Cet appel d'offres commun permet également de répondre à une évolution majeure du mode de facturation des patients qui n'était pas contractuellement prévu dans les contrats en cours (FIDES).

B) DOSSIER PATIENT INFORMATISE (DPI)

Ce domaine couvre, en interface avec la gestion administrative, l'informatisation du dossier médical.

- Gestion des documents médicaux
- Prescription médicale
- Gestion des unités de soins, dossier infirmier,
- Gestion des rendez-vous
- Intégration avec le logiciel Génois du circuit du médicament

Les établissements de CORSE ont lancé en juillet 2012 un Appel d'offres commun pour le DPI.

C'est également dans ce cadre que sera traité la partie médicale de l'HAD.

C) Gestion du temps du personnel médical et non médical.

Dans le cadre d'une utilisation efficiente des ressources humaines et Nous souhaitons acquérir et mettre en place le module de gestion du temps du personnel disponible dans notre logiciel de GRH. Cette gestion du temps

D) Le déploiement de l'ensemble des logiciels sur le site médico-social de Tattone :

Le site de TATTONE bénéficiera des mêmes ressources logicielles que le site de CORTE, réseau wifi.

E) PROJETS TRANSVERSAUX :

Internet / Intranet / Messagerie : Le CHICT souhaite améliorer sa communication externe et interne.

Le serveur de messagerie propre au CHICT mis en place par l'ancien fournisseur AGFA est obsolète.

Le CHICT est en cours de migration et un serveur Microsoft Exchange sécurisé et hébergé par le CH BASTIA sera opérationnel dès le mois de janvier 2013.

Ce serveur permettra de gérer les emails et les agendas administratifs.

Ces outils amélioreront la circulation et la mise à jour de notes internes, notes de services, etc.

En outre, une solution de messagerie sécurisée (utilisant la carte de professionnel de santé), nécessaire pour l'échange de documents médicaux, sera développée en 2013 au sein du GCS.

Par ailleurs, un groupe de travail est chargé de la mise à jour du site Internet de l'établissement.

Dès le premier trimestre 2013, le site sera accessible au public.

F) ARCHITECTURE INFORMATIQUE : Mise à niveau technique.

Liaison inter établissement :

La liaison Site de CORTE/ Site de TATTONE repose sur des liaisons « France Télécom » peu performantes en terme de rapport qualité/prix au regard des possibilités actuelles.

Cette architecture ne permet pas de déployer dans de bonnes conditions les applications informatiques et pose des problèmes de fonctionnement.

Le GCS SIRS-CO a déposé auprès de la CTC, pour le compte des établissements adhérents, un dossier pour l'utilisation des fibres posées dans le cadre du SDANT et une demande d'aide à l'exploitation de ce réseau pour trois ans.

Si ce dossier est accepté, il permettra, au prix des liaisons actuelles bas débit, à 14 sites hospitaliers de l'île de bénéficier d'un accès réseau à très haut débit et de constituer une plateforme de services communs (accès Internet très haut débit et sécurisation des échanges avec les autres partenaires).

Le CHI Corte-Tattone envisage également l'installation de 2 bornes « Intranet » sur chacun des sites.

Ce dispositif permettra aux personnels mais également aux usagers d'avoir accès à certaines informations relatives à l'établissement.

3) ECHEANCIER :

Le choix du fournisseur du DPI est prévu pour la fin du mois de janvier 2013.

Le déploiement de l'ensemble des fonctionnalités est prévu sur une période de deux ans en mutualisant des ressources humaines communes au sein du GCS.

Le remplacement de la solution de gestion administrative du patient sera également décidé en janvier 2013.

Le déploiement de la nouvelle solution éventuelle est prévu pour le début d'année 2014.

La mise en place du module de gestion du temps des personnels est fixée au début de l'année 2013.

L'installation des bornes « Intranet » est programmée pour la fin d'année 2013 ou le début d'année 2014.

PROJET D'INVESTISSEMENT

Projet d'investissement

Le projet d'investissement retrace les priorités d'action du Centre Hospitalier Intercommunal Corte-Tattone pour les 5 années à venir en matière de travaux et d'équipements.

Le schéma directeur des travaux et le schéma directeur des équipements ont pour objectif commun de permettre au CHICT de répondre aux exigences de qualité, de sécurité mais également à la nécessité d'adapter son architecture à l'évolution de son activité.

I - Le schéma directeur des travaux :

Le schéma directeur des travaux reprend les investissements qui étaient prévus dans le plan pluriannuel des investissements.

L'accent est mis plus particulièrement sur les actions suivantes :

Site de Corte :

Restructuration de l'unité de production alimentaire

Installation de 10 lits d'USLD

Accessibilité aux Personnes à Mobilité Réduite

Site de Tattone :

Mise aux normes, par le département de la Haute-Corse des logements du personnel

Création d'un pôle d'activité et de soins adaptés (PASA)

Installation de l'extension de la capacité de la MAS (8 lits)

Accessibilité aux Personnes à Mobilité Réduite

Aménagement, sécurisation et embellissement des espaces verts

II - Le schéma directeur des équipements :

Le schéma directeur des équipements a pour objectif d'accompagner la rénovation des locaux du CHICT.

Ces opérations permettront de renouveler de façon régulière le parc des équipements et mobiliers afin de mettre le CHICT dans des conditions optimales de fonctionnement.

Il est important de noter que dans le cadre de ce projet il est prévu une restructuration de l'unité de production culinaire du site de Corte, qui s'accompagnera progressivement du remplacement du matériel de cuisine.

Par ailleurs, il est envisagé lors de cette période de procéder au renouvellement d'un certain nombre de biens :

- Véhicules,
- Parc informatique,
- Standard téléphonique

Enfin, afin de développer et de moderniser le service de l'imagerie médicale, il est envisagé d'acquérir un nouvel échographe et d'installer un équipement de télémédecine.

III - La prise en compte de la démarche de développement durable :

Le CHI Corte-Tattone, déjà engagé dans une démarche « Qualité », intègre le développement durable dans ses orientations stratégiques.

Cette démarche vise à répondre à deux enjeux majeurs : environnemental et énergétique, dont l'objectif est de développer une gestion écologiquement respectueuse et économiquement durable.

A cet effet, plusieurs actions sont mises en œuvre dans l'établissement mais nécessitent un développement soutenu et une évaluation régulière. Il s'agit :

A/ De la réalisation d'un bilan carbone, méthode de comptabilisation des émissions de gaz à effet de serre, responsables du réchauffement climatique. Cette méthode développée par l'ADEME (Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie) permet de compter toutes les émissions, qu'elles soient directes (utilisation de chaudière, combustion d'essence des véhicules) ou produites indirectement par nos fournisseurs ou collaborateurs (fabrication et acheminement des achats, déchets...), dès lors qu'elles correspondent à des processus nécessaires à l'activité de l'établissement de santé.

B/ De la mise en place une convention avec la Communauté des Communes du Centre Corse et le Syndicat de Valorisation des Déchets ménagers en Corse visant à la réduction des déchets générés par chaque site par le développement des filières de tri et la mise en place d'une démarche éco responsable en interne.

C/ De promouvoir une politique d'achats éco-responsable dans le cadre des procédures d'achats et de travaux et de développer le localisme en matière d'approvisionnement.

En complément des actions déjà engagées, l'établissement mène une réflexion en faveur des économies d'énergie à savoir, l'installation d'une chaufferie biomasse dont l'objectif est de réduire la dépense énergétique.

IV – L'échéancier et le financement :

L'ensemble de ces opérations devra être réalisé dans la période concernée par le présent projet.

Le financement de ces investissements fera l'objet de demandes de subventions auprès de :

L'ARS

La Collectivité Territoriale de Corse

Le Département de la Haute-Corse

Et d'un prélèvement sur les fonds propres de l'établissement.

PREAMBULE

Le projet médical a pour objectif principal de répondre aux défis majeurs en matière de santé et de garantir un accès aux soins d'égale qualité pour l'ensemble de la population prise en charge.

Ce projet a été élaboré en cohérence avec,

- **Les orientations du Projet Régional de Santé**
- **Les coopérations inter-hospitalières développées, dans le cadre de la Communauté Hospitalière de Territoire notamment.**

Il fait le point,

- **sur ce qui a été mis en place durant la période couverte par l'ancien projet d'établissement et qui contribue à rendre notre établissement encore plus attractif**
- **sur ce qui reste à faire**
- **sur ce qu'il y a lieu de faire évoluer.**

Il présente également les projets en cours de réalisation et les projets futurs.