

Rapport d'activité

2013



INTRODUCTION

L'année 2013 est une année de transition pour le Centre Hospitalier de Troyes / 04

1. MANAGEMENT

1.1 / La direction	/ 06
1.2 / La communication	/ 06
1.3 / La culture à l'hôpital	/ 07

2. RESSOURCES

2.1 / Les ressources humaines	/ 10
2.1.1 / Le personnel non médical	/ 10
2.1.2 / Le personnel médical	/ 12
2.2 / Les ressources financières	/ 14

3. ACTIVITÉ

3.1 / L'activité globale	/ 20
3.2 / L'activité des pôles	/ 26
3.2.1 / Pôle cancérologie	/ 26
3.2.2 / Pôle chirurgie	/ 28
3.2.3 / Pôle clinique médicale	/ 32
3.2.4 / Pôle ressources cliniques	/ 33
3.2.5 / Pôle vasculaire	/ 34
3.2.6 / Pôle mère enfant	/ 35
3.2.7 / Pôle médico technique	/ 36
3.3 / Établissements d'hébergement	/ 38

4. QUALITÉ DES SOINS

4.1 / Qualité et sécurité des soins	/ 40
4.2 / Les relations avec les usagers	/ 46

5. LOGISTIQUE ET INVESTISSEMENT

5.1 / Système d'information	/ 48
5.2 / Logistique	/ 49
5.3 / Travaux et maintenance	/ 55

6. L'ENSEIGNEMENT / 58**7. ANNEXE** / 60



L'année 2013 est une année de transition pour le Centre Hospitalier de Troyes.

Transition dans sa gouvernance, avec le départ à la retraite d'Alain David. En 22 années de présence à la tête de l'établissement, il l'a fortement marqué de son empreinte. Il en a fait le second hôpital public de la région, après le CHU et l'a doté d'un plateau technique de qualité, tout en préservant son équilibre financier.

Transition immobilière, avec la préparation du déménagement de la quasi-totalité des services de médecine et chirurgie adultes dans le nouveau bâtiment d'hospitalisation, en cours de construction. Cette préparation a mobilisé de nombreux groupes de travail durant toute l'année.

Transition dans ses objectifs de développement, puisque le processus de rédaction du nouveau projet d'établissement a commencé en fin d'année, à l'occasion d'un séminaire réunissant la direction, les chefs de pôle et les médecins du DIM, les cadres supérieurs de santé et les cadres administratifs de pôle.

Transition pour Nazareth et Comte Henri, puisque la convention tripartite arrivait à échéance et a été renégociée. Ce fut l'occasion d'insister auprès des autorités de tutelle sur le sous financement important de ces deux structures.

Transition dans la communication, avec la volonté d'être plus présent dans les médias locaux, la presse professionnelle et les réseaux sociaux. Mais également avec le souci de diffuser plus d'informations en interne et de favoriser les échanges entre la direction, les services, le personnel.

L'année 2013 a également été marquée par de fortes contraintes financières.

La crise financière et la disparition de Dexia a drastiquement réduit l'accès au crédit pour les collectivités territoriales et les hôpitaux. Le Centre Hospitalier de Troyes a failli en être victime. Heureusement, après quelques difficultés de début d'année, il a pu trouver les liquidités nécessaires au financement de ses investissements.

La très forte baisse des tarifs de T2A a été une autre contrainte forte. Le budget initial, trop déficitaire, a dû être revu pour dégager de nouvelles économies et trouver de nouvelles recettes. Finalement, grâce à la mobilisation de tous, le Centre Hospitalier finit l'année en léger excédent.

Ces contraintes n'ont pas empêché l'établissement de poursuivre son développement : création d'une unité d'hématologie clinique, mise en place d'une filière courte (le CISU) aux urgences, réalisation de thrombolyse en lien avec Reims grâce à la télé-médecine...

L'année 2013 s'inscrit enfin sous le signe de la qualité grâce à deux événements majeurs.

La visite de certification, en novembre, a été l'occasion de faire un audit général des organisations et des prestations de l'établissement. Il s'en sort avec les honneurs, puisque ses efforts ont été salués par les experts visiteurs en clôture de visite. La seule réserve concerne les conditions de prescription des médicaments dans un service. La seule recommandation incite l'hôpital à mieux prendre en compte les problématiques de développement durable. Celles-ci feront l'objet d'un chapitre spécifique du nouveau projet d'établissement. Celles-là sont en cours d'adaptation grâce à l'informatisation du service concerné.

Le Centre Hospitalier a également créé en fin d'année un nouveau pôle médical, en charge de la qualité et de la sécurité des soins. Confié au Docteur Frémond, spécialement recrutée pour cela et épaulée par Mme Olivo, ingénieur qualité, ce pôle regroupe l'ensemble des structures veillant à l'excellence des prises en charge avec notamment : Equipe opérationnelle d'hygiène, DIM, Vigilances sanitaires et apparentées, Bon usage des antibiotiques.

Philippe BLUA



Management



1.1 - LA DIRECTION.

La direction organise dans le respect de la réglementation en vigueur les séances du directoire et du conseil de surveillance.

1.1.1 - Le conseil de surveillance.

Le conseil de surveillance s'est réuni 3 fois en 2013 en mars, juin et novembre et a notamment délibéré outre les affaires financières et les prévisions d'activités médicales sur le suivi de la réalisation du nouveau bâtiment d'hospitalisation, la réutilisation des locaux rendus vacants par l'ouverture du NBH et la communauté hospitalière de Territoire Champagne Sud.

1.1.2 - Le directoire.

Le directoire s'est réuni 14 fois en 2013. A compter de juillet 2013, M. Blua a augmenté le nombre de réunions qui est passé à deux par mois. Il a souhaité également en accord avec la présidente de la CME, Mme le dr Collart modifier sa composition et l'élargir à tous les chefs de pôle. Lors de ces séances le directeur propose un ordre du jour qui est complété des questions que les membres souhaitent aborder. En 2013 les sujets évoqués ont été riches et variés et témoignent des projets en cours en particulier celui de l'ouverture du nouveau bâtiment d'hospitalisation. L'état des dépenses et des recettes de l'établissement, la préparation de la certification V2010 et les résultats en fin d'année, la politique et le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que les différents projets et nouvelles activités médicales telle que la prise en charge de l'AVC, ont été étudiés lors de ces séances.

1.1.3 - La certification.

La forte implication de tous les professionnels de l'établissement a conduit à un résultat global très positif puisque la HAS a prononcé une seule réserve, relative à la prise en charge médicamenteuse dans un service, et une seule recommandation, relative à la prise en compte du développement durable au sein de l'établissement. Un travail est mené pour lever ces 2 décisions, notamment à travers l'informatisation des prescriptions et de la rédaction du projet d'établissement.

1.1.4 - Développement de coopération.

L'année 2013 a été marquée par un renforcement des liens avec nos partenaires extérieurs :

- > en premier lieu au projet de développement d'une Plateforme d'aval au court séjour hospitalier avec nos partenaires, que sont le CRRF Pasteur et la Mutualité française Champagne Ardenne, afin de réunir l'ensemble des institutions situées en aval de l'hospitalisation : HAD, SSIAD, Soins de Suite et Réadaptation (SSR) et Hôpitaux de jour SSR. Le projet s'appuie sur la perspective, d'ici 2015, d'intégration de l'établissement d'HAD de la Mutualité dans nos murs et sur le souhait d'une extension des capacités de Pasteur sur le site du Centre Hospitalier, dans une partie des bâtiments rendus vacants. L'idée est de mieux répondre aux besoins du Centre Hospitalier tout en renforçant l'activité de nos partenaires.

- > en second lieu le lancement d'un projet de GCS Santé numérique. Les établissements de Champagne Sud ont décidé d'initier une démarche de mise en commun de leur expertise et de leurs moyens informatiques.

- > enfin le CHT s'est engagé dans une démarche, initiée par l'ARS, de création d'une Communauté Hospitalière de territoire Champagne Sud. L'ambition est de favoriser l'élaboration d'une stratégie de groupe, sur un territoire donné en conservant les objectifs propres à la défense d'un service public de proximité. L'année 2013 a été l'occasion de travailler à la rédaction d'une convention constitutive dont le socle est la rédaction d'un projet médical commun. Le CHT été désigné par l'ensemble des hôpitaux membres établissement-pivot. Des axes importants ont été tracés, notamment dans le domaine de la prise en charge de l'AVC ou de la structuration d'une filière gériatrique.



www.ch-troyes.fr

 @CHTROYES

Suivez toute l'actualité
du CH de TROYES
sur Twitter !





Avril 2013,
Don d'une fresque par
le Lycée Chrestien de Troyes.

1.2 - LA COMMUNICATION

Le service communication a été rattaché à la Direction du Système d'Information en septembre 2013.

La décision d'augmenter l'effectif de cette équipe a également été prise, afin d'accroître la présence de l'établissement dans la presse : le recrutement d'un second chargé de communication et d'une assistante communication ont été lancés en fin d'année.

Les opérations lancées l'année précédente ont été reconduites avec succès :

- > Les deuxièmes rencontres médicales des Hauts-Clos ont été organisées en décembre, toujours portées par le Docteur Michèle COLLART, Présidente de la Commission Médicale d'Etablissement,
- > Une nouvelle version de l'annuaire des praticiens du centre hospitalier a été élaborée et envoyée aux médecins du département,
- > Des campagnes médicales : don d'organes, vaccination...
- > Le site internet, consulté plus que jamais par les internautes (8500 connexions par mois en moyenne) a commencé sa mutation avec l'arrivée de nouveaux services comme l'accès au site du covoiturage du Grand Troyes,
- > Le site intranet lancé l'année précédente a été grandement alimenté par les différents corps de métiers et directions fonctionnelles et devenu un outil important dans la communication interne de l'établissement. Des nouvelles rubriques ont notamment été ajoutées (un espace éthique, par exemple),
- > Le journal interne « Cosmopital » est devenu un trimestriel reconnu dans l'établissement, dans lequel s'implique tous les acteurs de la vie de l'hôpital.

Au second semestre, un nombre important de points presse a été organisé :

- > Arrivée du second mammographe, inauguration du nouveau service de pédiatrie ou la nouvelle salle de coronographie.
 - Inauguration du nouveau service de pédiatrie, inauguration de la nouvelle salle d'angio-coronarographie,
 - > Mise en valeur de nouveaux services (TéléAVC, envoi des SMS 72 heures avant la consultation des patients, cartographie informatisée du SAMU, etc.),
 - > Collaboration avec les acteurs de la vie associative locale ou nationale (blé de l'espérance avec le rotary club, fresques de la fondation Anouk, don de jouets du collège Saint-Pierre en l'Isle, don d'une fresque réalisée par les élèves du Lycée Chrestien de Troyes pour le service des urgences, arrivée surprise des mascottes du parc Nigloland aux enfants de pédiatrie...)
- Permet d'assurer une présence accrue dans la presse locale (l'Est Eclair, Libération Champagne, Press'Troyes, l'hebdo du vendredi), la radio (chérie FM, Champagne FM, Latitude FM, NRJ et RCF) et la télévision locale ou régionale (Canal32, France TV).

L'année s'est achevée par :

- > La création du compte Twitter du Centre Hospitalier de TROYES qui, un mois après son ouverture, comptait déjà une centaine d'abonnés,
- > Le lancement d'une réflexion sur la charte graphique de l'établissement en prévision de l'arrivée du NBH en 2014.

1.3 - LA CULTURE A L'HOPITAL

PROJET CULTUREL « ARTS VIVANTS EN SOINS PALLIATIFS ».

Un projet culturel d'une grande ambition humaine.

Dès la création de l'Unité de Soins Palliatifs début 2010, l'équipe du service a eu à cœur de faire de l'Unité un lieu de vie adapté à la prise en charge globale en soins palliatifs, des patients et de leur famille pour qui l'approche de la mort est une épreuve douloureuse.

Face à l'isolement des personnes hospitalisées dans l'Unité et à l'ennui exprimé, l'équipe a élaboré un projet autour d'une proposition artistique diversifiée (théâtre, conte, chant, musique) pour les patients, leur famille, les bénévoles et l'ensemble du personnel.



Les objectifs majeurs du projet :

- > Faire de l'Unité de Soins Palliatifs un lieu de vie,
- > Aider les patients et leur famille à continuer à vivre malgré l'approche de la mort,
- > Aider les soignants à travailler différemment,
- > Faire entrer l'art et la culture à l'Hôpital et ouvrir l'Unité sur l'extérieur, sur la société.

La proposition artistique s'est construite en collaboration avec la coopérative artistique SOLENTINAME sur deux axes principaux :

- > Un axe de formation du personnel de l'USP, à travers d'une part, des modules de formation aux techniques artistiques dans l'idée d'ouvrir de nouvelles voies d'expression pour améliorer la qualité des relations tissées avec les patients et leur famille et, d'autre part, des ateliers théâtre pour permettre aux soignants une analyse de leurs pratiques professionnelles sur un mode ludique et éviter autant que possible l'épuisement professionnel,
- > Un axe de soutien thérapeutique à destination des patients, de leur entourage, des bénévoles et du personnel, à travers des activités artistiques individuelles ou collectives d'une part, et à travers des spectacles ouverts à l'ensemble de l'Hôpital et au public, d'autre part.

Les activités artistiques sont évaluées.

Un protocole d'évaluation basé sur des questionnaires a été élaboré pour apprécier le degré de satisfaction des activités artistiques proposées et pour évaluer l'impact global du projet sur l'épuisement professionnel des soignants.

Chaque vendredi, un binôme d'artistes est présent dans l'unité et va à la rencontre des patients et des familles : chansons, poésies, saynètes, contes apportent une autre dimension à la prise en charge des soins. Les bénéficiaires encouragent l'équipe à poursuivre cette action à travers les questionnaires de satisfaction recueillis jusqu'alors et leur participation.

Vivre et pratiquer son métier différemment.

Le personnel a pu suivre la formation aux techniques de la voix et pourra bientôt bénéficier d'une formation sur le langage non verbal (posture, gestuelle...)

Des séances de théâtre interactifs passées et à venir permettent d'amorcer un travail de réflexion sur différentes problématiques rencontrées dans le service.

Sans soutien, ce projet n'aurait pas pu voir le jour.

Ce projet est réalisé dans le cadre de la convention « culture et santé » signée en partenariat avec l'Agence Régionale de Santé (ARS), la Direction Régionale des Affaires Culturelles de Champagne-Ardenne (DRAC), de l'Office Régional Culturel de Champagne-Ardenne (ORCCA).

Grâce aux dons du Comité de l'Aube de la Ligue contre le Cancer, de la Fondation MACSF et de la participation de l'association DSPDA, la compagnie de théâtre SOLENTINAME est présente une journée par semaine dans le service de Soins Palliatifs auprès des patients, de leurs familles et des soignants.

**Autres actions culturelles**

Les actions, décrites ci-dessous, permettent aux malades, aux familles et aux soignants d'évoluer dans un environnement artistique susceptible de favoriser les échanges, contacts, distractions, prise de distance avec le réel. L'ensemble s'articule avec le projet Arts Vivants en soins palliatifs.

Convention avec la médiathèque.

La médiathèque met à disposition des livres, CD audio, livres audio et autres documents en lien avec les actions de la compagnie ou avec des demandes particulières des patients.

Expositions temporaires.

En 2012, le service des soins palliatifs a accueilli diverses expositions : peinture, photos, etc. Parmi elles :

« Décor à corps » d'Ellénore GOBRY et Jill TEBOUL.

Photographies de mannequins abandonnés, nus, mutilés et mis en scène selon deux regards bien différents.

« L'AquaMaginarium » de Marianne BARBEAU.

Encres sur papier où le plancton et la flore aquatique explosent de mille détails, de couleurs, de formes singulières.

Mais aussi et, en dehors du projet Arts Vivants en soins palliatifs, une exposition intitulée « Couleurs du Monde » de Manuel COSTA « Costam » artiste peintre champenois (Médaille d'argent au Grand prix de Rome). Peintures au pinceau ou au couteau où se côtoient, dans une ambiance festive aux couleurs chatoyantes, l'univers de la musique et de la danse.



Ressources

R



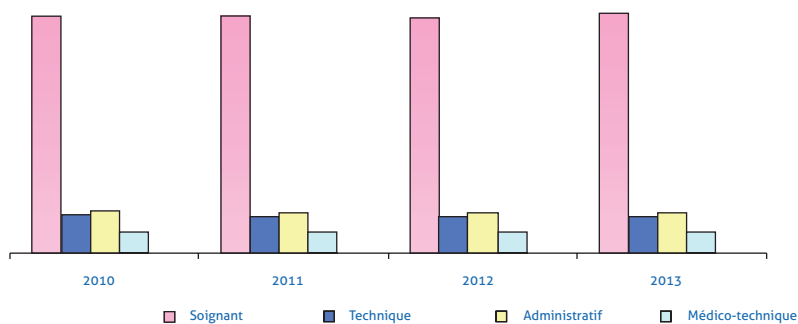
2.1 - LES RESSOURCES HUMAINES.

2.1.1 - Le personnel non médical.

- ◆ Évolution du personnel non médical entre 2010 et 2013. (ETP moyen payé tous budgets confondus).

ETP moyen payé (tous budgets confondus)	2010	2011	2012	2013
Personnel administratif	252,08	249,67	255,66	249,43
Personnel soignant et éducatif	1 488,68	1 477,51	1 505,72	1 495,96
Personnel technique	229,00	232,72	232,72	225,98
Personnel médico-technique	136,69	137,37	138,09	139,56
Total	2 106,45	2 097,27	2 132,19	2 110,93

- ◆ Évolution en ETP moyen payés entre 2010 et 2013.

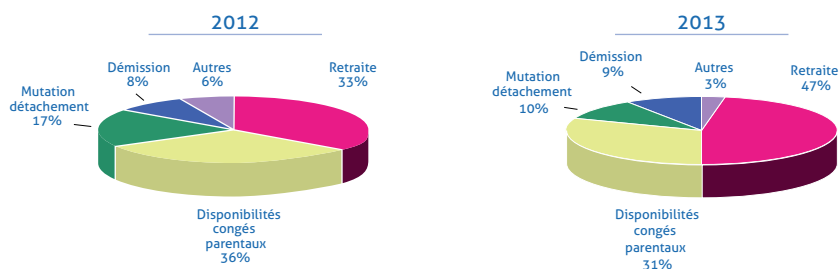


Légère hausse
des départs

Légère baisse
de l'absentéisme

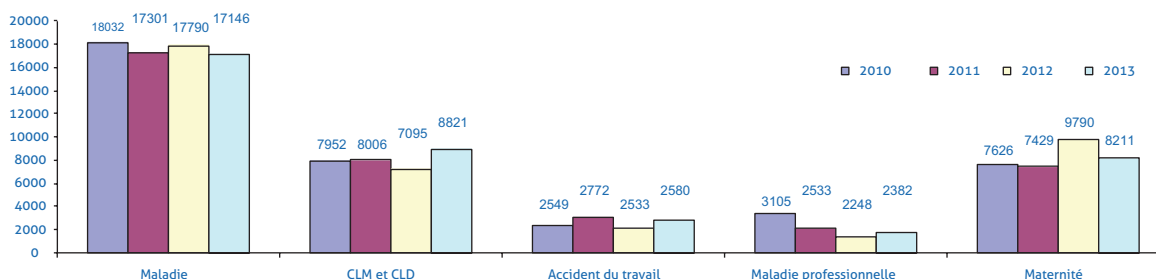


◆ Départs au court de l'année par mode de sortie. (Hors fins de contrat)

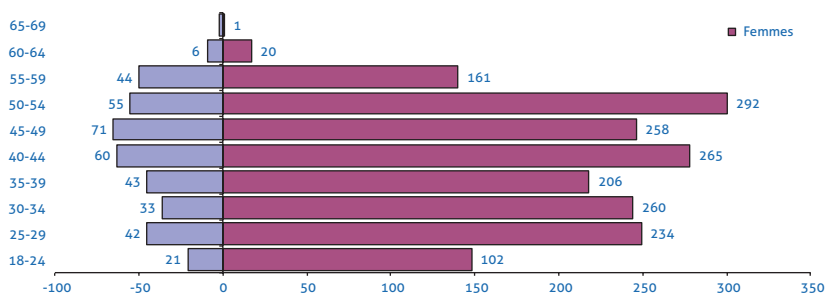


En 2013, le nombre de départs (hors fins de contrat) a légèrement augmenté (114 départs en 2013 contre 107 en 2012). Cela s'explique essentiellement par une forte augmentation du nombre de départs en retraite (54 en 2013 contre 35 en 2012) atténuée par une diminution des départs par mutation et détachement.

◆ Répartition des journées d'absence par motifs.



◆ Pyramide des âges du personnel non médical en 2013 (Moyenne d'âge 41 ans)



En 2013, la moyenne d'âge du personnel non médical a légèrement augmenté par rapport à 2012 : 41 ans.

Agents de moins de 25 ans	123	5,66 %
Agents entre 25 et 39 ans	818	37,63 %
Agents entre 40 et 55 ans	1071	49,26 %
Agents de plus de 55 ans	162	7,45 %
Total	2 174	100,00 %

> La maladie représente 43,81% des absences en 2013 et reste le motif d'absence le plus important. Les absences pour maladie ont légèrement baissé en 2013 (-3,62% par rapport à 2012, soit -644 jours) revenant à un niveau comparable à celui de 2011.

> A noter en 2013, une baisse significative des absences pour maternité (1579 jours de moins qu'en 2012). Les absences pour maternité représentent 20,98% des absences en 2013 contre 24,81% en 2012.

> Les absences pour CLM-CLD représentent 22,54% des absences et sont en hausse en 2013 (+1726 jours par rapport à 2012).

> Le nombre de jours d'arrêts pour accident du travail a augmenté sensiblement en 2013 (134 jours de plus qu'en 2012).

> La légère baisse du nombre total de jours d'arrêt (39140 jrs en 2013 contre 39456 jrs en 2012) s'explique par la baisse très nette du nombre de jours d'arrêt pour maternité (-16,13%) qui a été néanmoins atténuée par la hausse conjuguée des absences pour CLM-CLD, accident du travail et maladie professionnelle.



2.1.2 - Le personnel médical.

◆ Évolution en ETP moyen rémunéré entre 2010 et 2013.

ETP moyen rémunéré	2010	2011	2012	2013
P.H. Temps Plein	113,75	116,76	120,79	120,74
P.H. Temps Partiel	8,25	8,21	7,80	6,65
Praticiens contractuels tps plein et tps partiel	24,33	20,49	15,09	16,86
Assistants	3,52	7,76	7,58	5,96
Praticiens attachés	25,62	22,51	24,95	29,23
Internes et FFI	46,63	50,75	63,20	64,96
Cliniciens hospitaliers		0,25	4,31	7,82
Etudiants	2,69	1,43	3,01	1,35
Total	224,79	228,16	246,73	253,57

En 2013, trois assistants à temps partagés ont été recrutés sur contrats de deux ans.

105 praticiens ont bénéficié de la formation médicale continue

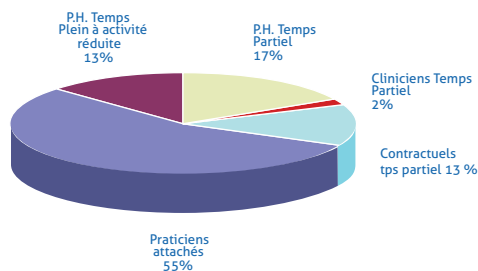
74 300 euros d'enveloppe

◆ La formation médicale continue

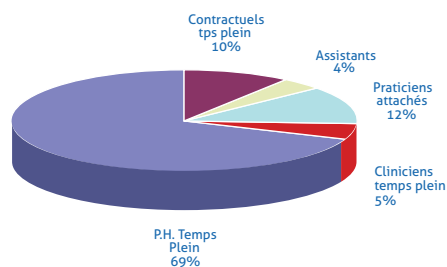
Le centre hospitalier de Troyes a dédié en 2013 une enveloppe de 74300 euros à la formation médicale continue. Elle sert à financer les congrès, les formations techniques et les formations diplômantes (D.I.U.).

En 2013, 105 praticiens ont pu bénéficier de la formation médicale continue.

Répartition Temps partiel



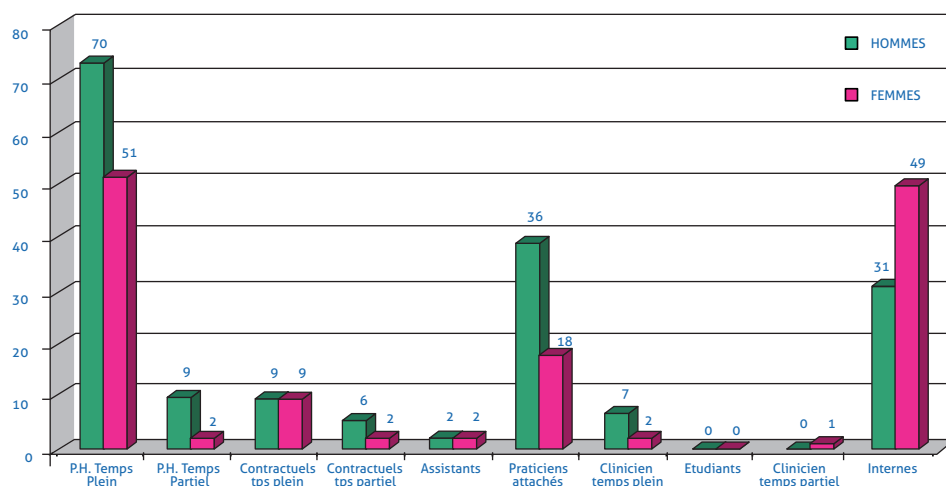
Répartition Temps plein



◆ Répartition de l'effectif médical par tranches d'âge au 31/12/2013. (personnes physiques)

	Médecins et praticiens attachés	Internes	Etudiants
<25 ans	0	19	0
25-39 ans	39	61	0
40-54 ans	107	0	0
55 ans et +	80	0	0
Total	226	80	0

◆ Répartition de l'effectif médical par sexe au 31/12/2013. (en nombre de praticiens)



◆ Répartition des journées d'absence par motifs.

	2010	2011	2012	2013
Maladie	350	583	541	416
CLM et CLD	365	365	52	548
Accident du travail	0	86	0	27
Maternité ou adoption	99	360	705	309
Paternité	44	29	62	11
Formation congrès colloques réunion	1 186	1 106	1 291	1 090
Grèves	3	0	40	0
Total	2 047	2 529	2 691	2 401



2.2 - LES RESSOURCES FINANCIÈRES.

L'Etat des Prévisions de Recettes et Dépenses établit un lien fort entre :

- > Le cycle d'exploitation : ressources et dépenses de fonctionnement annuelles.
- > Le cycle d'investissement : immobilisations et sources de financement interne et externe.

Lors de son cycle d'exploitation, l'établissement dégage des marges plus ou moins importantes d'autofinancement. Ainsi, tout déficit d'exploitation, réduit d'autant la capacité de l'établissement à investir.

Le centre hospitalier de Troyes gère un compte de résultat prévisionnel principal et des comptes de résultat prévisionnels annexes.

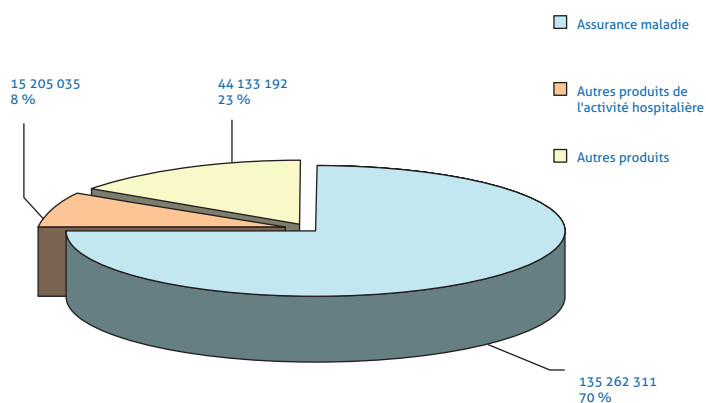
Le compte de résultat prévisionnel principal en 2013.

La différence entre les produits ou recettes et les charges ou dépenses d'exploitation détermine l'excédent ou le déficit comptable.

◆ Les produits d'exploitation en 2013

Les établissements publics de santé perçoivent trois grandes catégories de recettes classées par titre :

> Les produits versés par l'assurance maladie.	135 262 311 €
> Les produits de l'activité hospitalière constitués pour l'essentiel de la participation du patient, du consultant, des mutuelles.	15 205 035 €
> Les autres produits qui sont des recettes subsidiaires.	44 133 192 €



> Les produits de l'assurance maladie

Le montant des produits versés par l'assurance maladie s'élève à 135.262.310 € en 2013. Il diminue de 1.960.094 € par rapport à l'année précédente, soit - 1,43 %, en raison de la poursuite du transfert des missions d'intérêt général au fonds d'intervention régional (FIR) et du transfert d'aides à la contractualisation au FIR.

Il se décompose de la manière suivante :

> Tarification des séjours. <i>(groupes homogènes de séjour ou GHS, dialyses, interruptions volontaires de grossesse, prélèvements d'organes et de tissus).</i>	93.376.230 €
> Médicaments facturés en sus des GHS.	8.807.351 €
> Dispositifs médicaux facturés en sus des GHS.	1.841.444 €
> Forfaits annuels (urgences et prélèvements d'organes et tissus).	2.715.575 €
> Dotation annuelle de financement.	5.613.296 €
> Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.	12.116.491 €
> Produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique. <i>(consultations, forfait accueil et traitement des urgences).</i>	10.540.113 €

Evolution de l'activité 2013 par rapport à celle de 2012 :

Avec 66.019 résumés de sorties standardisés, l'activité évolue de + 1,5 %, à raison de - 0,6 % en hospitalisation complète, de + 0,4 % en ambulatoire, de + 3,6 % en séances. Avec 99.350.552 € en valorisation T2A à 100 %, l'activité évolue de + 0,47 %, à raison de + 0,23 % en hospitalisation complète, de - 1,06 % en ambulatoire, de + 3,29 % en séances.

> Les autres produits de l'activité hospitalière.

Il s'agit de la participation financière des mutuelles et des patients aux soins. En 2013, le CH Troyes enregistre 15.205.034 €, constitués principalement des tickets modérateurs et forfaits journaliers. Le ticket modérateur, part financière restant à la charge du patient pour son séjour et du consultant pour les soins externes, est calculé à partir des tarifs journaliers de prestation. Leur montant est arrêté par discipline pour chaque établissement par l'Agence régionale de la santé. L'établissement a été autorisé à les faire évoluer en 2013 de l'ordre de + 2,6 % le second semestre. L'évolution des soins externes publics se poursuit avec + 2,1 %.

> Les autres produits.

Ces produits correspondent aux recettes qui ne sont pas générées par l'activité de soins et d'hébergement. Leur montant s'élève à 44.133.192 € en 2013. Il augmente de 14,775 M€ par rapport à l'année précédente.

Les principales raisons de cette augmentation sont :

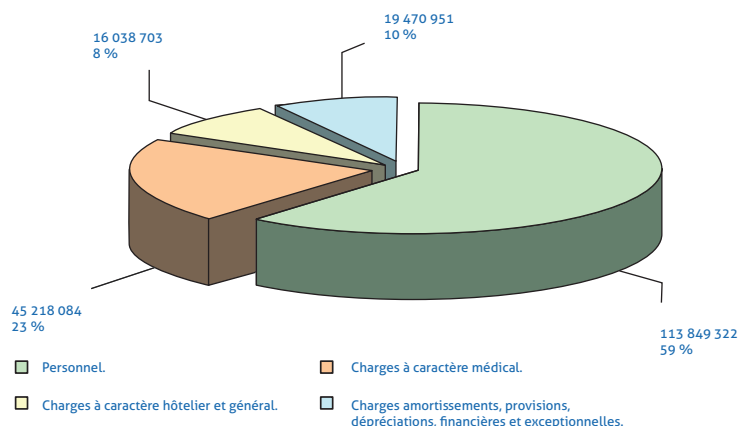
- > La création du groupement de coopération sanitaire de moyens dénommé « Laboratoire public inter-hospitalier de l'Aube ». Il s'agit du laboratoire de biologie médicale unique, multi-sites car regroupant les laboratoires du centre hospitalier de Troyes et du Groupement hospitalier Aube-Marne (GHAM). Le CH Troyes et le GHAM mettent des moyens en personnels, réactifs, matériels, locaux à la disposition du GCS, au nom duquel sont réalisées les analyses de laboratoire. Puis le GCS rembourse les deux établissements. Ici il s'agit du remboursement par le GCS des moyens mis à sa disposition par le CH Troyes. Il est de 6,659 M€.
- > La poursuite du transfert des missions d'intérêt général au fonds d'intervention régional. Le FIR représente 7,9 M€.
- > La reprise sur provision de 2,3 M€ afin de financer le compte épargne temps historique du personnel médical ainsi que le CET du personnel non médical.
- > Le développement d'une politique volontariste auprès des patients concernant le régime particulier. Montant annuel de 869 K€

> L'ensemble des recettes.

Au total le montant des recettes enregistrées en 2013 par le centre hospitalier s'élève à 194.577.060 €.



◆ Les charges d'exploitation en 2013.



Elles se répartissent en quatre grandes catégories :

> Les dépenses de personnel (<i>non médical et médical</i>).	113 849 322 €
> Les dépenses médicales.	45 218 084 €
> Les dépenses hôtelières et générales.	16 038 703 €
> Les dépenses d'amortissements, provisions, dépréciations, financières et exceptionnelles	19 470 951 €

> Les charges de personnel.

Il s'agit des dépenses les plus importantes du budget de l'établissement. Elles concernent les charges relatives au personnel médical et non médical. Elles sont de 113.849.322 € en 2013

Les dépenses de personnel non médical sont de 82.912.756 €. Elles ont diminué de 768.444 € par rapport à 2012.

Les principales raisons de cette diminution sont une évolution des mesures salariales + 566 K€, la diminution du recours à l'intérim - 452 K€, la diminution des effectifs - 878 K€ correspondant à - 18 ETP, dont - 7,44 ETP filière administrative, - 5,87 ETP filière soignante, - 4,8 ETP filière technique. Il convient de relativiser la diminution des soignants, dans la mesure où il y avait eu un très fort recrutement de soignants nouvellement diplômés d'une licence en juillet 2012, dont l'effet s'est estompé plus lentement que prévu.

Les dépenses de personnel médical s'élèvent à 30.936.566 €. Elles ont augmenté de 3.039.619 € par rapport à 2012.

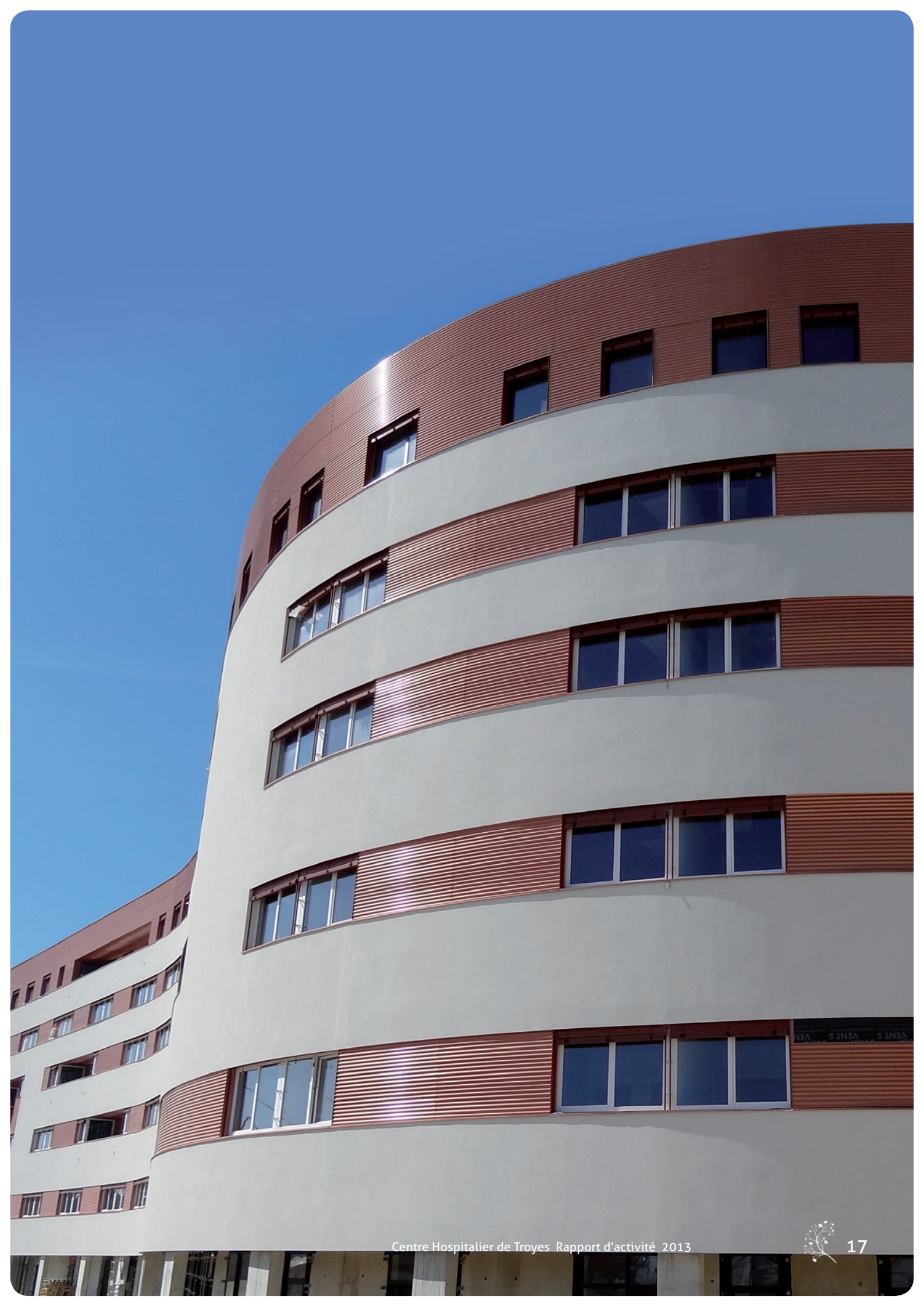
Les principales raisons de cette augmentation sont l'indemnisation du compte épargne temps historique pour 2,050 M€ et le recrutement supplémentaire de 6,5 ETP praticiens hospitaliers sur les postes vacants des différentes spécialités médicales et + 1,76 EPT interne.

> Les charges à caractère médical.

Elles recouvrent l'ensemble des dépenses de médicaments, de dispositifs médicaux et de fournitures médicales. Elles s'élèvent à 45.218.084 €. Elles augmentent de 6,385 M€, soit + 23,2 % par rapport à 2012.

L'évolution tient à la création du GCS de moyens en biologie médicale, le « Laboratoire public inter-hospitalier de l'Aube ». Ce dernier délivre une prestation à chacun des établissements partenaire du GCS. Il s'agit ici de la prestation fournie au centre hospitalier de Troyes. Elle est de 6,664 M€.





> Les charges à caractère général et hôtelier.

Elles s'élèvent à 16.038.703 €. Elles augmentent de 251 K€, soit + 1,59 % par rapport à 2012.

Les évolutions les plus importantes par rapport à 2012 sont :

- > L'incidence de l'évolution de la redevance d'exploitation du bail emphytéotique de la plateforme logistique + 223 K€
- > La hausse des tarifs de l'électricité et du gaz + 132 K€
- > L'assurance responsabilité civile renégociée – 235 K€
- > La régularisation de la TVA 2013 dès l'exercice budgétaire 2013 pour + 534 K€ pour être conforme à la certification des comptes

> Les charges d'amortissements, de provisions, dépréciations, financières et exceptionnelles.

Elles s'élèvent à 19.470.950 €. Elles augmentent de 4,3 M€, soit + 28,5 % Elles concernent :

- > Les frais financiers liés aux emprunts réalisés pour la construction du nouveau bâtiment d'hospitalisation : montant de 2,041 M€, soit + 567 K€ par rapport à 2012
- > La constitution de provisions pour 6,873 M€, dont 2,087 M€ correspondant à l'aide à la contractualisation versée en 2013 pour atténuer les surcoûts du NBH (frais financiers et amortissements), 1,8 M€ attribués dans le cadre du financement des investissements régionaux non pérennes, 1,897 M€ pour les CET historique et pérenne du personnel médical, près de 500 K€ pour les créances non recouvrables, 130 K€ pour l'intéressement des pôles.

> L'ensemble des charges d'exploitation.

Au total le montant des charges enregistrées en 2013 par le centre hospitalier s'élève à 194.577.060 €.

◆ Le résultat d'exploitation.

Le centre hospitalier enregistre un excédent comptable d'exploitation de 23.476 € en 2013.

Les investissements en 2013.

Les dépenses d'investissement se sont élevées à 30,9 M€.

La principale opération de 26,5 M€ concerne la construction du nouveau bâtiment d'hospitalisation.

Parmi les autres opérations, il y a eu la rénovation du service de pédiatrie 783 K€, le renouvellement de l'appareil de coronarographie 582 K€, l'acquisition du second mammographe 180 K€, l'acquisition de l'automate de distribution des médicaments de l'EHPAD 174 K€ et son mobilier de dispensation.

Le CH Troyes dispose de deux sources principales afin de financer ses investissements :

- > Le financement interne, via sa capacité d'investissement (CAF).
- > Le recours à l'emprunt bancaire.

En 2013, la CAF du centre hospitalier s'élève à 11.806.858 €. Elle se calcule à partir du résultat comptable de l'exercice, majoré des dotations et amortissements et minoré des reprises sur provisions.

Pour financer une partie de ses immobilisations en 2013, le centre hospitalier a eu recours à l'emprunt pour 26 millions d'euros.



Activité

3



3.1 - L'ACTIVITÉ GLOBALE.

Les hospitalisations en 2013

◆ Nombre de journées et d'entrées réalisées hors HDJ.

Année 2013	Entrées directes	Journées	DMS	TO %
Médecine	17 508	117 146	5,1	88,4
Chirurgie	5 837	28 818	4,2	70,7
Gynéco obstétrique	3 986	14 992	3,7	65,2
Total court séjour	27 331	160 956		
SSR	626	22 484	35,4	88,0
Hébergement USLD	45	24 897		97,4
Hébergement EHPAD	88	105 487		98,9

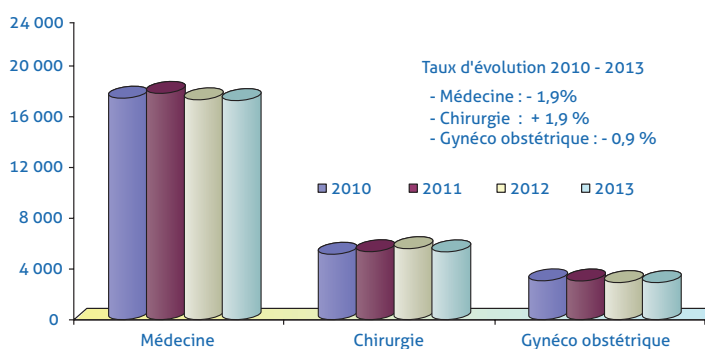
27 331

Entrées

160 956

Journées

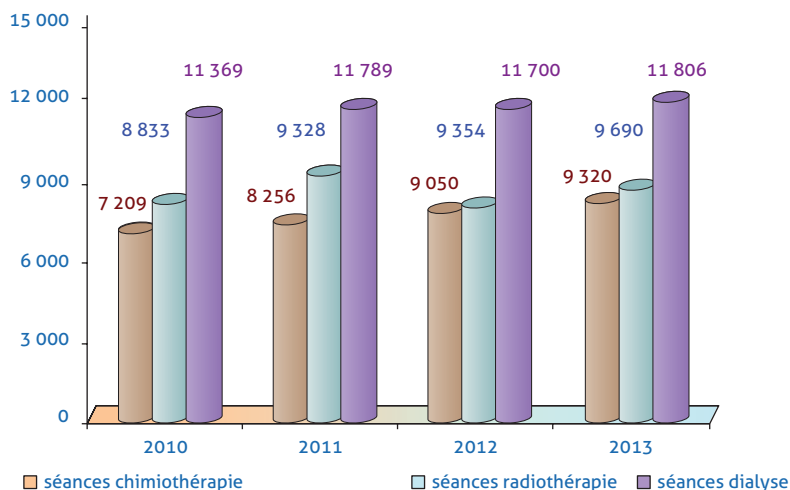
◆ Évolution des entrées directes de court séjour.



◆ Nombre de venues réalisées en HDJ.

Année 2013	Venues
Médecine HDJ	4 223
Chirurgie HDJ	2 834

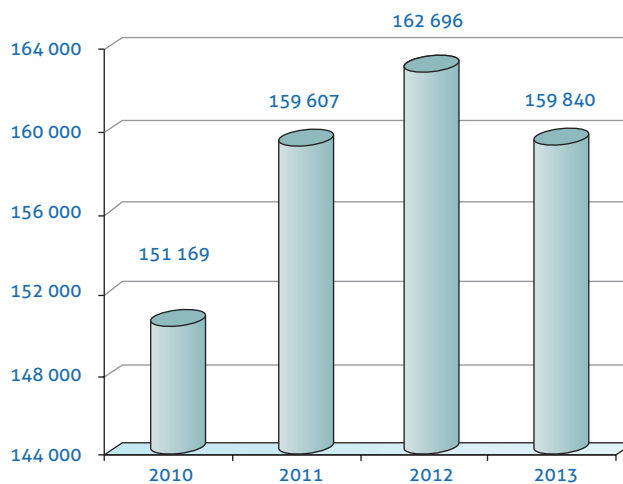
◆ Traitement et cure ambulatoire.



L'activité externe en 2013

◆ Évolution du nombre de consultations externes publiques et privées.

(CS, C, ...).



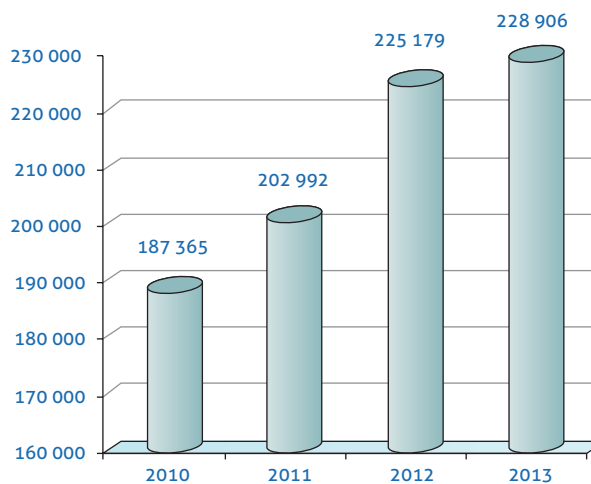
159 840

Consultations externes
publiques et privées

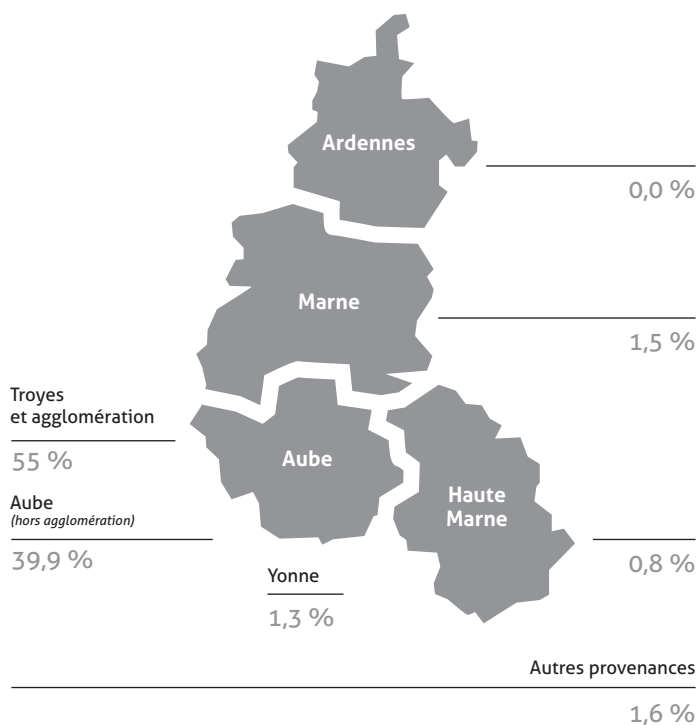
◆ Évolution du nombre de personnes venues dans le cadre de l'activité externe publique.

(hors passages aux urgences).

(consultations, actes d'imagerie, examens de laboratoires ...).

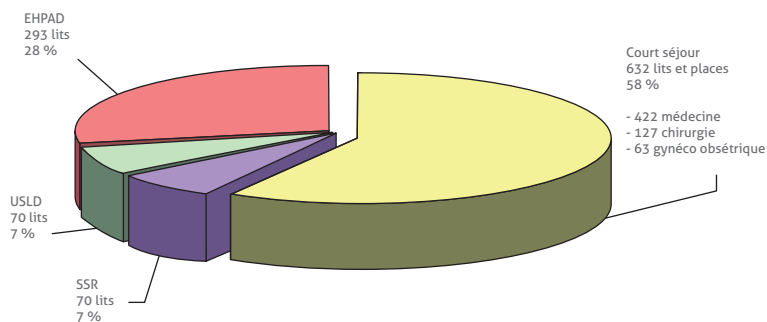


◆ L'origine des patients hospitalisés en 2013.



◆ Répartition des 1 065 lits et places.

(au 31 décembre 2013).



Les actes médico techniques en 2013.

(activité publique et privée).

◆ Les laboratoires, l'imagerie et la médecine nucléaire.

	Hospitalisés	Externes	TOTAL
Laboratoires (B)	29 294 937	8 172 719	37 467 656
Anatomo pathologie			
- en PHN	1 812 173	1 998 346	3 810 519
- en actes CCAM (ICR)	1 112 770	1 720 090	2 832 860
Cytogénétique (B)	243 200	275 200	518 400
Radiologie (ICR)	827 137	1 043 115	1 870 252
Scannographie (ICR)	809 038	537 142	1 346 180
- nbre de forfaits			25 767
IRM (ICR)	132 891	340 048	472 939
- nbre de forfaits			6 712
Médecine nucléaire (ICR)	51 578	339 859	391 437
Coronarographie (nbre)			1 004
- dont angioplasties			479

◆ Les blocs opératoires.

	Hospitalisés	Externes	TOTAL
Blocs opératoires (ICR)	2 324 039	81 551	2 405 590
Salle des naissances (ICR)	300 671	199	300 870

◆ L'anesthésie.

	Hospitalisés	Externes	TOTAL
Anesthésie (ICR)	884 019	4 506	888 525

◆ Les explorations fonctionnelles.

Hospitalisés (ICR)	573 481
Externes (ICR)	686 162
Total	1 259 643

51 202

Passages aux urgences

2 358

Naissances

La médecine d'urgence.

◆ Les passages aux urgences.

	2012	2013	Évolution
Externes	32 875	35 373	7,6%
Hospitalisation	15 946	15 569	-2,4%
Transferts	148	260	75,7%
Total	48 969	51 202	4,6%

◆ Les sorties SMUR en 2013.

Sorties totales	2 531
dont primaires	2 087
dont secondaires	444

◆ Le centre 15 en 2013.

Nombres d'appels décrochés	134 506
Affaires traitées	91 400

L'activité d'obstétrique.

	2012	2013	Évolution
Accouchements	2 350	2 309	-1,7%
Naissances	2 403	2 358	-1,9%

L'activité de prélèvements d'organes en 2013.

Donneurs recensés	18
Prélèvements multi organes	9
Prélèvements cornées	31





3.2 - L'ACTIVITÉ DES PÔLES.

3.2.1 - Pôle cancérologie.

Évolution des équipes médicales et paramédicales.

Arrivée du Docteur Mohamed Elassy le 1er juillet comme praticien contractuel dans le service d'hématologie.

Départ à la retraite du Docteur Paul Meekel praticien hospitalier en pneumologie.

Modifications également dans l'encadrement :

En pneumologie, départ de Mesdames Géraldine Chardin (D3) et Carole Berthenon (J3), arrivée de Véronique Sébille. En radiothérapie arrivée le 1er janvier de Nathalie Maillard.

L'équipe des psychologues s'est encore modifiée avec les départs de Mme Vidoni et M Laouénan. Arrivée d'Agathe Monnot à temps partiel.

Évolution dans les organisations.

> Oncologie.

Réorganisation des unités d'accueil avec suppression du secteur HDS, l'hospitalisation traditionnelle passant à 17 lits. Ajout d'un lit en HDJ portant la capacité à 9 places. Mise en place d'une infirmière coordinatrice en charge de la planification et du suivi des chimiothérapies. Formalisation et planification de revues de morbi-mortalité (RMM).

> Pneumologie.

Pour répondre aux très nombreuses demandes d'avis spécialisés et préserver la continuité des soins, l'un des pneumologues de l'équipe assure le rôle de médecin détaché et identifié pouvant répondre à toutes les sollicitations extérieures (appels de médecins généralistes, consultations inter services, visites à l'UHT, prise en charge des hébergements des patients relevant de la spécialité dans les services de chirurgie). Cette fonction sera assurée par roulement mensuel. Une plage de consultation pour les demandes urgentes a également été ouverte le vendredi après midi. Elle est assurée par le praticien d'astreinte.

Une consultation infirmière, centrée sur l'éducation thérapeutique, a été mise en place dans le cadre du suivi des patients traités pour syndrome d'apnée du sommeil.

> Soins palliatifs.

Travail autour des lits identifiés en soins palliatifs dans les services avec identification d'un référent médecin et un référent soignant dans chaque secteur du pôle. En concertation avec les médecins de soins palliatifs, réflexion sur les critères d'admission dans ces lits et sur les transferts dans l'unité de S.P., ainsi que sur le respect des référentiels.

> HDJ multidisciplinaire.

Mise en place d'une technique innovante dans le traitement des douleurs neuropathiques superficielles (par exemple sur cicatrice chirurgicale), avec l'application de patchs à la capsaïcine.

> Hématologie.

Ouverture en octobre de 4 lits d'hématologie au I-1 préfiguration du nouveau service qui sera créé dans le nouveau bâtiment.

> 3C.

Formalisation d'une nouvelle RCP « stratégie de traitement et soins de support », dont l'animateur sera William Mendes.

Activité dans le pôle.

Les séjours ont augmenté de 4 % avec notamment une forte activité dans certains secteurs d'hospitalisation programmée (HDJ hématologie, HDJ oncologie).

821 patients ont été traités en chimiothérapie dans le pôle (+5%). Plus de 13 000 consultations externes effectuées.

Le nombre de patients traités en radiothérapie atteint cette année, le seuil des 600.

Formations diplômantes : D.U. de carcinologie clinique obtenu par le Dr William Mendès. Un D.U. de psycho-oncologie pour Camille Som-Labille IDE d'annonce et un DU douleur pour Laurence Fouré IDE soins palliatifs.





3.2.2 - Pôle chirurgie.

Évolutions organisationnelles :

> Bureau de pôle : Arrivée le 16/10/2013 de Mme MERIC GARCIA en qualité de ff cadre supérieur de santé du pôle chirurgie en remplacement de M. CHANTIER (retraite). Le bureau de pôle restreint se réunit hebdomadairement, le bureau de pôle élargit (trio de pôle, chefs de services, cadres de santé) se réunit trimestriellement. Le conseil de bloc se réunit deux fois par an.

Mouvements médicaux au cours de l'année.

> Augmentations / diminutions d'activités.

Dr MATTA (chirurgie digestive) passe de 60 à 70% à compter du 01/05/2013

Dr BOULENGER (chirurgie thoracique et vasculaire) temps partiel à partir du 01/10/2013 (3 demi-journées hebdo)

Dr BONNAY (ophtalmologie) temps partiel à 6 demi-journées à compter du 02/11/2013

> Arrivées.

Dr LEROUX (chef de service) le 01/01/2013 (urologie)

Dr MAITA le 21/05/2013 (chirurgie digestive)

Drs B. et V. DE L'HAMAIDE le 05/09/2013 (anesthésie)

Dr ABBAS le 01/11/2013 (ophtalmologie)

Assistants temps partagés :

Dr DAOU (chirurgie vasculaire) avec le CHU de Reims à partir du 07/11/2013

> Départs.

Dr IEDERAN le 29/04/2013 (chirurgie digestive)

Dr TAHA le 01/06/2013 (chirurgie orthopédique)

Dr RANERISON le 01/01/2014 (ORL)

Retraite : Dr PARISOT le 17/11/2013 (anesthésie)

Activités du pôle :

> On remarque une légère diminution générale de l'activité du pôle (-82 RSS) hormis la chirurgie ambulatoire qui continue de se développer et l'ORL qui a eu cette année une évolution remarquable (NB : services touchés par l'EPC). A noter cependant une meilleure valorisation (+257 K€) due à une augmentation de la sévérité (2012 : 14,2 % // 2013 : 19,2 %). Le coût moyen du séjour est passé de 2 555 € à 2 611 € soit un gain de 56 € par séjour.

Le nombre de consultations a diminué sur le pôle -341 consultations soit -1 % en incluant les consultations avancées réalisées sur Bar sur Aube et Romilly (non incluses les consultations libérales). Cependant la file active globale est en nette progression + 720 patients soit +3,3 %.





◆ **Activités blocs opératoires de 2009 à 2013.**
 Nombre d'interventions. Salle Inter. (d'après wingestbloc)
Hors salle externe.

	2009	2010	2011	2012	2013
Chirurgie orthopédique et traumatologique	1661	1626	1645	1661	1577
Chirurgie orthopédique et traumatologique Pédiatrie	193	139	96	84	38
Chirurgie urologique	487	697	713	853	872
Chirurgie vasculaire	1465	1648	1595	1548	1526
Chirurgie viscérale	1013	1082	1176	1215	1188
Gastro-Entérologie Hépatologie	619	670	666	711	757
Gynécologie médicale et obstétrique	1 552	1 518	1 676	1 537	1 646
Sénologie	230	232	220	243	244
Ophtalmologie	294	377	404	328	250
Oto-rhino laryngologie	705	738	694	579	658
Stomatologie	203	169	202	194	195
Total général	8 422	8 896	9 087	8 953	8 951

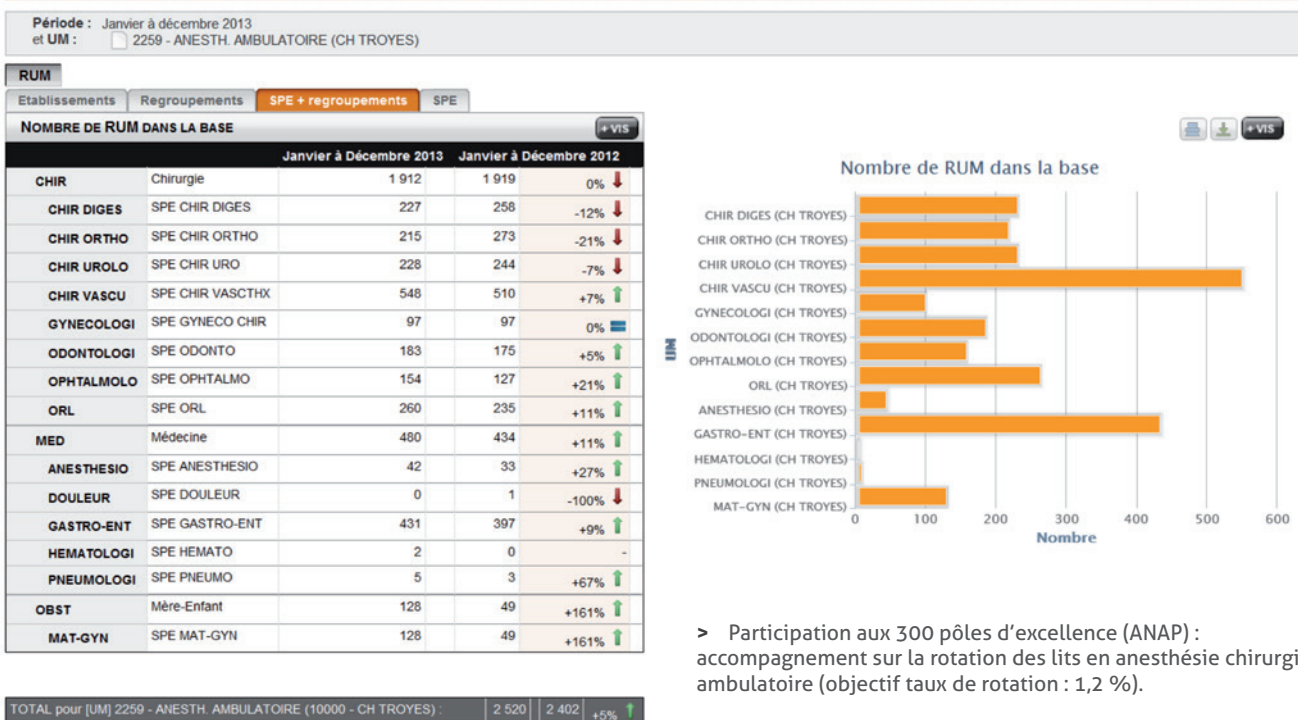
◆ **Activités blocs opératoires de 2009 à 2013.**
 Nombre d'interventions. Salle Inter. (d'après wingestbloc)
Salle externe.

	2009	2010	2011	2012	2013
Chirurgie orthopédique et traumatologique	139	172	182	141	157
Chirurgie orthopédique et traumatologique Pédiatrie	4	5	8	7	3
Chirurgie urologique	387	523	521	650	733
Chirurgie vasculaire	1	4	6	4	5
Chirurgie viscérale	195	214	226	213	239
Gynécologie médicale et obstétrique	168	168	219	234	266
Sénologie	6	4	26	40	34
Ophtalmologie				1	
Oto-rhino laryngologie	360	396	453	435	404
Stomatologie			1		
Total général	1 260	1 486	1 642	1 725	1 841



◆ ACTIVITES CHIRURGIE AMBULATOIRE.
en nb de RUM (Extrait Pmsipilot).

Nombre de RUM dans la base



- > Passage à une location ponctuelle lithotriteur à partir du 01/12/2013
- > Travail sur le réaménagement des vacances au bloc opératoire.
- > Analyse et réflexion sur la future organisation du NBH. (répartition des lits, effectifs...).
- > Formations et congrès réalisées en 2013.
 - 14/02/2013 : formation générale bloc opératoire. (incendie, EPC hygiène, radioprotection).
 - Formations diverses : AFGSU, prise en charge de la douleur, gestion du stress, gestes et postures, troubles graves de la déglutition, juridique, préparation aux concours entrées IADE, prise en charge de la maladie Alzheimer, hypnose et soins...
 - Participations médicales et paramédicales à des congrès : SFAR, Chirurgie cardio vasculaire, journée nationale UNAIBODE, Urologie, ORL...

3.2.3 - Pôle clinique médicale.

Évolutions organisationnelles.

Pour l'année 2013, il convient de retenir :

- > L'intégration dans le pôle du Centre de Vaccinations Internationales qui se situe dorénavant dans les locaux du B1 CIDDIST CDAG.
- > La réorganisation du service de Médecine Interne qui a réduit son nombre de lits de 24 à 23 en hospitalisation complète et de 2 places à 1 en hospitalisation de jour. Cette restructuration a ainsi permis la création d'un service d'Hématologie Clinique de 4 lits.
- > La mise en place d'astreinte infirmière en 24/24h dans le service Hépatogastro Entérologie G-2.
- > Le développement de l'activité douleur avec notamment la mise en place d'une nouvelle prise en charge : le Qtenza
- > La participation des services HDJ Gériatrie, Hospitalisation Complète de Gériatrie, et SSR à l'opération « plus de vie 2013 », de la Fondation des Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France dont les projets ont été sélectionnés par le comité d'orientation.
- > Instauration de la permanence de garde, matin et soir, pour les cadres de santé du pôle.

Activités du pôle.

L'activité du pôle est en légère diminution par rapport à 2013, cependant les recettes ont été stabilisées.

Cette baisse d'activité résulte de la diminution de la capacité de certains services du pôle suite à la mise en place d'une zone de Cohorting en dermatologie jusqu'octobre 2013, et de l'arrêt périodique des admissions dans certains services pour l'épidémie EPC.

Les recettes ont pu être stabilisées par le maintien et le développement de l'activité dans les autres services du pôle notamment en Hépatogastro Entérologie et en Médecine Gériatrique.

Animation et gestion du pôle.

Annuellement le pôle réunit l'ensemble des représentants des services lors d'une assemblée générale. Cette rencontre a permis de présenter le bilan de l'activité du pôle, le développement de nouvelles activités et les projets à mener pour 2014.

Une réunion conférence ouverte à l'ensemble du pôle a eu lieu en Mai 2013 durant laquelle ont pu être abordés les thèmes suivants : la bientraitance, le rôle de l'infirmier et les activités à Jean Schiffer, la gestion d'une situation exceptionnelle en endoscopie digestive (CREX)

Évolution des équipes médicales.

- > Arrivée du Docteur INEL Claudia, praticien attaché en Médecine Gériatrique.
- > Arrivée du Docteur LUSSILAHOU Guy Medar praticien attaché en Hépatogastro Entérologie.
- > Arrivée du Docteur MARTIN Mylène contractuel temps plein en Soins de Suite et Réadaptation.
- > Arrivée du Docteur MICHEL Mathias assistant temps partagé avec le CHU de Reims, en Rhumatologie.

Locaux

L'année 2013 a été marquée par le lancement des travaux au rez-de chaussée de la résidence Comte Henri. Ils permettront d'ouvrir en 2014 une nouvelle unité de soins de suite et réadaptation et la création d'une unité cognitive-comportementale.

D'autre part les vestiaires du personnel ont été déplacés au sous-sol de la Résidence, de nouveaux bureaux seront installés à leur place.



3.2.4 - Pôle ressources cliniques.

Modifications organisationnelles.

Courant dernier trimestre 2013, les services SAMU/SMUR et Urgences sont mutualisés avec un chef de service unique le Docteur Hugerot.

Par délégation, la supervision des unités fonctionnelles du pôle ressources cliniques est répartie comme telle :

UHCD/US : Docteur Immoine, cadre de santé : Mme Pailley et Mme Thouret
US : médecin coordonnateur Docteur Goubeau, cadre de santé : Mme Goulley-Huot
SMUR : Docteur Clement, cadre de santé : Mme Goulley-Huot
SAMU/CRRA : Docteur Horiot, cadre de santé : Mme Goulley-Huot
CESU : Docteur Monneret, cadre de santé : Mme Goulley-Huot
URGENCES/CISU : Docteur Hugerot, cadre de santé : Mme Pailley et Mme Thouret
REANIMATION/PMO : Docteur Simon, cadre de santé : M. Grandveau
CONSULTATIONS EXTERNES : Docteur Dib, cadre de santé : Mme Bonnet

Objectif : positionnement de l'équipe T2 sur la SAUV de 10h à 20h à terme en 24h

◆ Consultations externes

Des travaux de rénovation (changement de fenêtre, mise en place de climatisation, mise à niveau de la détection incendie) ont été réalisés courant 2013.

◆ Service d'Accueil des Urgences / SAMU / SMUR / CESU.

Activité croissante entre 2012/2013 avec +4% de passages aux urgences soit plus de 51 000 passages. Parallèlement il a été demandé à ce que les services des urgences et du SMUR soient mutualisés avec le positionnement du T2 au niveau du Déchocage. Cela permet également de pallier aux flux d'activité.

En cas de départ simultané, les équipes médicales et paramédicales des urgences assurent la continuité des prises en charges.

Courant 2012, dans le cadre du projet de service des urgences, le circuit court aux urgences (CISU) a été expérimenté, après l'expérience concluante, le CISU est pérennisé à compter de juin 2013 pour être ouvert progressivement 7 jours/7 de 10h à 20h. En moyenne 65.7% des usagers passent en moins de 4h mais encore 16% en plus de 6h.

◆ Réanimation – Soins continus – PMO

Activité de réanimation en diminution à la faveur d'une augmentation de celle de l'unité de surveillance continue.

A noter que les différentes fermetures annuelles de lit représentent près de 1 lit fermé sur 365 jours.

◆ US Clairvaux/US Troyes/US Villenauxe

Pas de modification organisationnelle majeure.





Nouvelle salle
d'angio-coronarographie.

3.2.5 - Pôle vasculaire.

Le service de Cardiologie.

- > L'activité de coronarographie est en légère progression. Pour la première fois, plus de 1000 actes ont été effectués (1015) en sachant que la salle a été indisponible durant 2 semaines en raison de la mise en place du nouvel appareil d'angiographie. Surtout, l'activité d'angioplastie a progressé de 10 % par rapport à 2012, près de 500 actes ayant été effectués.
- > Le nombre d'implantation du stimulateur cardiaque incluant les appareils multi-sites et défibrillateurs, est stable, et représente 156 actes, chiffre identique à celui de 2012. En revanche, l'activité de rythmologie interventionnelle a augmenté de plus de 10 % par rapport à celle de 2012 (57 actes réalisés).
- > Le service a mis en place, en partenariat avec l'équipe du CRF Pasteur, une structure ambulatoire de réhabilitation cardiaque à l'effort, pour les patients hospitalisés à la suite d'un infarctus du myocarde, ou ayant bénéficié d'une chirurgie cardiaque. Cette activité est opérationnelle depuis octobre 2013.
- > Il existe en outre un projet de coopération avec le service de radiologie, pour optimiser la filière des patients relevant d'un scanner cardiaque, notamment d'un coro-scanner, et d'une IRM cardiaque.
- > Il est envisagé, dans le secteur d'hospitalisation de semaine du NBH la création d'un secteur dédié aux patients insuffisants cardiaques, pathologie qui relève spécifiquement d'une démarche d'éducation thérapeutique.
- > Enfin, la coopération avec le CH de Romilly est excellente, pour ce qui concerne la cardiologie interventionnelle mais mérite d'être renforcée pour la rythmologie interventionnelle ; en outre la démographie cardiologique déclinante du secteur Champagne Sud justifiera également une réflexion sur la prise en charge des patients notamment du bar sur aubois, peut-être par une consultation avancée.
- > En résumé, l'augmentation des activités de cardiologie interventionnelle et rythmologie, l'ouverture de la structure ambulatoire de réhabilitation cardiaque, le projet de coopération avec le service de radiologie, la démarche d'éducation thérapeutique déjà initiée pour des patients admis en réhabilitation cardiaque et envisagée pour les insuffisants cardiaques, justifient à notre sens la création d'un 8ème poste de praticien hospitalier temps plein (rappelons que l'effectif comporte actuellement 4 médecins des hôpitaux, 2 praticiens contractuels, et 1 praticien attaché associé qui tous les 3 ont vocation à devenir médecins des hôpitaux dans notre service).
- > Parallèlement, l'éducation thérapeutique des patients nécessite le renforcement de l'équipe paramédicale avec la création d'un poste d'infirmière dédié.

Le service de Neurologie.

- > La prise en charge interventionnelle des AVC au stade aigu, en coopération avec le service des urgences, a débuté par le biais de la télé-AVC, et une UNVA, d'au moins 4 lits sera opérationnelle 24h/24 dans le NBH. La mise en place de l'UNVA nécessite la présence de 6 neurologues pour assurer l'astreinte, et d'une filière d'aval spécifiquement dédiée à ces patients, dans une structure de moyen séjour. La mise en place d'une consultation de neuro-chirurgie est prévue dans les semaines à venir, avec dans un 2ème temps, une activité chirurgicale centrée sur le rachis, et donc une coopération avec le service de chirurgie orthopédique.

Le service de Néphrologie.

- > Le renforcement de l'équipe par un 4ème néphrologue praticien hospitalier temps plein, est une condition sine qua none pour maintenir la coopération avec le CH de Romilly, pour développer la dialyse péritonéale et pour mettre en place un projet d'éducation des insuffisants rénaux, qui pourrait nécessiter du temps infirmier supplémentaire.



Le service de Diabétologie.

La réflexion porte essentiellement sur :

- les traitements novateurs du diabète (pompe à insuline),
- la formation des personnels médicaux et paramédicaux du centre hospitalier à la gestion de l'insulinothérapie,
- la gestion des complications graves du diabète, notamment du pied diabétique qui nécessitera à terme une coopération multi-disciplinaire, notamment avec le service de chirurgie vasculaire.

En outre une coopération avec les pédiatres sur la prise en charge des jeunes diabétiques de type I est envisagée.

3.2.6 - Pôle mère et enfant.



Modifications organisationnelles.

L'année 2013 a été marquée essentiellement par la finalisation des travaux et la réinstallation du service de Pédiatrie dans ses nouveaux locaux (J2) qui ont intégré 4 lits de surveillance continue.

Par ailleurs la maternité a bénéficié du mécénat de l'entreprise « Petit Bateau » pour la réalisation de fresques au sein des nurseries du K4 et J4 réalisées par les artistes de l'association « Anouk » et d'une réorganisation plus fonctionnelle de ses locaux.

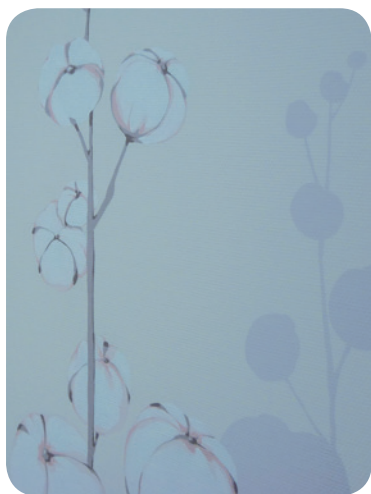
Attractivité, développement d'activité.

L'arrivée du Dr Amélie Jacquet en gynéco-obstétrique a permis de relancer l'activité des échographies anténatales et la reprise des liens et concertations avec le centre de Diagnostic Prénatal de Reims . Une réorganisation de cette activité tant sur le plan architectural qu'organisationnel devrait permettre de faire un véritable centre de référence Aubeois.

L'écriture d'une convention de fonctionnement entre le service de réanimation néonatale et le service de néonatalogie de l'hôpital de Sens (signée en 2014) a permis de mieux définir les besoins, conditions de transport des nouveaux-nés et d'améliorer là encore l'attractivité et de la maternité et du service de réanimation néonatale troyen .

Par ailleurs la création d'un poste d'assistant partagé en réanimation néonatale avec le CHU de Reims permet de renforcer les liens avec le CHU et d'améliorer les compétences locales.

Enfin, au plan des équipes paramédicales, à noter la mise en place de la mobilité des équipes As /AP au sein des différents secteurs du service de gynécologie-obstétrique.



3.2.7 – Pôle médico technique

Évolutions organisationnelles.

◆ Radiologie :

- > Création d'une astreinte 24h/24 pour l'accès à l'IRM pour la prise en charge des AVC.
- > Augmentation des plages horaires de l'IRM et du scanner pour 450 examens d'IRM et 500 scanners pour des patients en externe.
- > Projet de création d'un groupement d'intérêt économique public privé pour la demande d'autorisation d'une deuxième IRM permettant de réduire le délai de rendez-vous qui est de 4 à 6 semaines en 2013 et de répondre à la demande croissante en cancérologie.
- > Prise en charge de l'interprétation des radiographies de l'hôpital de Bourbonne les Bains.

◆ Médecine nucléaire :

- > Dossier de demande d'autorisation d'un TEP (tomographe par émission de positons) en groupement de coopération sanitaire avec le CH de Chaumont et la SCPI de Besançon pour le diagnostic et le suivi thérapeutique des cancers.

◆ Biologie :

- > Création du groupement de coopération sanitaire de moyen entre le laboratoire du GHAM (Groupement hospitalier Aube Marne) et du CHT (Centre hospitalier de Troyes). Déploiement de la prescription informatisée de biologie dans les services cliniques.

◆ Diététiciennes :

- > Création d'un outil informatique pour la gestion de la dénutrition des usagers.

Évolutions des activités et des investissements.

◆ Radiologie :

- > Installation d'un deuxième mammographe qui permettra une augmentation de 2000 examens par an.
- > Remplacement des films des radiologies par l'impression sur papier à la demande répondant à la démarche du développement durable.



Nouveau mammographe.



Nouvelle salle d'interprétation - nouveau mammographe.

◆ Laboratoire d'anatomo-cytopathologie :

- > Achat d'un appareil d'immuno histochimie permettant le typage de cellules cancéreuses.
- > Le GCS de biologie public de l'Aube a passé l'accréditation Cofrac pour 70% des examens de biochimie et 59% de bactériologie, l'objectif réglementaire étant de 50% pour toutes les spécialités en 2016.

◆ Médecine nucléaire :

- > En 2013 augmentation de 3% de son activité et de 12,5 % pour la consultation de la Thyroïde.

◆ Pharmacie :

- > Plus de 3000 dispensations nominatives de médicaments en EPHAD en 2013, il pourrait être envisagé de la mettre en place en Soins de longue durée en 2014. En 2013 une baisse de 6% de la consommation des antibiotiques a été constatée après plusieurs années d'augmentation.

◆ DIM :

- > Travail permanent sur la qualité du recueil médical, son exhaustivité, ses délais de transmission et participation au recueil des données pour les tableaux de bord de tous les pôles médicaux de l'hôpital.

◆ Hygiène hospitalière :

- > Gestion de l'épidémie de Bactéries hautement résistantes EPC depuis 2012 avec 88 cas amenant une gestion quotidienne des contacts. De nombreuses formations et audits ont été réalisés sur l'hygiène des mains, la toilette, la gestion des excréta et les précautions complémentaires contact.

Évolutions du personnel.

◆ Personnel médical :

- > Le pôle a recruté :
Mme le Dr Agachi et Cholot en radiologie, le Dr Batista à la pharmacie.

◆ Personnel non médical :

- > Création d'un poste IDE en hygiène hospitalière, d'un ½ poste de diététicienne et transfert d'un poste de technicien de laboratoire de la biologie vers l'anatomo-cytopathologie.



3.3 - BILAN D'ACTIVITÉ 2013 DES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT.

Le CHT comprend deux structures d'hébergement sanitaires et sociales : un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) de 293 places et une Unité de Soins de Longue Durée (USLD) de 70 places.

L'ACTIVITÉ.

L'EHPAD a pour particularité d'être réparti sur deux sites : 275 lits au Domaine de Nazareth et 18 lits à la Résidence Comte-Henri.

Mouvements de résidents	Domaine de Nazareth	EHPAD Résidence Comte Henri	USLD
Nombre d'admissions	78	9	41
Nombre de sorties	81	7	42
Journées d'hébergement réalisées	99 283	6 204	24 897

L'ÉVOLUTION ORGANISATIONNELLE.

> L'EHPAD.

Un remaniement des horaires de travail a été réalisé sur le domaine de Nazareth. Il a consisté en la suppression des postes en 12h pour la majorité des équipes, répondant à la fois à une contrainte réglementaire définissant cette amplitude horaire comme « dérogatoire » et à une pénibilité professionnelle exprimée par les agents. Le temps de travail quotidien est désormais de 7h12.

La répartition des effectifs entre le jour et la nuit a également été revue pour faire face à la suppression de postes infirmiers et à la nécessité de garantir en permanence la présence de l'équipe de sécurité incendie.

> L'USLD.

Une réflexion a été mise en place sur la réorganisation et la redistribution des fonctions hôtelières aux ASH. De même, du temps d'animation a été créé et a permis la mise en place de nouveaux ateliers (couture, revue de presse...).

L'ÉVOLUTION DES ACTIVITÉS ET DES INVESTISSEMENTS.

> L'EHPAD.

La dispensation individualisée des médicaments via l'automate de pharmacie a été mise en place en 2013. La sécurité du circuit du médicament est ainsi assurée puisque le taux d'erreur dans la réalisation des piluliers est très faible. Cette année de fonctionnement va permettre d'adapter ce dispositif en vu de l'étendre à la résidence Comte Henri (EHPAD et USLD).

Une nouvelle unité de médecine a été créée en octobre 2013, elle est destinée aux résidents du domaine de Nazareth qui nécessitent une prise en charge MCO durant un laps de temps. Cette unité a pour avantage d'éviter aux résidents de quitter leur lieu de vie et donc de perdre leurs repères, associé au désengorgement du service de médecine gériatrique des Hauts-Clos.

La procédure de reconventionnement a perduré, donnant lieu à une visite conjointe de l'ARS et du Conseil Général. Les divers points d'amélioration observés, mis en corrélation avec ceux relevés lors des évaluations interne et externe, ont servi de base au document final. La convention tripartite a ainsi été signée en décembre 2013. Elle fixe 53 objectifs à atteindre d'ici 2017.

> L'USLD.

De part la nature sanitaire de ses fonctions, la certification réalisée en novembre 2013 sur le centre hospitalier à été conduite également pour ce service. Les résultats obtenus sont regroupés dans le rapport général de certification. L'USLD a ainsi pris part au suivi d'indicateurs et à d'EPP. L'intégration de l'USLD au pôle clinique-médical a permis à ce service de bénéficier des outils institutionnels propres au partage de compétences entre les acteurs et à l'uniformisation des pratiques.

En réponse au mécontentement des usagers relatif au traitement du linge et en application de la fiche objectif de la convention tripartite ciblée sur ce thème, la blanchisserie s'est équipée d'une presse pour identifier le linge. Cet outil est utilisé pour l'ensemble des services du CHT, tout particulièrement pour l'EHPAD.

Une subvention accordée par l'opération « Plus de vie » a permis d'acquérir un matelas spécifique pour la prévention et le traitement des escarres. Ce matériel est un vrai atout pour l'accompagnement des résidents alités et la lutte contre la douleur.



Qualité des soins



4.1 - QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS.

L'année 2013, marquée par la visite de certification aura été une année particulièrement riche en matière de qualité et gestion des risques.

La fin de l'année aura également vu naître une nouvelle organisation et un nouveau positionnement de la démarche par la création d'un pôle transversal sécurité et qualité des soins. La composition et l'organisation du pôle sont en cours de définition.

Qualité de la prise en charge des patients.

◆ Certification.

Le centre hospitalier de Troyes s'est mobilisé toute l'année dans sa démarche de certification v2010 pour laquelle la visite des experts-visiteurs de la Haute Autorité de Santé (HAS) était planifiée en novembre.

Le premier semestre aura été consacré à la réalisation de la deuxième auto-évaluation dont les résultats ont été transmis à la HAS en juin. Ce travail a mobilisé tous les professionnels de l'établissement, en regard du premier état des lieux mené en 2012 et des actions d'amélioration mises en œuvre. Le 2ème semestre a permis de mettre en œuvre le plan d'actions et préparer la visite des experts-visiteurs.

L'établissement a accueilli 7 experts, du 18 au 22 novembre, qui ont rencontré les professionnels, visité les services et élaboré le rapport de certification.

La visite s'est bien déroulée grâce à l'implication de tous. Le résultat a été prononcé en mars 2014 : « Certification avec réservé » avec 1 réserve (Prise en charge médicamenteuse du patient en MCO) et 1 recommandation (Engagement dans le développement durable). Un rapport de suivi est attendu par la HAS en septembre 2014.

◆ Indicateurs qualité nationaux.

Pour la 5ème année, le CHT a mené la campagne de recueil des Indicateurs IPAQSS (Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins).

Compte tenu du recueil biennal des indicateurs, 3 ont été recueillis en 2013 :

- > Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral ;
- > Prévention et prise en charge initiale de l'hémorragie du post-partum immédiat ;
- > Infarctus du myocarde.

Le recueil de ces indicateurs a été réalisés par les médecins spécialistes en collaboration avec la cellule qualité et gestion des risques et le DIM.

Nom	Description	Classe de performance	Score
Date et heure de survenue des symptômes lors de la prise en charge initiale de l'AVC	Evalue si la date et l'heure de début des symptômes ont été notées dans le dossier du patient hospitalisé pour un infarctus cérébral	C	64 %
Aspirine après un accident vasculaire cérébral ischémique	Evalue l'administration d'aspirine, en l'absence de contre-indication, dans les 24 premières heures d'hospitalisation après un infarctus cérébral	B	79 %
Evaluation par un professionnel de la rééducation lors de la prise en charge initiale de l'AVC	Mesure si l'évaluation par un professionnel de la rééducation (médecin de médecine physique et de réadaptation, kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute) a été notée dans le dossier du patient hospitalisé pour un accident vasculaire cérébral	C	59 %
Tenue du dossier du patient dans le cadre de la prise en charge de l'AVC	Evalue la qualité du dossier du patient hospitalisé pour un accident vasculaire cérébral	A	83 %
Prescriptions médicamenteuses appropriées après un infarctus du myocarde	Evalue la prescription de l'ensemble des traitements nécessaires à la sortie de l'établissement de santé pour un patient hospitalisé pour un infarctus du myocarde	B	90 %
Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques après un infarctus du myocarde	Evalue la sensibilisation du patient aux règles hygiéno-diététiques au cours ou à l'issue du séjour hospitalier après un infarctus du myocarde	C	30 %
Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement	Evalue si la modalité de la délivrance, la réalisation d'une injection prophylactique d'ocytocine et le contrôle de l'état du placenta ont été notés dans le dossier de la patiente	C	48 %
Surveillance clinique minimales en salle de naissance après l'accouchement	Evalue si la surveillance clinique minimale après l'accouchement et l'examen médical autorisant la sortie de la salle de naissance ont été notés dans le dossier de la patiente	C	63 %



Sécurité des soins.

L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de la prise en charge des patients ne peut être obtenue que dans le cadre d'une démarche collective quotidienne des professionnels de santé. Leur implication se traduit concrètement par les divers projets ou actions menés au sein du centre hospitalier de Troyes.

◆ Coordination de la gestion des risques associée aux soins

La Loi HPST de 2009 et ses textes d'application ont considérablement augmenté le niveau d'exigence en matière de sécurité et qualité des soins à l'hôpital.

Pour satisfaire au décret du 12 Novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins, le directeur, après concertation avec le président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) doit mettre en place une organisation visant à :

- > Mettre en œuvre des actions de formation des personnels,
- > Mettre en œuvre des actions de communication en direction des personnels et usagers permettant de développer la culture qualité,
- > Disposer d'une expertise relative à la méthodologie des risques associés aux soins,
- > Permettre à la CME de disposer des éléments nécessaires pour proposer le programme d'actions qualité et sécurité des soins et d'en faire le bilan annuel,
- > Assurer la cohérence de l'action des personnels qui participent à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins.

Il désigne alors, en concertation avec le président de la CME, un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins qui veille à ce que l'ensemble de ces missions puisse être rempli.

Le Dr. Corinne LEJEUNE-FREMOND a été recrutée en Novembre 2013 pour exercer ce nouveau métier dont elle avait l'expérience au CHU de Reims depuis mai 2011.

Praticien hospitalier hygiéniste de formation initiale, elle possède un master spécialisé en gestion des risques et de la sécurité des établissements et réseaux de santé de l'Ecole Centrale Paris.

Au Centre Hospitalier de Troyes, le directeur et le président de la CME lui confient les missions suivantes :

- > Missions stratégiques :
 - Organisation de la lutte contre les événements indésirables associés aux soins,
 - Elaboration et suivi de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.
- > Missions de coordination :
 - Elaboration, déclinaison dans les pôles et suivi du programme d'actions qualité et sécurité des soins,
 - Gestion des risques a priori,
 - Gestion des risques a posteriori.
- > Missions opérationnelles :
 - Accompagnement des professionnels (Revue de Morbi-Mortalité, Retour d'Expérience),
 - Investigations,
 - Formations...



◆ Qualité et sécurité de la prise en charge médicamenteuse.

L'établissement a poursuivi en 2013 la démarche relative à la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuses, sous le pilotage du responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (RSMQPCM), le Dr Michèle DRIEUX.

Un groupe de travail dédié a été mis en place, composé d'un praticien, deux pharmaciens, un cadre supérieur de santé et l'ingénieur qualité sous le pilotage du RSMQPCM. Ce groupe a été intégré dans la COMEDIMS.

Différentes actions ont été menées :

- > Rédaction, validation et diffusion de la politique d'amélioration du circuit du médicament
- > Rédaction, validation et diffusion de la liste des médicaments à risque
- > Rédaction, validation et diffusion de la liste des médicaments broyables et de leurs substitutions
- > Rédaction, validation et diffusion de la procédure de traitement des fiches d'évènements indésirables graves (76 déclarations dont 23 analyses approfondies)
- > Formation des soignants, des internes et des élèves infirmiers aux erreurs médicamenteuses (11 séances de formation permettant de former 182 professionnels soignants)
- > Mise en place de la prescription informatisée en néphrologie
- > Sensibilisation des praticiens à la réévaluation des antibiotiques à 72h et mise en place d'un outil informatique permettant de tracer cette réévaluation.
- > Préparation de la visite de certification v2010
- > Participation aux travaux proposés par l'OMEDIT en région

◆ Gestion des évènements indésirables

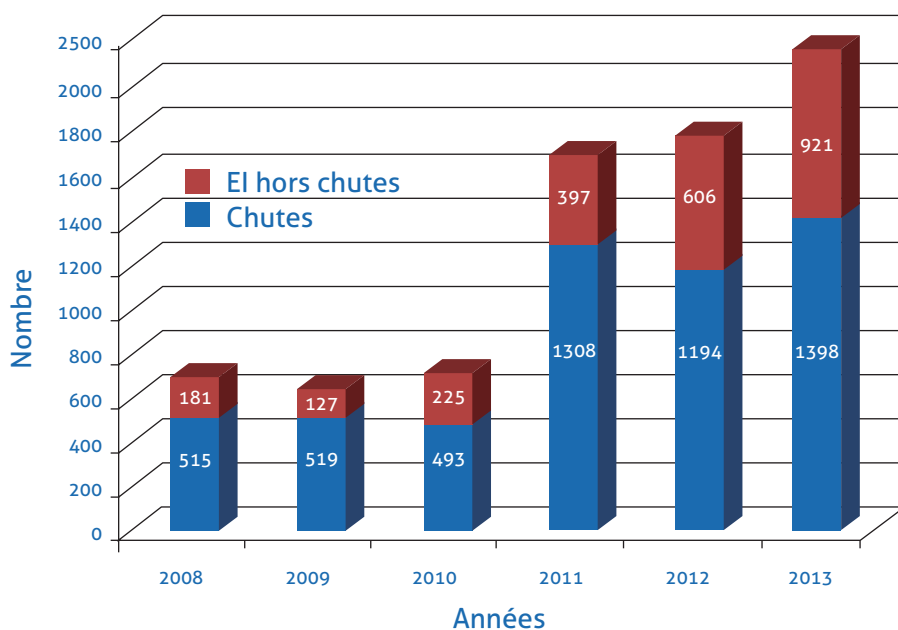
La gestion des évènements indésirables constitue un axe essentiel de la gestion des risques au sein du CHT.

Dans ce sens, la charte de non punition a été mise à jour en 2013 suite à l'arrivée du nouveau directeur de l'établissement, Monsieur Philippe BLUA.

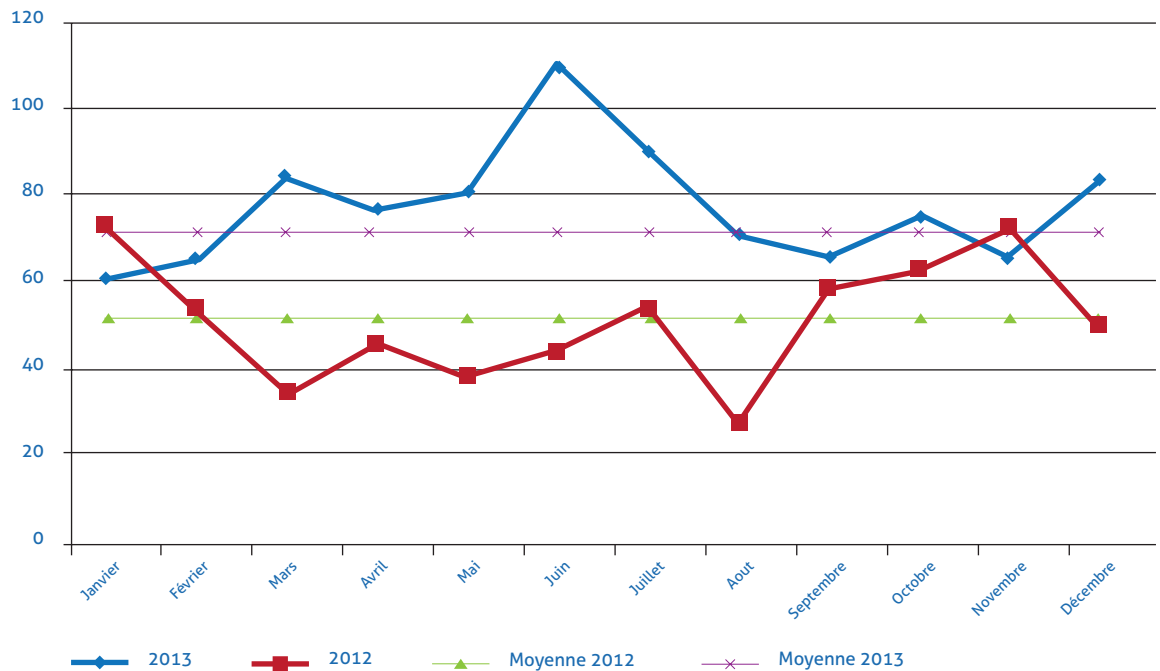
Cette charte a été communiquée et diffusée à l'ensemble des professionnels.

Le nombre d'évènements indésirables hors chutes déclarés a augmenté entre 2012 et 2013 (de 51,98%). Le nombre de chutes déclarées a augmenté de 8,71% sur la même période.

Signalements.



Nombre de déclarations FEI.
Par ailleurs, le nombre de déclarations mensuelles
s'élève à 71 fiches en moyenne.



En 2013, le COVIRIS (Comité de COordinations des VigiLANces et des Risques Sanitaires) s'est réuni 8 fois et des analyses de dysfonctionnements ont été réalisés avec les professionnels concernés donnant lieu à des actions d'amélioration.

◆ **Gestion des risques a priori.**

L'établissement a engagé une démarche d'identification des risques a priori en débutant par les secteurs à risque. Ainsi, les professionnels des secteurs du bloc opératoire et d'endoscopie ont réalisé une étude des risques et déterminé un plan d'actions. Le secteur de salle de naissance est également engagé dans la démarche.

◆ **Maîtrise du risque infectieux.**

Le Ministère chargé de la santé a mis en place un suivi des indicateurs relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales afin d'inciter les professionnels de santé à améliorer leurs pratiques depuis de nombreuses années. A partir de 2013, le recueil sera réalisé tous les 2 ans.

Le tableau de bord des infections nosocomiales repose sur 7 indicateurs :

- > Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (ICALIN.2) : Il traduit l'engagement et l'organisation de l'établissement dans la prévention du risque infectieux.
- > Indicateur de consommation de produits hydro alcooliques (ICSHA.2) : C'est un marqueur des pratiques d'hygiène des mains par friction avec les produits hydroalcooliques. C'est la mesure clé de la prévention du risque infectieux.
- > Indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire (ICA-LISO) : Il prend en compte l'organisation en place, les moyens qu'il a mobilisés et les actions qu'il a mises en œuvre pour la prévention des infections du site opératoire.
- > Indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes aux antibiotiques (ICA-BMR) : Il recense l'organisation, les moyens d'information et les actions de prévention et de surveillance mises en œuvre au sein de l'établissement.



- > Indicateur Composite de bon usage des AnTiBiotiques (ICATB) : Il traduit l'implication de l'établissement dans la politique de bon usage des antibiotiques.
- > Score agrégé : Ce score est calculé en additionnant les différents indicateurs précédents, chacun ayant un coefficient différent pour obtenir une note sur 100.
- > Indice SARM : Taux triennal de Staphylococcus aureus résistant à la méticilline et tendance annuelle.

En fonction du résultat du score agrégé, l'établissement se positionne à l'intérieur d'une classe (de A à E), comparativement aux établissements de sa catégorie.

Année 2013 sur les données 2012

Thème	Score	Classe	Évolution
Score agrégé	86/100	A	↗
ICALIN 2	86/100	A	↗
ICSHA 2	73/100	B	→
ICA-LISO	94/100	A	↗
ICATB	84/100	B	↗
ICA-BMR	100/100	A	→
SARM	0,48	C	NA*

*NA : Non adapté.

◆ **Radiothérapie.**

Suite à la Décision n° 2008-DC-0103 de l'Autorité de Sûreté Nucléaire du 1er juillet 2008 fixant les obligations d'assurance de la qualité en radiothérapie et l'accompagnement par une entreprise de consulting entre 2010 et 2011, la dynamique est toujours présente dans le service avec :

- > La rédaction ou mise à jour de documents en fonction de l'évolution de l'activité, notamment des protocoles médicaux par localisation, s'inscrivant dans un système de gestion documentaire efficace et vivant. En 2013, 4 procédures ont été validées :
 - charte des bonnes pratiques en radiothérapie
 - traçabilité de la vérification de spécificité du chariot d'urgence en radiothérapie
 - création des dossiers patients du praticien libéral.
 - livret de suivi des acquisitions des compétences des manipulateurs

- Et 7 procédures ont été modifiées :
 - charte du staff en radiothérapie
 - prescription de radiothérapie chez un patient déjà irradié
 - conduite à tenir en cas d'une suspension de traitement ou d'une modification du plan de traitement en radiothérapie
 - réalisation d'une fin de traitement en radiothérapie
 - traçabilité du contrôle quotidien de sécurité des accélérateurs
 - préparation et réalisation Traitement prostate
 - préparation et contrôle des dossiers techniques de radiothérapie

> Un état des lieux de certaines procédures, évaluées par le biais d'audits, notamment la procédure prévisionnelle de préparation des traitements en radiothérapie. Ce travail sera poursuivi en 2014.

> Le maintien des CREX mensuels et de la mise en place d'actions correctives puisque 12 CREX ont été réalisés et 36 actions correctives ont été déterminées.

> Le maintien des réunions Qualité mensuelles avec 11 réunions qualités dont 2 réunions de secteurs

> La poursuite des Revue de Mortalité – Morbidité.



◆ Radioprotection.

Le service de radioprotection des personnels mène des actions de prévention et de protection auprès de 250 travailleurs du Centre Hospitalier.

L'évaluation des risques comprend l'étude prévisionnelle des doses susceptibles d'être reçues par les personnels. En 2013, ces études ont été menées ou actualisées en radiothérapie, médecine néonatale, médecine nucléaire, bloc de cardiologie, coronarographie et radiologie. Elle comprend également la délimitation des zones réglementées autour des sources de rayonnement. Cela a concerné pour l'année écoulée les services de médecine nucléaire, bloc de cardiologie, coronarographie et radiologie. Le suivi dosimétrique est assuré par des dosimètres passifs et opérationnels. Un bilan annuel individuel est transmis une fois par an à chaque travailleur par l'organisme de suivi.

La formation des personnels joue un rôle important dans la prévention du risque radiologique. Les actions 2013 ont porté sur les services de radiothérapie, cardiologie, bloc opératoire, anesthésie, gastro-entérologie et néonatalogie. 14 entretiens individuels destinés aux nouveaux arrivants ont complété ces actions.

Les sources et appareils sont contrôlés en interne par le service de radioprotection et en externe par un organisme agréé par l'ASN à une fréquence dépendant du type de modalité. Cette année, les scanners, accélérateurs, matériels de radiologie interventionnelle, sources scellées et non-scellées ont été contrôlés ainsi que le matériel de radiologie conventionnelle. Les tabliers plombés sont vérifiés sous scopie tous les ans.

Les contrôles qualité sont organisés annuellement et confiés à un organisme agréé par l'ANSM. Aucune non-conformité grave n'a été relevée.

Un incident de radioprotection est survenu en février 2013 au scanner de simulation de radiothérapie. La dose enregistrée par le dosimètre du travailleur impliqué étant extrêmement faible, l'incident n'a pas fait l'objet d'une déclaration auprès de l'ASN. Une action correctrice, délai de 140 secondes avant envoi des rayons X sur tous les protocoles avec injection, a été mise en place.

◆ Laboratoire.

Le laboratoire du CHT, constitué en groupement de coopération sanitaire avec le laboratoire du GHAM, a obtenu le certificat d'engagement dans la démarche d'accréditation COFRAC en juillet 2013.

Le dossier de demande d'accréditation du GCS a été évalué en octobre 2013. L'accréditation a été demandée pour 70 % des actes de biochimie et 50 % des actes de bactériologie, ainsi que pour la biologie délocalisée, ce qui représente 44% de la totalité des actes effectués par le GCS.

Un seul écart critique a été retenu par le COFRAC, en voie de résolution, ce qui devrait nous permettre d'obtenir l'accréditation courant avril ou mai 2014.

Après cette première étape, il s'agira d'étendre le domaine accrédité de façon à respecter fin 2016 l'obligation d'accréditer 50% des actes dans chacune des 15 familles d'examens que nous pratiquons.

◆ Semaine de la sécurité des patients.

Du 24 au 28 novembre 2013, le ministère de la santé a organisé la 3^{ème} édition de la semaine de la sécurité des patients. Cette campagne annuelle de sensibilisation a pour objectif de créer une dynamique, associant patients et professionnels, pour une meilleure communication autour des soins et de leur sécurité.

Soucieux de la sécurité des soins dispensés aux patients, l'établissement a renouvelé son engagement dans cette démarche afin de sensibiliser et faciliter la communication entre tous : professionnels de santé, patients et usagers.

Un stand « hygiène des mains » a été installé à l'accueil du centre hospitalier où des professionnels se sont tenus à la disposition des usagers pour répondre à toutes les questions relatives à l'hygiène des mains et remettre des plaquettes d'informations. Pour renforcer l'hygiène des mains et sensibiliser les patients et les visiteurs, ils ont dispensés une initiation aux bonnes pratiques de désinfection des mains indispensable pour éviter la propagation de bactéries.



4

4.2 - LES RELATIONS AVEC LES USAGERS.

Le centre hospitalier met tout en œuvre pour satisfaire les demandes des usagers et respecter leurs droits.

Au-delà de l'écoute et du dialogue qui doivent rester des priorités au sein des services, tout usager doit être mis à même d'exprimer oralement ses griefs auprès d'un responsable. Ce recueil d'informations fait l'objet, comme toute réclamation écrite, d'une analyse objective et professionnelle donnant lieu si nécessaire à la mise en œuvre de mesures correctives.

Ce travail est effectué en étroite collaboration avec les médiateurs médicaux et les membres de la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge.

Cette instance réunie huit fois en 2013 a pour mission d'assister et d'orienter l'utilisateur s'estimant victime d'un préjudice et d'émettre des recommandations afin d'améliorer la qualité de la prise en charge dans l'établissement. Elle contribue par son dynamisme, sa réactivité et les éclaircissements qu'elle apporte, à apaiser d'éventuelles tensions entre usagers et professionnels de santé et à rétablir entre eux une confiance qui a pu être altérée et éviter ainsi d'éventuels contentieux. Son rôle est de veiller à ce que la place réservée à l'utilisateur soit au centre des préoccupations de l'organisation des services.



**Logistique
et investissement**

5



1000

Ordinateurs fixes

5.1 - SYSTÈME D'INFORMATION.

L'activité centrale du service informatique consiste en l'assistance technique et fonctionnelle des utilisateurs : 1000 ordinateurs fixes, 200 ordinateurs portables, 150 antennes Wifi et une cinquantaine d'applications logicielles spécifiques.

La Direction du Système d'Information et de la Communication (fusion des deux disciplines depuis septembre 2013) consacre également une large part de son temps à la mise en œuvre de nouveaux projets informatiques qui viennent étoffer, compléter ou sécuriser le SIH.

En 2013, en plus de l'informatisation liée au Contrat du Bon Usage du Médicament dans les services de Néphrologie et Cardiologie, le service informatique a lancé les projets d'informatisation suivant :

- > mise en place du logiciel de gestion de l'hémovigilance, Coursus3,
- > envoi de SMS aux patients 72 heures avant leur consultation, grâce au système Dx Planning/InterFlux/Contact EveryOne,
- > développement d'une cartographie informatisée au SAMU en lien avec l'UTT et un industriel local,
- > mise en œuvre et démarrage de TéléAVC en lien direct avec le CHU de REIMS,
- > extension du wifi gratuit dans toutes les salles d'attente de l'hôpital,
- > mise en production de l'automate de dispensation médicamenteuse à l'EHPAD de Nazareth grâce au système Dx Care/Copilote/KLS,
- > mise en place de la téléinterprétation des examens radiologiques du CH de Bourbonne les Bains,
- > poursuite de l'informatisation du dossier de soins en lien direct avec la Direction des Soins, afin d'envisager le déploiement général des prescriptions infirmières et transmissions ciblées en 2014/2015, dans le cadre du plan Hôpital Numérique.

Sur le plan technique et procédural, de nombreuses opérations « invisibles » pour les utilisateurs et néanmoins indispensables à la stabilité du SIH ont été réalisées par les équipes informatiques, au niveau des serveurs et du réseau, avec comme objectif principal, la préparation de l'arrivée du NBH et la seconde salle machine (ces actions ont été saluées par les experts visiteurs HAS lors de l'audit de novembre 2013 - critères 5.a et 5.b).

La DSIC a, par ailleurs, dû faire face aux impacts des conditions climatiques particulièrement soutenues durant l'été 2013, avec un black-out électrique qui a permis de tester le plan de reprise d'activité informatique de l'établissement.

Animateur des groupes de travail SIH de la Communauté de territoire Champagne Sud, la DSIC du CH de Troyes s'est lancée dans une ère de mutualisation de ressources informatiques à l'échelle de son bassin de santé :

- > au second semestre 2013, lancement de la démarche de création du GCS Santé Numérique dont la ratification est prévue au premier trimestre 2014,
- > candidat retenu sur les marchés d'audit et prestations informatiques du GHAM et du CH de Bar-sur-Seine en mai et juin 2013,
- > accompagnement technique mais aussi administratif des établissements voisins (démarche « plan hôpital numérique » qui a permis de financer le futur DPI du GHAM avec un démarrage progressif en 2014/2015),
- > rapprochement avec les autres acteurs de santé locaux, afin de construire un avenir commun en terme de système d'information (Mutualité, CH de Chaumont, etc.)

Enfin, le Centre Hospitalier de TROYES, fort de son dynamisme en terme de système d'information, s'est positionné comme chef de file d'une démarche auboise, dans le cadre du programme « Territoire de Soins Numérique » : démarche saluée par l'ARS qui soutient le dossier de candidature et le déposera en mars 2014, pour une décision ministérielle en mai 2014 : le projet s'appelle OPTIMIPSTIC, pour OPTIMisation du Parcours de Soins par les technologies de l'Information et de la Communication.



5.2 - LES ACHATS, LES INVESTISSEMENTS EN ÉQUIPEMENTS BIOMÉDICAUX ET MOBILIERS, ET LA LOGISTIQUE EN 2013.

La Direction des Achats et de la Logistique (DAL) regroupe les services de restauration, de blanchisserie, du magasin central, du service intérieur, des archives médicales, des services économiques et du service biomédical.

◆ 441 000 € de gains sur achats réalisés en 2013.

Dans le cadre de la dynamique d'amélioration continue de la performance de ses achats et de la mise en œuvre du plan PHARE, plan national de performance des achats hospitaliers, la DAL avait retenu pour 2013 des actions de performance pour un objectif total 102 859 € de gains sur achats selon la méthodologie de décompte du plan PHARE.

Au final les gains effectués grâce aux actions des acheteurs de La DAL qui ont pu être décomptés ont été en réalité de 441 000 €, dont 89 856,30 € en investissements et 351 204,7 € en exploitation, soit un pourcentage d'environ 2,17% de gains sur les 16,21 millions d'€ d'achats d'exploitation (du titre 2 et du titre 3) gérés par la DAL et un gain de 4,37% sur 2,06 millions d'€ d'achats d'investissements. Cela signifie que sans cet effort des acheteurs, les dépenses d'achats se seraient alourdies de 441 000 € pour l'établissement.

◆ La blanchisserie.

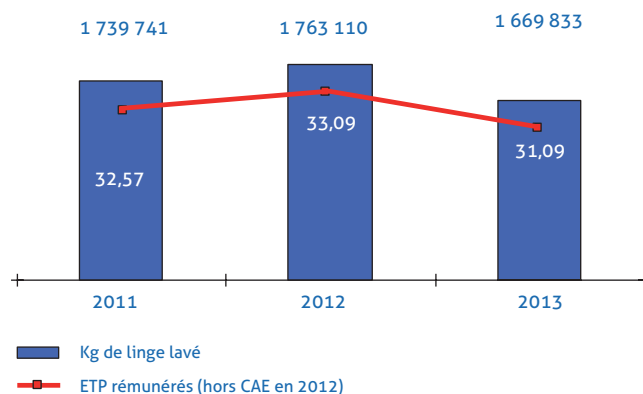
31 ETP.

7 tonnes de linge lavé par jour.

L'activité de la blanchisserie qui s'exerce pour le traitement du linge dans le cadre du GIP Logistique interhospitalier de l'Aube se caractérise en 2013 par le démarrage mi-septembre et en novembre de nouveaux partenariats avec les EHPAD publics d'Arcis-sur-Aube et de Méry-sur-Seine.

Le tonnage de linge traité a toutefois baissé en 2013 en raison de la baisse du volume de linge lavé pour le CH de Troyes, ce qui a rendu nécessaire le maintien de l'optimisation constante de la productivité, grâce aux efforts de l'équipe.

Activité de la blanchisserie.



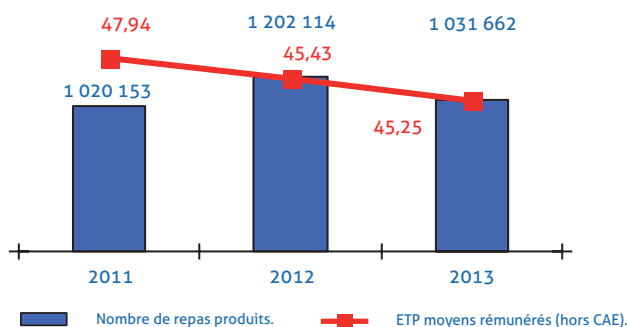
◆ Le service restauration.

45,25 ETP.
1,03 millions de repas produits.

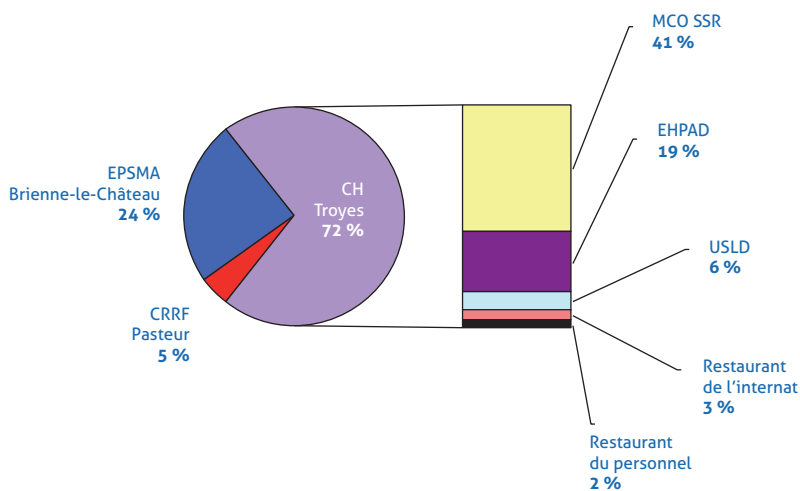
La restauration regroupe la cuisine centrale ainsi que le restaurant du personnel et des internes. La cuisine centrale produit les repas destinés aux patients et au personnel ainsi qu'aux accompagnants. Elle produit dans le cadre du GIP logistique interhospitalier de l'Aube les repas destinés à l'EPSMA de Brienne –le-Château et du CRRF Pasteur.

L'année 2013 a été marquée par une légère hausse du nombre de repas fabriqués, au bénéfice du CH de Troyes, tout en maintenant les efforts d'optimisation de l'organisation..

Activité du service restauration.



Répartition des repas par sites et établissements.



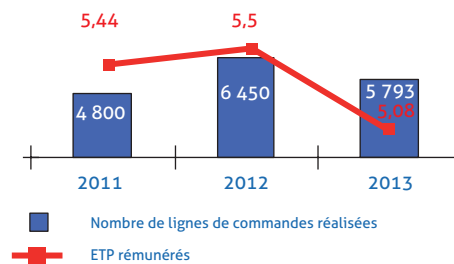


◆ Le magasin central.

5,5 ETP.
110 000 lignes de préparation par an.
985 références en stock.
150 unités fonctionnelles approvisionnés.

Le magasin central assure le stockage et la préparation des commandes des services en fournitures stockées. L'année 2013 a été marquée par l'optimisation de productivité du process.

Activité du magasin central.



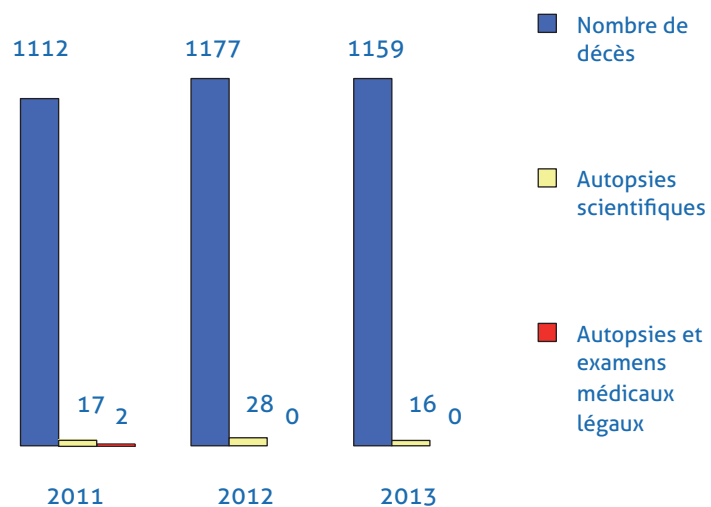
◆ Le service interieur.

35 ETP au service d'activités polyvalentes.

Le service intérieur regroupe les activités de transports logistiques, de transports sanitaires des patients et résidents des services de SSR, soins de longue durée et d'EHPAD de l'établissement, ainsi que les vagemestres, l'accueil, le standard, et le service mortuaire du site des Hauts Clos.

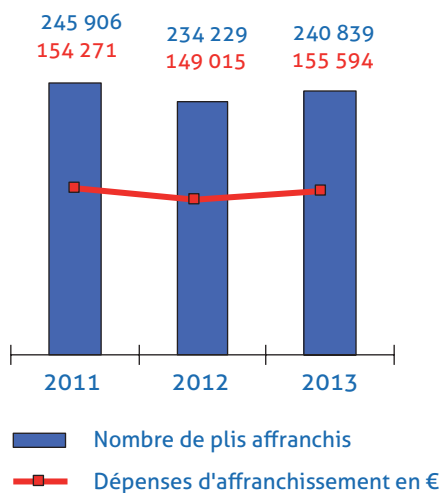
◆ Activité du service mortuaire des Hauts-Clos.

Les autopsies médico-légales de la région sont centralisées à Reims et ne sont donc plus assurées à Troyes depuis 2012.



◆ Activité des vagemestres.

Après plusieurs années de baisse, la courbe des dépenses d'affranchissement s'est inversé à la hausse et montre la nécessité de poursuivre et développer la dématérialisation des échanges

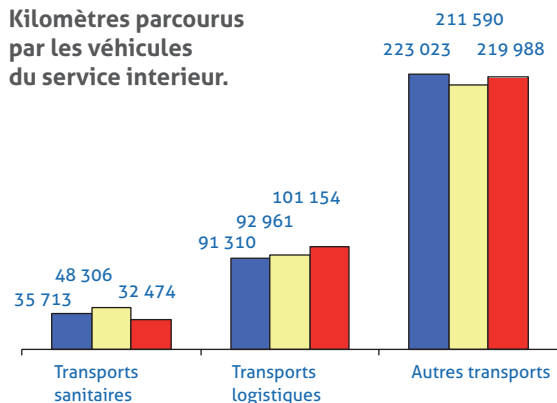


240 839

Plis affranchis



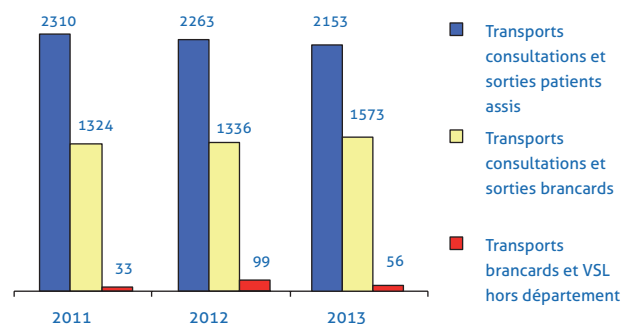
Kilomètres parcourus par les véhicules du service intérieur.



Concernant l'activité transport, l'année 2013 a été marquée par l'augmentation des kilométrages de transports logistiques réalisés, à effectifs constants.

Cette augmentation est liée d'une part aux trajets plus fréquents vers le Domaine de Nazareth suite à la mise en œuvre du système d'automate de conditionnement des médicaments, et d'autre part au démarrage du partenariat pour le traitement du linge des EHPAD d'Arcis sur-Aube et de Méry-sur-Seine.

Transport sanitaires effectués par le service intérieur.



11 kilomètres

d'archives



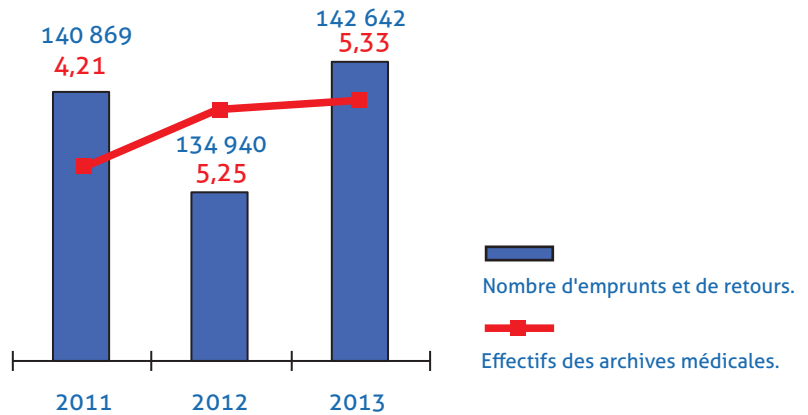
◆ Le service des archives.

5 ETP.

11 km dont 6,3 km de dossiers médicaux .

Le service des archives médicales assure la conservation centralisée des dossiers médicaux de l'ensemble des patients passés dans l'établissement et leur mise à disposition des services de soins. Il a été créé en 2013 7 894 nouveaux dossiers patients.

Activité du service d'archives médicales.



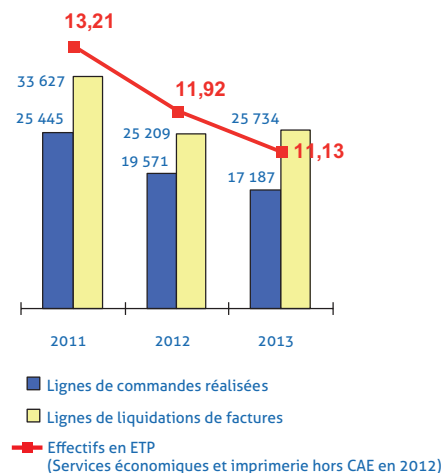
L'année 2013 s'est caractérisée pour les archives par la poursuite des efforts de destruction d'archives avec 598,99 mètres linéaires d'archives détruites, tous services confondus, dont 125,55 mètres linéaires de dossiers médicaux. 7,20 mètres d'archives historiques ont été versées à la Direction des Archives et du Patrimoine de l'Aube.

◆ Les services économiques et l'imprimerie.

11 ETP.

En 2013, les services économiques ont poursuivi leurs efforts d'optimisation de leur organisation et de leur productivité en maintenant les efforts de regroupement des lignes de commandes et en assurant leur activité avec des effectifs resserrés.

Activité des services économiques.



◆ Les investissements de mobiliers et de véhicules.

211 223 Euros en 2013.

Les services économiques ont réalisé en 2013 des investissements de mobiliers et de véhicules pour un total de 211 223 €. Le montant d'investissement réalisé a en effet été sensiblement réduit jusqu'à l'obtention d'un emprunt par l'établissement à la fin de l'été 2013.

Il a notamment été acheté en 2013 pour 81 000 € de mobilier de dispensation de médicaments au Domaine de Nazareth en lien avec la mise en place à la pharmacie centrale d'un automate de conditionnement. Les vestiaires de la Résidence Comte Henri ont été renouvelés pour 12 300 €.

◆ Le service biomédical.

1 ETP d'ingénieur biomédical.

4 ETP de techniciens.

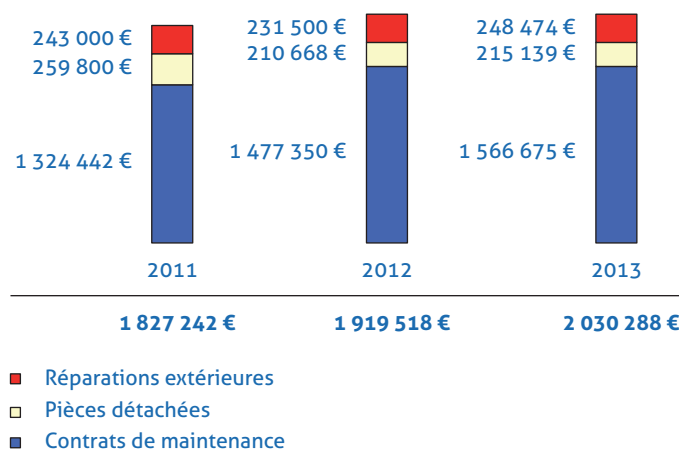
1,85 millions d'euros d'investissement réalisés en 2013.

Le service biomédical a réalisé en 2013, malgré les délais d'obtention d'emprunt, un total de 1 846 486 € d'investissements dont notamment :

- > un deuxième mammographe numérique de dernière génération d'une valeur de 211 000 € installé à l'automne, grâce à un don de 100 000 € du Comité de l'Aube de la Ligue contre le Cancer, permettant ainsi d'offrir aux patientes auboises, avec le premier mammographe installé en 2012, un plateau technique complet pour le dépistage et la prise en charge des cancers du sein.
- > la nouvelle salle d'angio-coronarographie, pour une valeur de 582 200 €. Il s'agit d'une salle à capteur plan, connectée au PACS et au RIS (Système d'Information d'Imagerie) qui permet d'avoir une imagerie plus performante ainsi qu'une réduction de la dose de rayons X pour les patients.
- > les équipements nécessaires pour le démarrage de l'activité de TéléAVC pour un montant de 7 370€ et les équipements pour la mise en œuvre de l'activité de soins continus de pédiatrie pour un montant de 51 280 €.

Les dépenses d'exploitation en particulier pour les contrats de maintenance (1 566 675€ en 2013) continuent d'augmenter corrélativement à l'augmentation du parc de matériel, avec un montant total annuel de 2 030 288 €.

Dépenses d'exploitation biomédicales.



5.3 - TRAVAUX.

Pédiatrie (J/2).

Durée : 9 mois, Coût : 910 000 €, Surface : 830 m².

Suite à la restructuration, le secteur de pédiatrie a permis un regroupement sur un même niveau des différents services (Hôpital de Jour, école, jardin d'enfants, création d'une Unité de Surveillance Continue, puis à moyen terme les consultations pédiatriques).



Salle de soins.



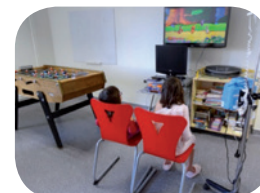
Chambre.



Réfectoire.



Salle de bains.



Salle adolescents et familles.

Coronarographie (V/O).

Durée : 3 semaines, Coût : 6 100 €, Surface : 62 m².

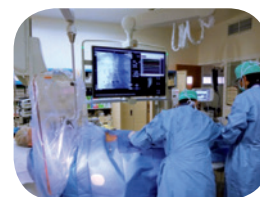
Remplacement de la salle de coronarographie avec modification de l'installation électrique.



Pupitre de commande.



Salle de coronarographie.



Salle de coronarographie.

Mammographie (N/O).

Durée : 7 mois, Coût : 240 000 €, Surface : 245 m².

Réhabilitation d'une partie du service de radiologie, pour l'aménagement du service de mammographie, avec un secrétariat, deux salles de mammographie, trois salles d'échographie, trois salles d'attente dont une couchée, une salle de détente.



Salle d'attente.



Mammographie.



Salle d'interprétation.

Sécurité incendie (N/O).

Changement du SSI Mère et Enfant / Plateau Technique

Durée : semaines, Coût : 314 000 €.

Cette rénovation a été réalisée en 2013. Cette opération très délicate car se déroulant en milieu occupé a duré environ 6 mois. La conséquence directe pour le personnel est un renforcement du niveau de sécurité de ces bâtiments. Désormais, l'alarme incendie est audible en tout point des bâtiments et surtout, chaque service dispose d'un Tableau répéteur d'Alarme qui indique en cas d'alarme incendie l'adresse exacte du local où l'alarme s'est déclenchée.

Il s'agit du même équipement qui sera généralisé dans les services du Nouveau bâtiment d'hospitalisation.

Quasiment l'ensemble du personnel Mère et Enfant a été formé à la sécurité incendie et à ce nouveau matériel entre septembre 2013 et février 2014.

UAE (Unité d'Aide à l'Exploitation).

Coût : 42 000 €.

La mise en place définitive de cet applicatif informatique permet de pouvoir disposer d'un logiciel de supervision de l'ensemble des installations de sécurité incendie pour les bâtiments Hauts Clos, Mère et Enfant et Plateau technique et du Nouveau Bâtiment d'Hospitalisation.

Tous les dérangements, alarmes incendie sont exploités désormais à partir de ce logiciel qui permet une lisibilité accrue de la localisation des alarmes et du fonctionnement en temps réel des équipements de sécurité incendie. Le système permet par exemple lors d'une alarme incendie d'identifier instantanément le local concerné grâce aux plans du logiciel mais également le matériel précis qui ne s'est pas déclenché normalement (moteur de désenfumage par exemple).

Cet équipement est identifié immédiatement, le mode graphique permettant sa localisation précise, une action manuelle par un agent de sécurité incendie peut être mise en œuvre efficacement.



L'enseignement

6





L'institut de formation en soins infirmiers et l'école des élèves aides-soignants.

Leur gestion est confiée depuis 2005 au Conseil Régional qui en est le principal financeur. La mise en œuvre du nouveau référentiel infirmier a conduit à la création du GCS IFSI-Champagne-Ardenne et à un nouveau partenariat avec l'université.

◆ Quelques données de la rentrée 2012 / 2013.

Effectifs des étudiants en formation :

- > 293 étudiants en soins infirmiers
- > 92 élèves aides-soignants en cursus intégral et partiel
L'équipe pédagogique se compose en équivalent temps plein de :
- > 1 directeur
- > 19,30 formateurs
- > 6,7 personnels administratif et d'entretien, dont le recrutement d'une documentaliste.

Diplômes d'état :

- > DE infirmier : 3 sessions/91 étudiants diplômés, dont 71 en juillet
- > DE aide-soignant : 3 sessions/74 élèves diplômés, dont 65 en juillet

◆ L'activité au niveau régional.

La signature de la convention tripartite en mai 2011 inscrit le partenariat dans la réalité. La co-construction des maquettes d'enseignement pour les unités des champs « sciences humaines, sociales et droit », « sciences biologiques et médicales » et « méthodes de travail » progresse puisqu'aujourd'hui 5 maquettes d'unités d'enseignement sont validées. La commission spécialisée s'est réunie 3 fois. Elle a toujours été précédée d'une assemblée générale du GCS. L'URCA a demandé la révision de la convention, ce qui a occasionné 4 rencontres auxquelles a participé la directrice de l'IFSI au titre d'administrateur du GCS (depuis septembre 2012)

◆ L'activité propre à l'IFSI.

L'activité pédagogique

Evaluations et réajustements menés sur la formation infirmière après la sortie des premiers diplômés grade licence.

Réflexions menées sur la réingénierie de la formation aide-soignante en raison de l'arrivée prochaine des premiers bacheliers en accompagnement, soins, services à la personne (ASSP)

Élément marquant à l'IFSI = le recrutement d'une documentaliste dont la mission principale est le développement du centre de documentation. Son travail est complémentaire de celui mené par les formateurs. Le centre de documentation contribue à l'évolution de l'institut de formation.

Les grands investissements

Les nouvelles méthodes pédagogiques, désormais plus actives, et l'évolution des besoins des apprenants rendent aujourd'hui nécessaire une évolution de l'institut, surtout sur le plan informatique. Le Wifi a été largement investi par les apprenants. Le site internet, ouvert en janvier 2013, a été souvent visité par le public : il totalise plus de 15.000 visites en 8 mois. Les actualités et la vie de l'Institut y sont publiées.



Annexe



7

CH Troyes
CRPP.

Produits	CA 2005 avec T2A à 25 %	%	CA 2006 avec T2A à 35 %	%	CA 2007 avec T2A à 50 %	%	CA 2008 avec T2A à 100 %	%
1 Produits versés par l'assurance maladie	119 206 168	82,82 %	114 496 759	80,62 %	119 080 937	80,19 %	125 686 677	77,93 %
2 Autres produits de l'activité hospitalière (usagers, mutuelles)	9 155 603	6,36 %	10 925 385	7,69 %	11 531 370	7,77 %	11 766 773	7,30 %
3 Autres produits	15 577 514	10,82 %	16 597 378	11,69 %	17 891 074	12,05 %	23 834 329	14,78 %
Total 1	143 939 285	100 %	142 019 522	100 %	148 503 381	100 %	161 287 779	100 %
Charges	CA 2005	%	CA 2006	%	CA 2007	%	CA 2008	%
1 Personnel	90 604 718	64,87 %	93 135 300	65,61 %	96 898 041	65,41 %	102 942 966	63,87 %
non médical	69 828 396	50,00 %	71 509 949	50,38 %	74 381 280	50,21 %	77 726 934	48,22 %
médical	20 776 322	14,88 %	21 625 351	15,23 %	22 516 761	15,20 %	25 216 033	15,65 %
2 Ch à caractère médical	26 761 429	19,16 %	27 750 772	19,55 %	30 002 822	20,25 %	33 782 746	20,96 %
3 C à caractère hôtelier et général	10 810 040	7,74 %	11 576 542	8,16 %	11 304 360	7,63 %	11 851 658	7,35 %
4 C. amortissements, provisions, dépréciations, financières et exceptionnelles	11 493 625	8,23 %	9 488 350	6,68 %	9 938 359	6,71 %	12 598 440	7,82 %
Total	139 669 812	100 %	141 950 965	100 %	148 143 582	100 %	161 175 811	100 %
Déficit ou excédent comptable Total recettes - dépenses	4 269 473		68 557		359 799		111 968	
Remarques relatives aux recettes	dont 0,765 reliquat T2A 2004 (et sans 0,115 complément T2A 2005 versé en 2006)		dont 0,115 reliquat T2A 2005 (et sans 0,145 complément T2A 2006 versé en 2007)					
Remarques relatives aux dépenses	dont 2 primes service (2,4 M€ pour 2004) et 0,24 M€ report G2							
Perte de recettes du fait d'une T2A insuffisante jusqu'en 2007 ; d'un coefficient de transition inférieur à 1 à partir de 2008 à 2011	-7 009 769		-6 954 061		-1 990 557		-2 963 455	
Perte de recettes liée à la convergence tarifaire								
Diminution des tarifs								
Exercices budgétaires	Année 2005		Année 2006		Année 2007		Année 2008	
Budget principal :								
Dotations aux amortissements	6 087 403		5 869 292		6 143 782		6 971 255	
Budget principal :								
Constitution provisions	1 633 252		2 604 970		2 513 080		1 837 210	
Reprise sur provisions	66 048		396 221		476 722		1 809 155	
Provisions en fin d'exercice	4 121 227		6 329 976		8 366 334		8 394 389	



Produits	CA 2009 avec T2A à 100 %	%	CA 2010	%	CA 2011	%	CA 2012	%	CA 2013	%
1 Produits versés par l'assurance maladie	128 388 384	79,87 %	133 094 810	79,55 %	137 940 625	78,52 %	137 222 406	75,60 %	135 262 311	69,51 %
2 Autres produits de l'activité hospitalière (usagers, mutuelles)	12 128 150	7,55 %	12 878 723	7,70 %	14 549 139	8,28 %	14 932 270	8,23 %	15 205 035	7,81 %
3 Autres produits	20 223 675	12,58 %	21 342 550	12,76 %	23 179 562	13,19 %	29 357 987	16,17 %	44 133 192	22,68 %
Total 1	160 740 208	100 %	167 316 083	100 %	175 669 326	100 %	181 512 663	100 %	194 600 538	100 %
Charges	CA 2009	%	CA 2010	%	CA 2011	%	CA 2012	%	CA 2012	%
1 Personnel	103 429 312	64,38 %	105 634 841	62,91 %	107 166 212	61,07 %	111 578 147	61,53 %	113 849 322	58,51 %
non médical	78 952 390	49,15 %	79 553 262	47,38 %	80 598 714	45,93 %	83 681 201	46,14 %	82 912 756	42,61 %
médical	24 476 922	15,24 %	26 081 579	15,53 %	26 567 499	15,14 %	27 896 947	15,38 %	30 936 566	15,90 %
2 Ch à caractère médical	34 387 223	21,41 %	35 231 962	20,98 %	37 938 064	21,62 %	38 832 423	21,41 %	45 218 084	23,24 %
3 C à caractère hôtelier et général	12 630 171	7,86 %	14 593 770	8,69 %	15 985 289	9,11 %	15 787 346	8,71 %	16 038 703	8,24 %
4 C. amortissements, provisions, dépréciations, financières et exceptionnelles	10 202 297	6,35 %	12 447 615	7,41 %	14 397 077	8,20 %	15 147 354	8,35 %	19 470 951	10,01 %
Total	160 649 003	100 %	167 908 189	100 %	175 486 642	100 %	181 345 271	100 %	194 577 061	100 %
Déficit ou excédent comptable Total recettes - dépenses	91 206		-592 106		182 684		167 393		23 477	
Remarques relatives aux recettes										
Remarques relatives aux dépenses										
Perte de recettes du fait d'une T2A insuffisante jusqu'en 2007 ; d'un coefficient de transition inférieur à 1 à partir de 2008 à 2011	-1 956 489		-1 073 554		-125 000					
Perte de recettes liée à la convergence tarifaire			-525 000		-600 000		-200 000			
Diminution des tarifs									-831 000	
Exercices budgétaires	Année 2009		Année 2010		Année 2011		Année 2012		Année 2013	
Budget principal :										
Dotation aux amortissements	7 369 168		7 555 359		8 042 818		7 771 278		7 565 426	
Budget principal :										
Constitution provisions	1 563 262		2 875 586		4 328 616		3 937 928		6 706 658	
Reprise sur provisions	1 086 473		1 259 171		603 886		2 031 737		3 958 818	
Provisions en fin d'exercice	8 871 178		10 487 593		14 212 322		16 118 513		18 866 353	



www.ch-troyes.fr