



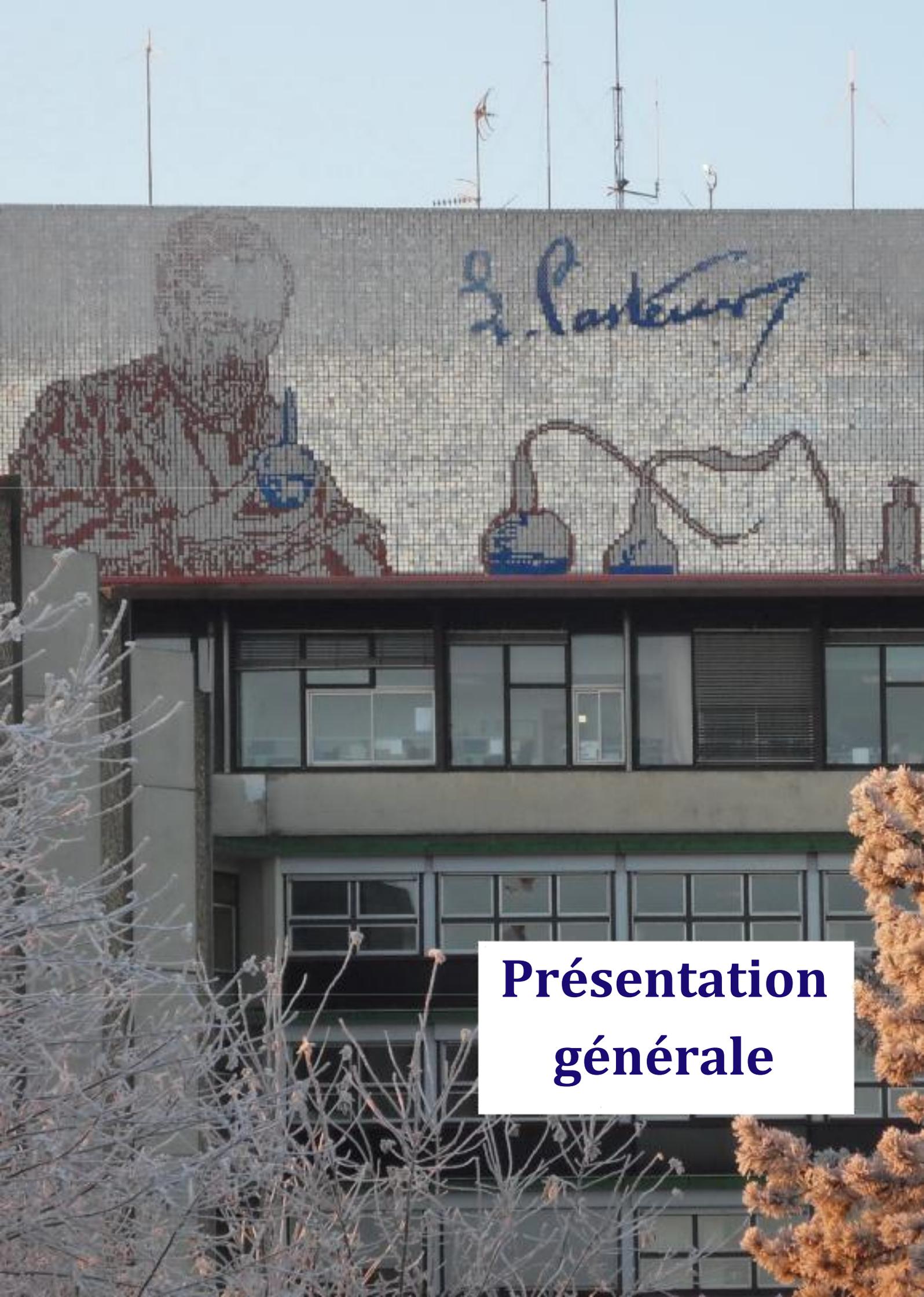
Centre hospitalier Louis Pasteur



Rapport d'activité



2017



Présentation générale

Editorial

2017 a été placée sous le signe des recrutements et des **ressources humaines**. Ressources humaines mises dès le début de l'année à rude épreuve avec des tensions hospitalières importantes, et un afflux hivernal de patients qui ont pu heureusement tous trouver leur place. Dès les premiers jours de janvier et tout au long de l'année, l'équivalent de 105 médecins et 926 personnels non médicaux ont œuvré pour offrir aux patients faisant confiance au Centre Hospitalier Louis Pasteur (CHLP) les meilleurs soins possibles.

Dans un contexte de crise de la démographie médicale, le premier enjeu a été celui du **recrutement de nouveaux médecins**. Alors que l'année commençait sous les meilleurs auspices avec le recrutement de plusieurs anesthésistes, plusieurs départs ont réduit les effectifs d'urgentistes et surtout de cardiologie, mettant cette spécialité en grande difficulté et restreignant fortement l'accès aux soins.

Face à ces difficultés, les coopérations hospitalières, particulièrement avec le CHRU de Besançon, ont permis de maintenir ou de restaurer une offre de soins en rapport avec les besoins de la population. En plus des coopérations déjà connues en oncologie (Institut Régional Fédératif du Cancer), neurologie, et radiologie notamment, le **groupement hospitalier de territoire** a permis de rétablir des offres de gastro-entérologie et d'ophtalmologie essentielles pour le bassin de vie.

En 2017, **l'équipe de direction** a également été profondément renouvelée, avec pas moins de 3 départs sur 6, auxquels s'ajoutent plusieurs départs d'attachés d'administration hospitalière. L'attractivité du CHLP lui a néanmoins permis de reconstituer ses équipes et d'absorber en 2017 une charge de gestion croissante.

En effet, les **projets portés en 2017 ont été multiples** : réorganisation du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR), ouverture de la nouvelle unité « cardio-neuro », préparation du projet de développement de la chirurgie publique ambulatoire en partenariat avec le CHRU de Besançon... Ce dernier permet de trouver un nouvel élan après l'abandon, à l'initiative de notre ancien partenaire, confirmé par une Agence Régionale de Santé en plein renouvellement, du projet de rapprochement avec la Polyclinique du Parc.

L'année a donc été active, même si le nombre de séjours (25 700) accuse une légère baisse, plus faible toutefois que celle enregistrée par tous les hôpitaux publics au niveau national. L'attractivité du CHLP se confirme comme en témoignent les 881 naissances, les 56 000 consultations réalisées, les 28 600 passages aux urgences, et plus de 11 000 séances enregistrées.

Ces chiffres et faits démontrent année après année que notre cœur de métier, une **réponse hospitalière de qualité et de proximité**, est possible.

Sommaire

Présentation générale	
Synthèse	1
Positionnement et rôle du centre hospitalier	2
Les missions de service public confiées au centre hospitalier	5
La Maison des Adolescents	12
Données générales d'activité	
Tableau des lits et places	15
Les séjours hospitaliers	16
L'activité de Médecine-Chirurgie-Obstétrique	17
L'activité de prélèvements et de greffes d'organes et de cellules	22
Les activités médico-techniques	22
L'activité externe	23
Démarche qualité	
Le maintien du niveau de qualité	27
Une dynamique collective positive	28
Un établissement salué par ses usagers et à leur écoute	31
Activité des pôles	
Pôle Médecine	35
Pôle Femme Enfant – MDA	39
Pôle Gériatrie	43
Pôle BASCC-MPR	47
Pôle urgences	51
Pôle « prestataires médico-techniques »	55
Les ressources	
Ressources humaines	61
Ressources financières	63
Fonctions support	
Direction des ressources humaines	67
Coordination générale des soins	69
Direction de l'information médicale et des systèmes d'information	76
Direction des finances, des achats et du patrimoine	78
Direction de l'organisation	84
Les instances	
Le Conseil de Surveillance	89
Le Directoire	90
La Commission Médicale d'Etablissement	91
Les autres instances	92

Synthèse

1031 ETP
rémunérés

407 lits et places
soit 360 lits et
47 places

Budget de
76 millions
d'euros



1326 sorties
SMUR

881 naissances



28 646 passages
aux urgences

56 021
consultations



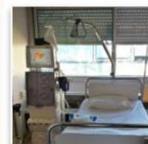
34 664
actes externes

14 815 séjours
(hors séances)



interventions
chirurgicales

8073 séances de
dialyse



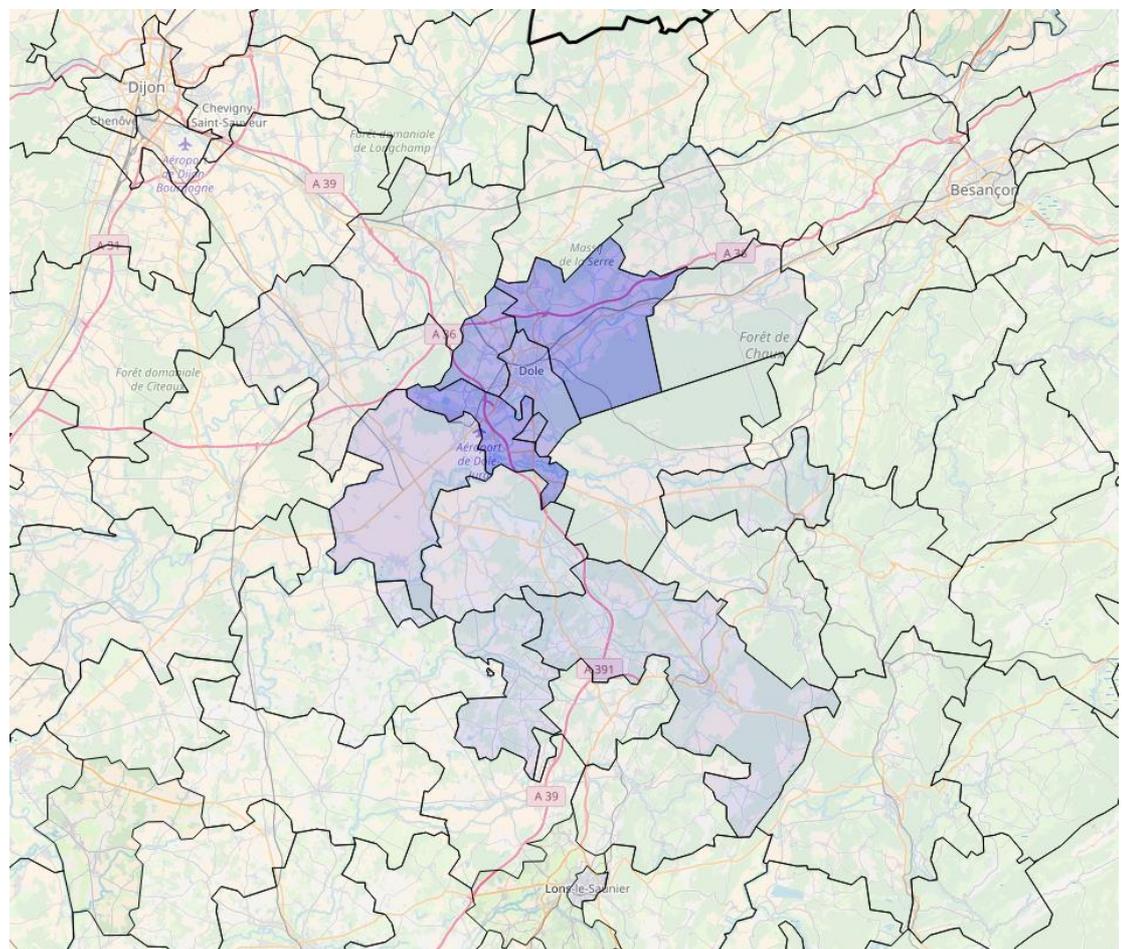
2867 autres
séances

Positionnement et rôle du centre hospitalier

Site et bassin de recrutement

Une zone
d'attractivité pour
l'hospitalisation
stable (+0,07 %)
rassemblant 99 464
personnes en 2017

Situé au cœur de la Communauté d'Agglomération du Grand Dole, le centre hospitalier voit sa zone d'attractivité dépasser cette entité juridique pour s'étendre sur les communes de Dole, Chaussin, Tavaux, Fraisans, Mont-sous-Vaudrey, Auxonne, Arbois et Moissy : lorsqu'ils doivent être hospitalisés, 42,2 % (+1 %) des habitants de cette zone se tournent vers le centre hospitalier (source : ATIH, ScanSanté).



Pour compléter, la présente carte présente la zone d'origine des patients pour des séjours et séances en 2017 (définition plus large que pour les seules hospitalisations visées ci-dessus). Source PMSI-Pilot.

Autorisations et missions d'intérêt général visant à délivrer des soins

L'établissement doit obtenir régulièrement le renouvellement de ses autorisations. En 2017, ont été demandées le renouvellement des autorisations de chirurgie ambulatoire, de médecine d'urgences/SMUR/UHTCD et d'utilisation d'un équipement lourd de scanner

Un établissement inscrit dans de nombreuses coopérations.

Les coopérations font partie des orientations stratégiques et médicales du centre hospitalier Louis Pasteur. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) 2013-2017 institue le principe de coopération dans deux des orientations suivantes :

- insérer durablement le centre hospitalier Louis Pasteur dans son environnement, en organisant les filières de prise en charge avec tous les acteurs de santé publique dans les disciplines comme la néphrologie, l'imagerie, la cancérologie et la gériatrie ;
- développer des coopérations dans le souci de maintenir sur le bassin de vie dolois une offre de santé complète et attractive, notamment à travers la mise en œuvre du projet de coopération avec la polyclinique du Parc à Dole dans le cadre de l'activité de chirurgie.

Cet axe stratégique fort a connu deux évolutions profondes en 2017 :

- d'abord l'approfondissement de la coopération avec la CHU de Besançon, matérialisé par de nombreux projets communs dans différentes spécialités, et par l'adoption au cours de l'été 2017 du Projet Médical Partagé du Groupement Hospitalier du Territoire centre franche Comté
- ensuite avec l'arrêt définitif du projet de coopération avec la Polyclinique du parc notifié par l'Agence Régionale de santé de bourgogne Franche-Comté le 18 décembre 2017.

Les coopérations avec le CHRU de Besançon

Le renforcement des coopérations médicales avec le CHRU de Besançon s'inscrit dans les orientations stratégiques du centre hospitalier Louis Pasteur afin de garantir à la population un accès à des soins de qualité et de permettre un exercice médical attractif.

Dans ce contexte, plusieurs coopérations médicales existent depuis 2013, avec la mise en place de fédérations médicales interhospitalières (qu'elles soient entre le CHLP et le CHRU ou associant d'autres établissements de santé de la région) ou de partenariats développés avec des structures régionales telles que l'Institut Régional Fédératif du Cancer (IRFC). Ces coopérations concernent notamment l'oncologie, l'imagerie médicale ou encore la neurologie. Selon les modèles choisis, des praticiens du CHRU interviennent dans ces spécialités au CHLP. Inversement, des praticiens du CHLP ont la possibilité d'exercer au CHRU sur la base d'un temps partagé.

Ces coopérations se sont développées dans de nouvelles spécialités essentielles pour la prise en charge des patients de la zone d'attractivité du CHLP comme la gastro-entérologie, et seront renforcées par le projet médical partagé adopté 2017 pour constituer le cœur du Groupement Hospitalier du Territoire centre Franche Comté (GHT).

Développement de l'offre publique de chirurgie sur le bassin dolois

Après l'abandon du projet de coopération pour lequel le centre hospitalier Louis Pasteur et la polyclinique du Parc de Dole avaient signé le 8 décembre 2014 un accord cadre définissant les modalités de la coopération entre les deux établissements, la réflexion autour d'un nouveau projet public-public a été initiée en 2017. Ce projet consisterait à développer la chirurgie ambulatoire au CHLP avec le concours déterminant de chirurgiens et d'anesthésistes du CHU de Besançon. Ce projet est d'ores et déjà inscrit dans le projet médical partagé du GHT.

Autres coopérations

Des liens restent à renforcer tant avec les professionnels de santé libéraux qu'avec les structures médico-sociales et le CHS Saint Ylie.

La collaboration avec la médecine de ville doit se traduire par une fluidification des échanges professionnels entre les praticiens hospitaliers et les professionnels de santé libéraux. Le chantier d'amélioration des relations ville-hôpital, initié en 2013, reste d'actualité. Les nouveaux outils numériques dédiés à la coopération seront mobilisés : messagerie sécurisée en santé, lettre de liaison dématérialisée, à terme utilisation commune du dossier médical partagé.

Les missions de service public confiées au centre hospitalier

La permanence des soins

Se distinguant de l'accueil des urgences, la permanence des soins (dite « en établissement de santé », en complément de la permanence de médecine de ville), se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients en aval des urgences, la nuit

(à partir de 20h le plus souvent, et jusqu'à 8h), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés. Elle prend la forme de gardes ou d'astreintes et est assurée au sein du centre hospitalier dans la plupart des spécialités concernées présentes.

La prise en charge des soins palliatifs

L'établissement dispose d'une équipe mobile de soins palliatifs. Cette équipe intervient au profit du centre hospitalier ainsi qu'avec d'autres structures hospitalières ou médico-sociales, avec lesquelles quatorze conventions ont été signées.

L'équipe se compose de :

- Un médecin : Dr Marie-Claude SCHNEIDER, 0.7 ETP EMSP et 0.3 ETP pôle gériatrie
- Un Cadre de santé référent : Mme Karine SAUTRAY, pas de temps dédié
- Une IDE : Mme Céline JOANNES, 0.80 ETP
- Un Psychologue : M. Ricardo FILIPE, 0.8 ETP
- Une secrétaire : Mme Nathalie MARGUIN, 0.5 ETP

L'EMSP du CHLP inscrit son action dans un principe de non-substitution aux équipes médico-soignantes référentes. Son activité consiste d'abord à apporter un soutien clinique, un compagnonnage, afin de permettre une réflexion collégiale et pluridisciplinaire sur les soins et projets de vie personnalisés, dans le respect des droits des patients et en tenant compte des enjeux éthiques,, soit en intervenant directement auprès des patients, soit en concertation avec les équipes.

L'EMSP cherche à favoriser la continuité et la cohérence des parcours des patients dans leurs différents lieux de vie en associant à la concertation les différents intervenants : les équipes hospitalières du CHLP ou d'autres secteurs sanitaires (SSR ou CHS par exemple), les équipes du secteur médico-social (EHPAD, MAS, FAM), les équipes et les professionnels du domicile (médecins généralistes et autres intervenants du domicile : IDE, SSIAD, HAD, ARESPA).

Elle accompagne les équipes dans l'appropriation et le développement de la démarche palliative, mais aussi du questionnement éthique.

L'EMSP a également pour mission de former les personnels afin de « faciliter l'intégration et le développement de la démarche palliative... quel que soit le lieu de prise en charge ». L'EMSP du CHLP décline cette activité sous plusieurs formes : en formation initiale dans les instituts de formation paramédicale, dans le cadre de la formation médicale continue et de la formation continue des personnels soignants, dans les lycées ou encore en direction du grand public sous forme de conférence-débat. Elle participe également à des projets de recherche.

En interne, une intervention spécifique est dédiée aux équipes affectées sur les soins palliatifs et en gériatrie ainsi qu'aux référents pour la démarche palliative. Par ailleurs l'équipe collabore avec les oncologues de l'Institut Régional Fédératif du Cancer intervenant au centre hospitalier et, plus largement, avec les USP-EMSP-Équipes Ressources Régionales en Soins Palliatifs Pédiatriques (ERRSPP) de la région. Elle siège au Comité d'Animation Régional des Soins Palliatifs de Bourgogne Franche-Comté (CRASP) ainsi qu'au Collège Régional des Acteurs en Soins infirmiers (CRASI) et au Collège Régional des Psychologues en Soins Palliatifs (CRPSP). Elle participe activement aux travaux du REQUA sur le Développement Professionnel Continu et les Evaluations de Pratiques Professionnelles.

Des rencontres ont été régulièrement organisées en 2017 pour travailler à l'élaboration du projet médical en soins palliatifs du GHT Centre Franche-Comté et au déploiement précoce de la médecine palliative au domicile des patients, projet inscrit en droite ligne de la mise en œuvre du plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement de fin de vie :

En plus des interventions dans les établissements extérieurs, l'équipe est en contact avec le service social de l'établissement, ainsi que les associations JALMALV (Jusqu'à La Mort Accompagner la Vie) et ARESPA (Association du Réseau de Santé, de Proximité et d'Appui). Elle contribue au comité local d'éthique, à la commission des usagers, à l'accueil des internes. Elle apporte une contribution majeure à la sous-commission qualité de la commission médicale d'établissement consacrée à la politique de soins palliatifs.

Indicateurs d'activité

	FILE ACTIVE	INTERVENTIONS CLINIQUES	REUNIONS PLURIDISCIPLINAIRES FORMALISEES (RPF)	PROCEDURES COLLEGIALES
2017	306	740	97	59
	271	679	39 + Gériatrie	17

Remarque : la file active et le nombre de consultations ou interventions ne reflète qu'une partie de l'activité d'une EMSP dont les missions comportent des aspects qualitatifs prioritaires de développement et d'appropriation de la démarche palliative au sein des équipes partenaires. L'objectif n'est donc pas forcément de faire augmenter ces chiffres d'année en année. Par contre, on peut avoir pour objectif d'augmenter le nombre de réunions pluridisciplinaires qui reflète en partie l'activité d'aide à la réflexion auprès des équipes.

Ont été réalisées au sein même des unités et services de soins du CHLP :

- 179 interventions directes auprès des patients dont 70 % sont conjointes (55% en 2016)
- 92 interventions directes auprès des proches dont 66 % sont conjointes (50% en 2016)
- 568 interventions au total dont 52% uniquement auprès des soignants
- 21 Consultations externes dont 15 consultations médicales externes conjointes avec médecin hospitalier référent (oncologue le plus souvent).
- 6 Consultations médicales en externe ou HDJ avec médecin hospitalier référent
- 167 Interventions téléphoniques

Les interventions se déroulent essentiellement en Rhumatologie (79 interventions) , en Pneumologie (64 interventions) et en Diabétologie-Endocrinologie (56 interventions), pour les motifs suivants :

- 425 pour soutien clinique (aide à l'évaluation, propositions thérapeutiques et de soins, aide au soutien relationnel du patient et/ou de ses proches)
- 307 pour appui-aide à la réflexion (projet de soins et projet de vie)
- 12 pour aide au retour à domicile ou au maintien à domicile
- 29 pour transmissions d'informations afin de faciliter le parcours des patients
- 21 pour aide au questionnement éthique
- 17 pour aide aux prescriptions anticipées
- 3 pour soutien aux endeuillés

Remarque : parfois plusieurs motifs pour une même intervention

Les pathologies les plus fréquemment en cause : cancers : 156 - polypathologie : 56 - pathologies neuro dégénératives : 48 - insuffisance d'organes : 27 - AVC : 9 - Autres : 10

Parallèlement à son activité clinique hospitalière, l'EMSP intervient au domicile des patients. 11 consultations conjointes pluridisciplinaires ont été réalisées sur place avec médecins généralistes et intervenants du domicile en situations complexes. Des contacts directs sont régulièrement avec les médecins généralistes par téléphone et/ou par messagerie électronique pour favoriser leur intégration à la réflexion sur les projets de soins et projets de vie, pour transmission d'informations, pour conseils thérapeutiques...28 médecins généralistes ont été concernés en 2017 (22 en 2016), environ 60 appels, dont la moitié à l'initiative des généralistes.

L'EMSP intervient également en secteur médico-social, notamment au sein des EHPAD avoisinants. 11 conventions de partenariat ont été élaborées et/ou actualisées à cette occasion en 2017.

Par ailleurs, des rencontres communes HAD-EMSP-ARESPA sont programmées toutes les 6 à 8 semaines. L'objectif est le repérage précoce des situations complexes et la collaboration pour favoriser l'anticipation, la continuité et la cohérence des parcours de soins.

L'accueil d'internes dans le cadre de l'enseignement universitaire

L'établissement a accueilli 25,06 équivalents temps plein en 2017, que ce soit en médecine générale ou en spécialité dans les services suivants : urgences, cardiologie, diabétologie, médecine polyvalente, pneumologie, , pédiatrie, gynécologie-obstétrique, rééducation fonctionnelle, gériatrie, néphrologie, soins de suite et de réadaptation, pharmacie, laboratoire, médecine du travail, Maison des adolescents.

Au 1er jour de chaque semestre leur est réservé une après-midi pour leur présenter les projets de l'établissement, son fonctionnement et un certain nombre de services auxquels ils peuvent être amenés à avoir recours. Un livret d'accueil de l'interne leur est transmis à cette occasion, qui comprend également le règlement des internes au CH Louis Pasteur.

Par ailleurs, certains praticiens hospitaliers de l'établissement proposent aux internes des formations très spécifiques en complément de leur cursus universitaire.

La formation initiale du personnel paramédical

L'IFSI Jura Nord de Dole accueille 199 Etudiants en Soins Infirmiers (ESI) pour 3 années de formation et 40 élèves aides-soignants (30 en cursus partiel. 10 en cursus partiel).



Le site de l'IFSI rue Flamand

CONCOURS D'ENTRÉE INFIRMIER : 585 candidats sont inscrits pour 65 places. Pour ces 65 étudiants de 1^{ère} année à la rentrée de septembre 2017 : la population d'étudiants est principalement féminine (58 femmes et 7 hommes) et vient en majorité des départements du Jura (36 étudiants) et de celui du Doubs (16 étudiants). La tranche d'âge des 18.25 ans est la plus importante (57 étudiants).

Plus de 463 encadrements en stage sont assurés par les cadres de santé formateurs dans les établissements (64 lieux de stage) accueillant les étudiants en soins infirmiers.

RESULTATS DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER : **Session Mars** : 0 candidat présenté. **Session Juillet**: 54 candidats présentés : 51 admis. **Session Décembre** : 6 présentés : 6 admis.

CONCOURS D'ENTRÉE AIDE SOIGNANT : 118 candidats pour 30 places.

SELECTION CURSUS PARTIEL : 23 candidats pour 10 places.

Pour ces 40 élèves à la rentrée de septembre 2017 : la population d'élèves ou stagiaires est féminine (40 femmes), jeune (28 élèves ont entre 18-25 ans) et plutôt jurassienne (25 élèves du Jura ; 5 du Doubs et 4 de Côte d'Or et 6 autre région).

40 encadrements et 84 Mises en Situation Professionnelle sont assurés par les cadres de santé formateurs dans les établissements (total 39 lieux de stage) accueillant les élèves et stagiaires aides-soignants.

RESULTATS DIPLÔME D'ÉTAT D'AIDE SOIGNANT : **Session de mai** : 1 présenté : 1 reçu. **Session de juillet** : 31 présentés : 30 reçus. **Session d'octobre** : 5 présentés : 5 reçus.

1 107 patients ont bénéficié d'un programme d'éducation thérapeutique

Les actions d'éducation et de prévention pour la santé

Dans le but d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique, le centre hospitalier développe neuf programmes d'éducation thérapeutique dans les domaines suivants :

- Education des patients insuffisants cardiaques,
- Clinique des anticoagulants,
- Patients diabétiques insulino-dépendants et non insulino-dépendants,
- Cycles d'éducation thérapeutique pour patientes atteintes de diabète gestationnel,
- Stage sport et diabète.
- Patients porteurs de stomies, de plaies chroniques ou de problèmes de cicatrisation,
- Patients porteurs de Polyarthrite rhumatoïde,
- Patients en surcharge pondérale,
- Journée d'éducation pluriprofessionnelle pour patients atteints de spondylarthrite,
- Un dixième programme d'éducation thérapeutique en direction des personnes porteuses d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs a été déposé à l'ARS Bourgogne Franche-Comté. Il est en attente de validation avant mise en œuvre.

287 patients reçus à la PASS

La lutte contre l'exclusion sociale

Le centre hospitalier lutte contre l'exclusion à l'aide de deux services : la PASS et le service social.

La PASS (Permanence d'Accès aux Soins en Santé) s'adresse aux personnes en situation de précarité et vise à leur faciliter l'accès au système de santé ainsi qu'à les aider dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. L'objectif est d'aider ces personnes à rentrer dans le droit commun.

Le service social intervient dans 12 % des hospitalisations

Le service social a une vocation différente : il s'efforce de permettre aux patients de sortir de l'établissement (que ce soit chez eux ou dans une autre structure) dans les meilleures conditions possibles. Le service social a été renforcé en effectif en cours d'année ; il a ainsi traité 1 725 dossiers (+20 %).



Exercice de l'unité fixe de décontamination hospitalière

Les actions de santé publique

Conformément aux dispositifs législatifs et réglementaires, le centre hospitalier s'est organisé et s'est équipé pour être en mesure de répondre aux situations sanitaires exceptionnelles ou à un afflux massif de victimes. L'établissement est en mesure de se confronter aux risques notamment chimiques, compte tenu de la présence d'un site classé SEVESO à proximité.

L'établissement a réalisé plusieurs exercices locaux et nationaux.

Il par ailleurs participé au test du système d'identification national SIVIC permettant d'identifier les victimes de catastrophes majeures. .

Par ailleurs, l'établissement a organisé à différents titres diverses actions entrant dans le champ de la santé publique :

Journée mondiale du don d'organes et de tissus

Sensibilisation contre le cancer du sein (octobre Rose)

Semaine de la sécurité des patients (chambre des erreurs, campagne d'information, questionnaire interne)

Journée européenne sur le droit des patients

La Maison des Adolescents

Les objectifs de la Maison des Adolescents, située tout près de l'IRM, sont de :

- recevoir les adolescents et/ou leurs familles pour des demandes et besoins très variés, allant de problématiques psychologiques importantes à des questions d'orientation scolaire ou sociale,
- accompagner l'adolescent et sa famille vers des prises en charge extérieures ou initier de nouveaux modes de prise en charge pour des cas qui n'ont pas trouvé de réponses adéquates,
- fédérer, animer et former le réseau des professionnels de l'adolescence du département,
- constituer un centre de ressources, d'information et de formation pour tous.



La MDA du Jura a formalisé plusieurs partenariats ; avec la protection judiciaire de la jeunesse, le centre hospitalier spécialisé du Jura, le Fil Santé Jeunes, l'association @ntigone.

La maison des adolescents du Jura accueille

- tout adolescent sans demande particulière
- tout adolescent de 12 à 19 ans ayant besoin d'un accueil et d'une écoute, qui se pose des questions dans le champ de la santé, de la famille, de la sexualité, du mal être, du droit, des dépendances, de la scolarité...
- toute famille, parent ou proche se sentant en difficulté avec un adolescent.

Le territoire d'intervention est le département du Jura, les jeunes des départements limitrophes sont également accueillis.



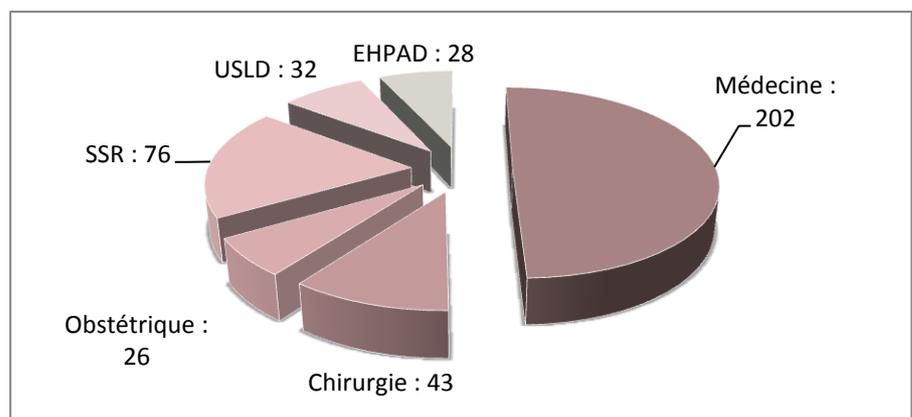
Données générales
d'activité

Tableau des lits et places

Pôle	Libellé UF	Nombre de lits	Nombre de places
POLE MEDECINE	Endocrinologie - Diabétologie HJ		1
	Endocrinologie - Diabétologie HC & néphrologie	26	
	Rhumatologie - Médecine interne HJ		2
	Médecine Cardiologie Neurologie Addictologie HC	32	
	Rhumatologie - Médecine interne HC	25	
	Cardiologie Soins Intensifs	6	
	Pneumologie - Oncologie médicale HC	25	
	Chimiothérapie		5
	Douleur HJ		1
Hémodialyse			11
TOTAL POLE MEDECINE		114	20
	Pédiatrie HC	12	
	Unité Adolescents HC	4	
	Néonatalogie	6	
	Obstétrique HC	20	
	Gynécologie HC	4	
	Maternité HJ		4
TOTAL POLE FEMME-ENFANT		46	4
POLE BASC MPR	Chirurgie	26	
	Surveillance continue HC	4	
	Médecine physique et réadaptation HC	26	
	Médecine physique et réadaptation HJ		4
	Chirurgie ambulatoire		17
TOTAL POLE CHIRURGIE		56	21
POLE GERONTOLOGIE	Gériatrie aigue HC	24	
	Soins de suite gériatrique HC	21	
	Psycho-gériatrie HC	12	
	Soins de suite gériatrique HJ		2
	Réadaptation gériatrique HC	23	
	USLD	32	
	EHPAD	28	
TOTAL POLE GERONTOLOGIE		140	2
POLE URGENCES	UHTCD	4	
TOTAL POLE URGENCES		4	
TOTAL GENERAL		360	47
TOTAL LITS ET PLACES			407

36 lits ont été supprimés entre 2013 et 2017

Répartition des lits et places par typologie juridique d'activité



85 % des lits et places relèvent du secteur sanitaire, 67 % du secteur dit MCO (médecine, chirurgie, obstétrique)

Les séjours hospitaliers

Les recettes présentées dans cette partie sont des recettes dites « 100 % assurance maladie » : il s'agit des sommes qui seraient versées à l'établissement si celui-ci était financé à 100 % par l'assurance maladie, sans prendre en compte les parts mutuelle et patient, lesquelles sont assises sur des modalités variables selon les séjours, les pathologies, la mutuelle et le statut juridique du patient.

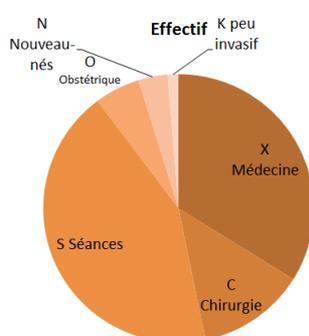
Séjours et séances

Hospitalisations	0 nuit	>0 nuit	total
<u>Séjours hors séances</u>			
Nombre de RUM	3 459	11 346	14 805
RUM en %	23,4%	76,6%	
Recettes en €	3 250 155	32 482 868	35 733 023
Recettes en %	9,1%	90,9%	
Recette moyenne en €	939,62	2 862,94	
<u>Séances</u>			
Nombre de RUM	10 940		
Recettes en €	3 755 800		
Recette moyenne en €	343,31		

L'activité par grande discipline

L'activité est ici présentée selon deux classifications : la classification ASO (Activités de Soins qui distingue médecine, chirurgie et obstétrique) et la classification un peu plus fine des catégories d'activités de soins (CAS).

Cette vision à grosse maille sera complétée plus loin par des catégorisations par GHM (groupes homogènes de malades) et CMD (catégories majeures de diagnostics).



Classification ASO

	Effectif	Recettes (€)
Médecine	20 092	26 343 708
Chirurgie	4 096	10 788 109
Obstétrique	1 384	2 357 007
Non défini	183	
Total	25 755	39 488 823

Classification CAS

	Effectif	Recettes (€)
X Médecine	8 623	22 366 131
C Chirurgie	3 297	9 266 620
S Séances	10 940	3 755 800
O Obstétrique	1 384	2 357 007
N Nouveau-nés	896	1 235 101
K peu invasif	327	508 165
Total	25 755	39 488 823

L'activité de Médecine – Chirurgie – Obstétrique

Séjour RUM

Séjours R.U.M.	2017	2016	Variation
Nombre de RUM	27 916	28 428	-1,80%
Nombre de séances	10 940	10 957	-0,16%

Séjour RSS Caractéristiques

Séjours R.S.S.	2017	2016	Variation
Nombre de RSS dans la période	25 755	26 011	-0,98%
Nombre de RSS mono-unité	24 074 [93%]	24 185 [93%]	-0,46%
Age moyen par RSS (hors CMD 15)	61,51 ans	61,54	-0,06%
% d'hommes	50 %	50 %	0%
Taux de décès	1,27 %	1,29 %	-2,01%
Durée Moyenne des RSS, hors séances	4,37	4,59	-4,90%
Durée Moyenne des RSS, séjours de 2 jours et plus	6,89	7,16	-3,78%
Durée Moyenne des RSS, hors RSS de 0 jour	5,69	5,95	-4,42%
Nombre de journées brut des RSS	79 083	83 531	-5,32%
Nombre de journées PMSI des RSS	64 706	69 140	-6,41%
Taux de chirurgie ambulatoire (définition DGOS 2015)	53,92	51,17	5,37%
IPDMS	1	1,04	-4,27%
Nombre de séjours ambulatoires (séances incluses)	14 377 RSS	14 391	-0,10%

Niveaux de sévérité

Libellé	Année		
	2017	2016	Variation
Chirurgie ambulatoire	1818	1848	-1,62%
Décès	51	54	-5,56%
Non segmenté	12199	12214	-0,12%
Séjours de courte durée	2045	2118	-3,45%
Sévérité 1	3723	4012	-7,2%
Sévérité 2	1826	1882	-2,98%
Sévérité 3	1758	1521	15,58%
Sévérité 4	526	462	13,85%
Sévérité A	1521	1637	-7,09%
Sévérité B	257	229	12,23%
Sévérité C	27	29	-6,9%
Sévérité D	4	5	-20%

Libellé	DMS PMSI		
	2017	2016	Variation
Chirurgie ambulatoire	0	0	-
Décès	0,49	0,48	2,08%
Non segmenté	0,23	0,32	-28,13%
Séjours de courte durée	0,64	0,63	1,59%
Sévérité 1	3,14	3,52	-10,8%
Sévérité 2	7,19	8,06	-10,79%
Sévérité 3	10,87	11,61	-6,37%
Sévérité 4	16,26	17,91	-9,21%
Sévérité A	4,12	4,21	-2,14%
Sévérité B	5,79	6,06	-4,46%
Sévérité C	9,19	10,03	-8,37%
Sévérité D	7,75	9,2	-15,76%

Libellé	CA T2A (€)		
	2017	2016	Variation
Chirurgie ambulatoire	2411750	2274125	6,05%
Décès	39919	46754	-14,62%
Non segmenté	5212302	5734466	-9,11%
Séjours de courte durée	1237874	1312082	-5,66%
Sévérité 1	7082177	7767169	-8,82%
Sévérité 2	6676303	6975564	-4,29%
Sévérité 3	9263382	8148592	13,68%
Sévérité 4	4169841	3889399	7,21%
Sévérité A	2626181	2868734	-8,46%
Sévérité B	625510	588728	6,25%
Sévérité C	120177	134314	-10,53%
Sévérité D	23408	34901	-32,93%

Les 10 GHM les plus producteurs de recettes.

Racine	Libellé	Effectif 2017	CA T2A (€)	CA T2A 2017 cumulé en %
28Z04	Hémodialyse, en séances	8 058	2 634 246	6,67%
05M09	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire	351	1 435 588	10,31%
14Z14	Accouchements uniques par voie basse chez une multipare	404	837 910	12,43%
15M05	Nouveau-nés de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1)	774	832 854	14,54%
04M05	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans	218	778 805	16,51%
01M30	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires	168	774 771	18,47%
06C04	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon	79	773 940	20,43%
08C49	Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans	113	761 045	22,36%
14Z13	Accouchements uniques par voie basse chez une primipare	285	727 615	24,20%
28Z07	Chimiothérapie pour tumeur, en séances	1 704	654 464	25,86%

Focus sur les séjours de zéro jour

En général

Libellé	Effectif		
	2017	2016	Variation
Médecine	11 997	12 433	-3,51%
Chirurgie	1 824	1 621	12,52%
Obstétrique	373	337	10,68%
Non définis	183	0	
Total	14377	14391	

Libellé	CA T2A (€)			CA T2A cumulé 2017 en %
	2017	2016	Variation	
Médecine	4 464 412	4 650 762	-4,01%	63,72
Chirurgie	2 443 930	2 250 691	8,59%	98,61
Obstétrique	97 614	75 785	28,80%	100
Non définis	0			100
Total	7 005 955	6 977 238		100%

Les séances

Libellé	Effectif		
	2017	2016	Variation
Hémodialyse, en séances	8 058	8 265	-2,50%
Chimiothérapie pour tumeur, en séances	1 704	1 586	7,44%
Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	938	867	8,19%
Transfusions, en séances	224	222	0,90%
Entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire, en séances	14	17	-17,65%
Entraînements à la dialyse péritonéale automatisée, en séances	2	0	
Total	10940	10957	

Libellé	CA T2A (€)			CA T2A 2017 % cumulé
	2017	2016	Variation	
Hémodialyse, en séances	2 634 246	2 699 234,01	-2,41%	70,14
Chimiothérapie pour tumeur, en séances	654 464	607 825,55	7,67%	87,56
Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	324 563	302 385,60	7,33%	96,21
Transfusions, en séances	136 215	136 080,72	0,10%	99,83
Entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire, en séances	5 476	6 666,79	-17,86%	99,98
Entraînements à la dialyse péritonéale automatisée, en séances	836	n/a		100
Total	3 755 800	3 752 193		100%

Séjours en unité de chirurgie ambulatoire

Libellé	Effectif 2017		
	2017	2016	Variation
Chirurgie	1 591	1 386	14,79%
Médecine	83	102	-18,63%
Obstétrique	1	0	
Total	1675	1488	

Taux de chirurgie ambulatoire	53,92 %	51,17 %
-------------------------------	---------	---------

Libellé	CA T2A (€)			CA T2A
	2017	2016	Variation	2017 % cumulé
Chirurgie	2 185 486	1 989 450	9,85%	97,41
Médecine	58 091	69 561	-16,49%	100
Obstétrique	0	n/a		100
Total	2 243 577	2 059 011		100%

L'activité de prélèvements et de greffes d'organes et de cellules

12 cornées prélevées

En Août 2017 le CHLP a obtenu le renouvellement de son autorisation pour effectuer les prélèvements de tissus à des fins thérapeutiques sur personnes décédées pour une durée de 5 ans.

Conformément aux missions qui lui sont confiées la coordination

- A recensé et suivi 33 patients neuro lésés graves, dont 3 donneurs potentiels qui ont été transférés vers le CHU de Besançon en vue d'un prélèvement multi-organes.

1 seul a abouti ce qui a permis le don du cœur, des poumons, des reins, des artères et des cornées.

- A recensé 399 décès survenus dans l'établissement et a effectué le prélèvement de 12 cornées.
- A effectué 3 prélèvements de membrane amniotique.
- A formé et informé les personnels paramédicaux, les étudiants infirmiers, les élèves aides-soignants mais aussi le grand public (52 h au total).

La finalisation de la mise en place du programme Cristal Action de l'Agence de Biomédecine en 2017 permettra en 2018 d'améliorer le recensement des donneurs potentiels et de mieux accompagner leurs proches.

Les activités médico-techniques

Imagerie médicale

	2016	2017	Ecart
Scanner	14 516	15 109	4,0%
Radiographie	31 668	33 841	6,4%
Echographie	4 148	3478	-1,6%
IRM	979	987	0,8%

Biologie médicale

	2016	2017	Ecart
Total B	13 571 829	13 402 152	-1,25%

Pharmacie

	2016	2017	Ecart
Nombre de lignes	117 160	109 024	-6,9%
Nombre de préparations à l'UCR	2 831	2606	-8,5%

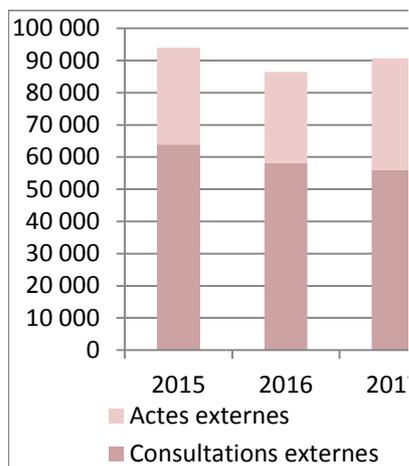
Laveurs désinfecteurs

	2016	2017	Ecart
Nombre cycles	3981	4 387	10,2%
Nombre paniers	24 512	24 818	1,24%
Nombre paniers colio	514	566	9,92%
Nombre sabots	21 695	20 190	-2,69%
Autoclaves			
Cycles containers	1475	1954	24,4%
Volume en m3	478	633	32,5%
Nombre paniers	3203	3132	-3,2%
Packs + conteneurs	8276	8581	3,7%

L'activité externe

	2015	2016	2017	Evolution 2017/2016
Consultations				
externes	63 943	58 191	56 021	-9,00%
Variation	- 8 543	-5 752	- 2 170	
Actes externes	30 031	28 217	34 664	+ 22,85%
Variation	-1 913	-1 814	+ 6447	
Total	93 974	86 408	90685	+ 4,95 %
Variation	-10 456	- 7 566	+ 4 277	

La hausse constatée cette année fait suite à une baisse importante en 2016. La hausse provient notamment es pôles médecine, FME, BASC-MPR.



SERVICES	Consultations Externes			ACTES EXTERNES			Total C + Actes 2017	Part dans le total
	Publiques	Privées	Totales	Public	Privés	Totaux		
				Actes	Actes	Actes		
Endocrino-Diabétologie	2756		2756	659		659	3415	3,8%
Consultation Douleur	415		415			0	415	0,5%
Rhumatologie	982		982	1816		1816	2798	3,1%
Neurologie EMG			-				-	-
Neurologie EEG			-				-	-
Ostéo-densitométrie	150	122	272	154		154	426	0,5%
Cardiologie	1947	387	2334	4295	383	4678	7012	7,7%
Electro-cardiologie			-	587		587	587	0,6%
Echo-cardiologie			-	163		163	163	0,2%
Pneumologie	1526	32	1558	599		599	2157	2,4%
Endoscopie pneumo.				811		811	811	0,9%
Néphrologie	1025		1025	9		9	1034	1,1%
Hémodialyse			-	5		5	5	
Oncologie Hématologie	995		995	54		54	1049	1,2%
Pôle Médecine	9796	541	10337	9152	383	9535	19872	21,9%
Chirurgie	7763	1669	9432	1219	658	1877	11309	12,4%
Stomatologie	35		35	26		26	61	0,1%
Ophtalmologie	1265		1265	7759		7759	9024	9,9%
Consultations externes	5		5	366		366	371	0,5%
Anesthésie	3291		3291	5		5	3296	3,6%
Rééduc/F. (Cs Amc Ams)	500		500	80		80	580	1,0%
Pôle BASSC-MPR	12859	1669	14528	9455	658-	10113	24641	27%
Gynécologie-Obstétrique	7985	6380	14365	3796	1122	4918	19283	21,3%
Echographie Mater.	26			5337		5337	5337	5,9%
Pédiatrie	2998		2998	60		60	3058	3,4%
Pôle Mère Enfant	11009	6380	17389	9193	1122	10315	27 704	30,5%
Gériatrie	115		115	112		112	293	0,3%
Pôle gériatrie	115		115	112		112	227	0,3%
Urgences	13652		16652	5247		5247	18 899	20,8%
Pôle Urgences	13 652		13 652	5247		5247	18 899	20,9%
TOTAUX	47 431	8590	56 021	33 159	2163	35 322	91 343	100%

Source : transaction CPAGE « MESTA »

VOUS
S PAS
ORTE

Mama

Démarche
qualité

C.H. LOUIS PASTEUR

Billet valable pour 1 personne

Centre Hospitalier Dole

1^{er} Forum Sécurité des Patients
du Centre hospitalier Louis Pasteur

Mercredi 25 novembre 2015
16h00

Billet d'entrée au
suivi d'un apéritif offert

Entrée gratuite

Salle Yves Mamie, 1^{er} étage
CH Louis Pasteur
73 av. Léon Jouhaux - DOLE

semaine de la sécurité des patients

Billet valable pour 1 personne

Vous êtes hospitalisé(e)
vous allez l'être

Vous avez le droit
d'être assisté(e) d'une
personne de confiance

Le maintien du niveau de qualité

Niveau de certification B

Le centre hospitalier a engagé une mise à jour de sa politique qualité en juin 2017 et elle porte sur la période 2017-2018. Cette politique a été soumise aux instances pour validation (Directoire, CME, CTE).

Les axes prioritaires de la politique qualité sont les suivants :

- Priorité 1 : Parcours patient - Généraliser l'identification des risques par parcours patient
- Priorité 2 : Lettre de liaison - Améliorer le taux de conformité de l'indicateur Qualité du Document de Sortie (QDS) des indicateurs nationaux sur la qualité et la sécurité des soins.
- Priorité 3 : Politiques des thématiques HAS - Formaliser ou réviser toutes les politiques en lien avec les thématiques de la HAS

Les axes prioritaires de cette politique ont été traduits en plan d'actions intégré au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, qui fait l'objet d'un document distinct. La mise en œuvre de cette politique repose sur des commissions contributives de la CME, des directions fonctionnelles ou des services.

Une dynamique collective positive

Un maintien des résultats avec néanmoins un travail important à fournir sur le document de sortie.

223 dossiers de patients examinés de manière pluridisciplinaire sous l'angle indicateur qualité

La HAS recueille désormais en alternance les indicateurs de tenue du dossier patient et ceux relatifs à la prise en charge clinique : ce sont les indicateurs de pratique clinique qui sont examinés cette année.

Des plans d'actions ont été mis en place à la suite de ces audits



L'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL (AVC)



Indicateurs	Résultat DOLE en 2015	Résultat DOLE en 2017	COTATION
Avis neuro-vasculaire	99%	94%	A
Cet indicateur évalue la proportion de patients ayant bénéficié de l'avis d'un médecin spécialisé en neurologie vasculaire			
Evaluation par un professionnel de la rééducation dans le cadre de l'AVC	93%	81%	B
Cet indicateur 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			
Dépistage des fausses routes	29%	31%	C
Cet indicateur évalue la proportion de patients ayant bénéficié du dépistage des troubles de la déglutition			
Consultation post AVC programmée	44%	16%	C
Cet indicateur évalue la proportion de patients pour lesquels au moment de la sortie de l'établissement une date de consultation avec un médecin de la filière AVC est programmée dans les 6 mois			

A

B

C

D

La lettre et la couleur expriment le positionnement de l'établissement par rapport à l'objectif national fixé à 80%



C. H. Louis Pasteur – DOLE –

HEMODIALYSE



Indicateurs	Résultat 2015	Résultat 2017	COTATION
Surveillance du statut martial du patient traité par ASE	76%	74%	B
Cet indicateur évalue si les dosages biologiques permettant d'évaluer le statut martial du patient traité par ASE sont notés dans le dossier			
Surveillance nutritionnelle - statut nutritionnel	61%	95%	A
Cet indicateur évalue si 3 des 4 critères (IMC, dosage de l'albumine, calcul du nPCR, pourcentage de variation du poids sec en 6 mois) sont notés dans le dossier du patient			
Appréciation de l'épuration - prescription de 3 séances et 12 heures hebdomadaires	76%	72%	B
Cet indicateur évalue si la prescription d'au moins 3 séances d'une durée totale d'au moins 12 heures hebdomadaires est notée dans le dossier du patient			
Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation rénale	30%	100%	A
Cet indicateur évalue si une évaluation annuelle en vue de l'accès à la transplantation rénale est notée dans le dossier du patient			

A

B

C

D

La lettre et la couleur expriment le positionnement de l'établissement par rapport à l'objectif national fixé à 80%



PREVENTION DES COMPLICATIONS DE L'ACCOUCHEMENT

Indicateurs	Résultat CH Dole en 2015	Résultat de l'établissement en 2017	
Prévention de l'hémorragie après un accouchement	90%	97%	A
Cet indicateur évalue 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			
Surveillance clinique en salle de naissance après l'accouchement	75%	68%	B
Cet indicateur évalue la surveillance clinique minimale (pouls, tension artérielle, qualité du globe utérin, évaluation quantitative et qualitative de la perte sanguine) dans les 2 heures qui suivent l'accouchement et l'examen autorisant la sortie de la patiente de la salle de naissance			
Prise en charge initiale de l'hémorragie du post-partum immédiat	68%	38%	C
Cet indicateur évalue si l'heure du diagnostic, le volume de sang perdu et la réalisation d'au moins un geste <u>endo-utérin</u> sont notés dans le dossier de la patiente			

A **B** **C** **D**

La lettre et la couleur exprime la position de l'indicateur par rapport à l'objectif national fixé à 80%

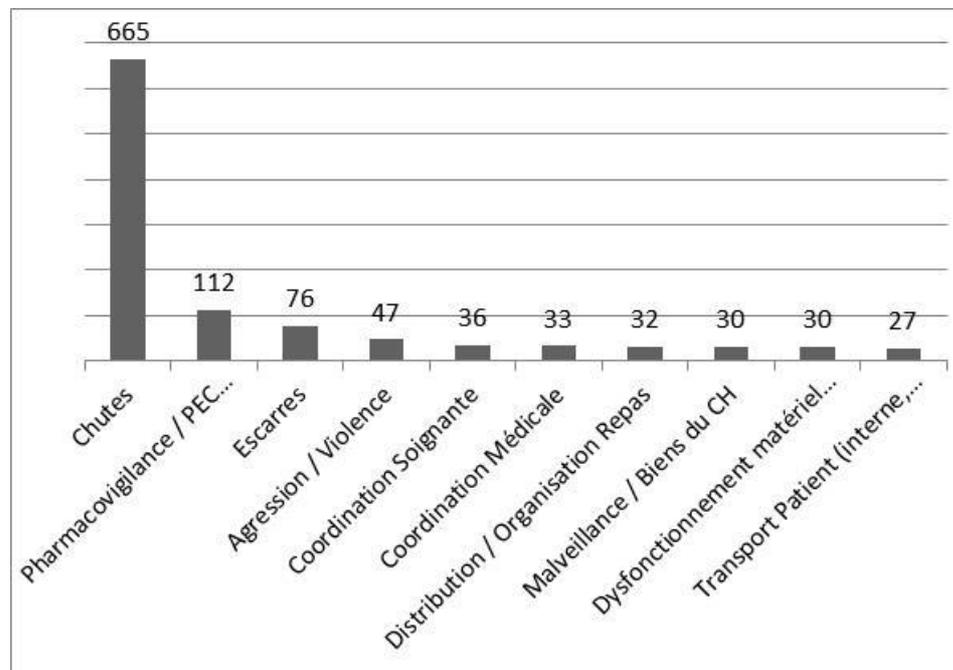
Un pilotage de la qualité revu pour s'adapter aux nouveaux standards attendus de la Haute Autorité de Santé mais également pour améliorer encore la coordination des professionnels.

Une culture du retour d'expérience toujours mieux ancrée

L'établissement enregistre pour l'année 2017, un nombre de 1304 fiches de signalements d'évènements indésirables ont été enregistrés.

Les professionnels de l'établissement ont été de nouveau sensibilisés en 2017 sur la culture du signalement suite à la mise de la charte du signalement responsable.

Les catégories de signalement ne varient pas et restent cohérentes par rapport à 2016.



Un établissement salué par ses usagers et à leur écoute

A l'écoute des patients

En 2017, 1703 questionnaires de satisfactions ont été remplis par les patients et retournés au service des relations avec les usagers. Cette

Quelques résultats concernant les questionnaires de sortie :

- Accueil bon à excellent : 97,4 % ;
- Informations médicales claires : 97,9 % ;
- Personnel paramédical efficace : 98,4 % ;
- Douleur soulagée totalement pour 66,1 % des patients et partiellement pour 32,8 % des patients ;
- Intimité respectée : 97,5 %.
- Bonne qualité des repas : 85,6 %.
- Jamais ou rarement gêné par le bruit du service de nuit: 94,5 %.
- Jamais ou rarement gêné par le bruit du service de jour : 90,6 %.

En 2017, le montant des indemnités versées aux usagers dans le cadre des demandes amiables d'indemnisation matérielles représentent 6498 euros.

L'année 2017 marque donc une amélioration du score global de satisfaction des usagers sur l'ensemble des champs du questionnaire.

L'établissement a poursuivi son investissement dans la démarche d'évaluation en ligne de la satisfaction des usagers via la Haute Autorité de Santé. De part les efforts fournis par le bureau des admissions, l'établissement a été en mesure de doubler le nombre d'adresse mail envoyées, à savoir 1020 contre 453 en 2016.

En 2017, les résultats de cette enquête montrent un indice de satisfaction globale des usagers à distance de l'hospitalisation de 73.66/100. Ce résultat va permettre à l'établissement d'améliorer encore plus la qualité des soins et services rendus aux patients en identifiant les attentes des usagers.

Sur ce volet, l'établissement s'est également porté volontaire pour participer au déploiement de la mesure en ligne de la satisfaction des usagers en chirurgie ambulatoire. Les résultats de cette expérimentation nationale seront connus en 2018.

D'autre part, l'établissement a reçu 23 courriers d'éloges rédigés par les patients ou leurs familles.

L'établissement a enfin reçu 106 réclamations orales ou écrites adressées à la direction ; une réponse ou un rendez-vous est systématiquement apportée ou proposé.

L'établissement n'a pas engagé deux médiations médicales pour l'année 2017.

La réponse aux démarches administratives des patients.

L'établissement a donné suite à 222 demandes de copie de dossiers médicaux. Le volume global des demandes de dossiers médicaux est en augmentation depuis 2016.

Pour l'année 2017, les demandes se répartissent de la manière suivante :

- 184 demandes de moins de 5 ans traitées en moyenne en 9 jours
- 38 demandes de plus de 5 ans traitées en moyenne en 17 jours

En 2017, 39% des doléances des usagers concernaient des problématiques de facturation des frais de séjours.

Le départ du médecin DIM courant 2017 a déporté le travail de reproduction des dossiers médicaux sur les secrétariats médicaux. Ceci peut expliquer l'augmentation de la durée de traitement pour les demandes de dossiers datés de moins de cinq ans qui doivent être remis en moins de 8 jours.

En 2017, l'établissement a traité 20 demandes amiables indemnitaires de patients ou de familles. L'établissement a enregistré cinq nouvelles affaires devant le tribunal administratif ou la CCI.

L'installation de la commission des usagers

La commission des usagers de l'établissement s'est réunie 5 fois en 2017. Elle s'est réunie une fois par trimestre et elle a tenu une séance exceptionnelle au deuxième trimestre pour se prononcer sur le projet de soins partagé du GHT.

Au cours de ses séances, la CDU s'est prononcée sur :

- Son nouveau règlement intérieur (avis favorable) ;
- Le rapport d'activité 2016 (avis favorable) ;
- La politique du CLIN (avis favorable) ;
- La mise à jour de la plaquette des cultes suite à la demande de l'église évangélique de Northwich d'y figurer (avis défavorable) ;
- Le projet de soins partagé du GHT (avis favorable) ;

Elle a été également informée sur divers points de la politique qualité à savoir, les résultats de la satisfaction des usagers, les enquêtes sur la culture de la sécurité, diverses EPP telles que le dépistage, la prévention et la prise en charge de la dénutrition chez la personne âgée de plus de 70 ans, l'évaluation et la traçabilité de la douleur – pôle médecine, l'autorisation d'opérer des mineurs – Présence et Qualité du document, la surveillance de la transfusion, les résultats des signalements des événements indésirables...



Activité des pôles

Pôle Médecine

Chef de pôle : **Mme le Dr TSCHUDNOWSKY**
M. le Dr MOTTE
 Cadre de pôle : **Mme DIANON**
 Cadre administratif de pôle : **M. PRECIAT**
 Directeur référent : **Mme DEROME**

114	20
lits	places
Capacités	

Activités médicales

- Diabétologie-Endocrinologie
- Néphrologie – dialyse péritonéale
- Rhumatologie
- Cardiologie-neurologie
- Soins intensifs de cardiologie
- Pneumologie-Oncologie
- Chimiothérapie
- Hémodialyse
- Unité douleur
- Equipe mobile de soins palliatifs
- Unité Transversale d'Education Thérapeutique du patient (UTEP)

Evolution de l'activité

Globalement, en 2017, le pôle médecine accuse :

- une perte d'activité pour la seconde année consécutive :
 - o -6.60% sur le nombre de journées (-5,01% en 2016)
 - o -3.36% sur les RSS-séances (+1,26% sur les RSS-séances en 2016)
- une baisse du chiffre d'affaires T2A, corrélée à la baisse de séjours mais atténuée par augmentation du CA Moyen par séjour.

On note toutefois un IPDMS ainsi qu'un taux d'occupation moyen brut en amélioration.

RSS - SEANCES	2017 année pleine	15955
	2016 année pleine	16510
	<i>évolution en %</i>	-3,36%
IPDMS	2017 année pleine	1,03
	2016 année pleine	1,08
	<i>évolution 2017/2016</i>	-0,05
VALO T2A	2017 année pleine	19300487
	2016 année pleine	19692487
	<i>écart en €</i>	-392 000 €
	<i>évolution en %</i>	-1,99%

IPDMS : Indicateur de performance basé sur la DMS Nat .

Evénements majeurs de l'année

Plusieurs événements ont émaillé la vie, l'organisation et le fonctionnement du pôle médecine :

- La nomination de Mr le Docteur Gérard MOTTE au poste de chef de pôle de médecine en décembre 2017, succédant ainsi à Madame le Dr Muriel TSCHUDNOWSKY.
- Le regroupement des unités de cardiologie et médecine polyvalente à orientation neurologique : l'année 2017 a vraiment été marquée par la fin du travail préparatoire à la fusion des services et le déménagement le 15/04/2017 au sein de la nouvelle unité reconfigurée au 3^{ème} étage.
- L'extension des locaux de SANTELYS BFC, unité de dialyse médicalisée, inaugurés le 26 juin 2017, permettant d'augmenter le capacitaire de 6 à 8 postes.
- L'informatisation du parcours patient dialysé, en fin d'année 2017, facilitant ainsi l'actualisation des données sur le dossier patient et la sécurisation des prises en charge.
- La relocalisation en octobre 2018 d'un lit identifié soins palliatifs (LISP) au sein du service de rhumatologie. La fiche d'admission s'appuie sur les recommandations de la SFAP et sur la circulaire DHOS/02 n°2008-99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.

Déclinaison du projet de soins

A l'échelle du pôle de médecine, les actions menées sur l'année 2017 concernant la prise en charge de la douleur, ainsi que les sorties patients, restent une priorité. Les équipes sont toujours en quête d'amélioration concernant les prises en charge. Parmi les actions mises en œuvre en 2017, ont été déclinés les axes suivants du Projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (PSIRMT) :

Promouvoir la bientraitance au sein des unités et services de soins

- Au sein du service de chimiothérapie, on note la mise à disposition de tablettes numériques permettant aux patients, d'accéder à différentes informations concernant l'unité de soins (circuit de la prise en charge, soins de support proposés), ainsi que l'arrivée d'une socio esthéticienne en date du 1^{er} octobre 2017. Cette dernière assure 2 plages d'activité par semaine et intervient dans les unités. On constate également une forte augmentation des séances de toucher détente (+80%), activité justifiée notamment dans le cadre de toucher détente à visée antalgique.

Promouvoir la culture palliative au sein des unités et services de soins

Plusieurs actions ont pu être conduites cette année, en partie grâce à l'investissement de l'IDE référente nouvellement arrivée :

- Compagnonnage de l'IDE de l'EMSP au sein des unités de soins selon les situations
- Elaboration d'une fiche descriptive des missions du référent pour la démarche palliative et désignation de référents paramédicaux soins palliatifs IDE et AS dans les services.
- Finalisation et diffusion du référentiel IDE pour les soins de bouche en soins palliatifs

Développer les actions de prévention et d'éducation thérapeutique au sein de l'établissement

- Une journée d'hôpital de jour dans le cadre de la chirurgie bariatrique a été ajoutée au programme de surcharge pondérale. Par ailleurs, des ateliers d'éducation collectifs en pré chirurgie bariatrique ont été mis en place.
- Une réorganisation des cellules éducatives ODEIC et CAC a été opérée afin de répondre aux critères ARS d'inclusion des patients. Une collaboration avec la CPAM dans le cadre du PRADO insuffisance cardiaque a été instaurée, permettant un suivi renforcé à domicile de certains patients
- Un support pédagogique à destination des patients d'hémodialyse a été proposé par la diététicienne et l'équipe paramédicale : la recette du mois. Celle-ci remporte un franc succès.

Asseoir une politique de prévention et de gestion des risques liés aux soins

De nouvelles approches des risques liés aux soins emportent l'adhésion des équipes ;

- Analyses de scénario : grippe, voie veineuse centrale, abords vasculaires (en hémodialyse), précautions complémentaires contact. Ces analyses sont très appréciées des équipes.
- « Cherchez l'erreur » : semaine sécurité, participation de 34 professionnels soignants du pôle
- Présentation aux équipes et diffusion du document de rappel des médicaments "look and sound-alike" .

Déclinaison du projet médical d'établissement

L'année 2017 a été l'occasion de décliner plus particulièrement la fiche action «Améliorer la prise en charge palliative et l'accompagnement au sein du pôle médecine et, plus largement, au sein de l'établissement»

- Les indicateurs d'évaluation d'activité 2017 démontrent clairement une appropriation de la démarche palliative au sein des unités des soins du CHLP. La file active et le nombre de consultations ou interventions ne reflètent qu'une partie de l'activité d'une EMSP dont les missions comportent des aspects qualitatifs prioritaires de développement et d'appropriation de la démarche palliative au sein des équipes partenaires.
- La collaboration avec les oncologues de l'IRFC intervenant au CHLP et l'équipe du service de chimiothérapie est effective : L'objectif est de favoriser l'identification précoce des situations palliatives et la réflexion commune sur les projets thérapeutiques. Ceci se fait sur des temps d'échanges informels et lors des consultations conjointes.
- L'accompagnement des équipes dans la dimension réflexive du soin est effectif, plusieurs actions permettent de développer et formaliser davantage la réflexion pluridisciplinaire et les procédures collégiales dans le cadre des repères législatifs et éthiques, en milieu hospitalier, médico-social et à domicile.
- Au sein des unités de soins hospitalières, l'EMSP cherche à s'appuyer sur les référents pour la démarche palliative mise en place en 2017.

Ressources humaines

Le pôle dispose d'environ 201 équivalents temps plein (ETP), dont 23 ETP médicaux.

Grade	Effectif rémunérés Déc. 2017	Effectif rémunérés Déc. 2016	Ecart en %
Médecin	23,21	23,53	-1,36%
Personnel de direction et administratif	15,74	16,17	-2,66%
Personnels éducatifs et sociaux	1,4	1,42	-1,41%
Aide Soignants	52,35	53,39	-1,96%
ASHQ	21,38	20,72	3,19%
Cadre de santé paramédical	2,41	3,75	-35,75%
Infirmiers	81,81	83,38	-1,88%
Pedicure podologue	0,31	0,11	184,62%
Psychologue	2,53	2,09	20,81%
Total	201,13	204,57	-1,68%

IDE : infirmier(ère)

AS : aide-soignant(e)

ASH : agent des services hospitaliers

L'évolution constatée (- 1,7 ETP environ) s'explique par :

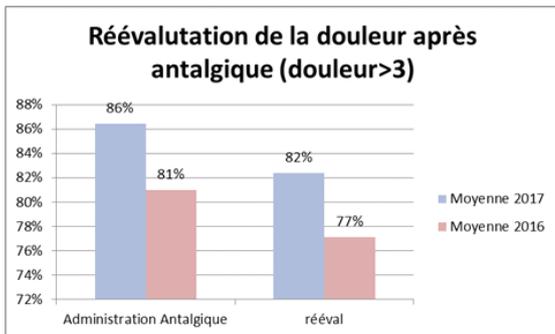
- Une forte baisse des effectifs médicaux de cardiologie en 2017, suite au départ de 3 praticiens (2 pour retraite, 1 pour installation en libéral).
- Concernant le personnel paramédical, l'essentiel de cette diminution porte sur le service de cardiologie-neurologie, avec effet année pleine du regroupement des unités de cardiologie et médecine polyvalente.
- La diminution d'effectif d'encadrement correspond au départ du cadre de santé de diabétologie-néphrologie (remplacée par un cadre nouvellement diplômée au 01/07/2017), ainsi que l'effet année pleine des départs des cadres de santé de cardiologie et pneumologie mi 2016.

Principales réalisations en matière de démarche qualité

Indicateurs polaires et résultats

Ces indicateurs sont suivis mensuellement au niveau des unités de soins du pôle médecine à raison de 10 dossiers par mois et par service.

- Evaluation/réévaluation de la douleur



Il est assez rassurant de constater que plus de 86% des EVA supérieures à 3 font l'objet d'administration d'antalgiques. On retrouve une traçabilité à hauteur de 82% de la réévaluation après antalgique, chiffre en amélioration par rapport à 2016 (77%).

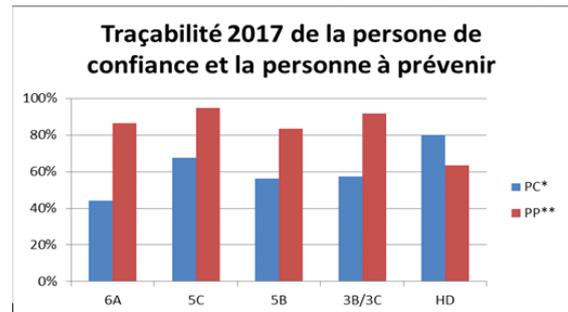
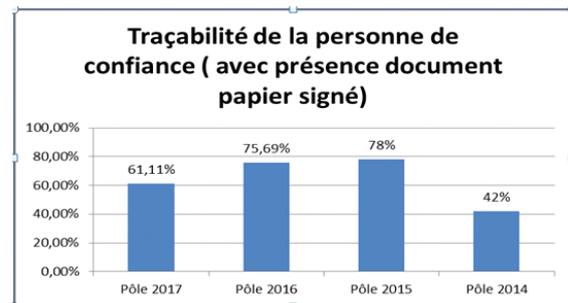
Ces chiffres traduisent les efforts réalisés à l'échelon du pôle.

- Délai d'envoi et qualité des courriers

	Délai de frappe des CS (en jour)	Qualité du courrier de sortie (critères IPAQSS)
2017	2,08	92%
2016	2,95	86%
2015	26,8	82%

Les résultats sont satisfaisants, et en amélioration constante, tant en termes de délai que de qualité des courriers.

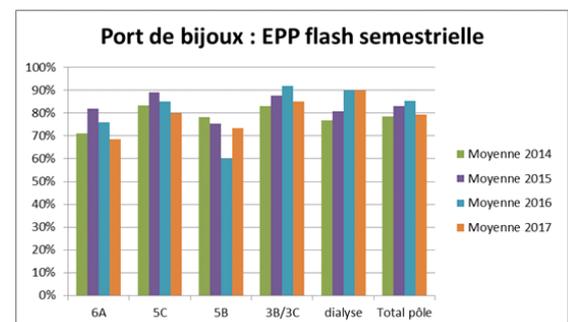
- Traçabilité de la personne de confiance et de la personne à prévenir



Les résultats sont très hétérogènes au niveau du pôle et nécessitent un rappel aux équipes.

EPP flash semestrielle « port de bijoux »

Méthode : Tous les médicaux/paramédicaux présents dans le service lors de l'évaluation



Les résultats sont jugés plutôt moyens, le port de l'alliance restant très nettement perfectible.

Cette EPP sera reconduite en 2018 afin de sensibiliser à nouveau les professionnels à la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques et maintenir la dynamique au sein du pôle.

Pôle Femme Enfant - MDA

Chef de pôle : Dr S. COSSA – Dr A. GODART (adjoint)
 Cadre de pôle : L. FOURCADE
 Cadre administratif de pôle : A. C. GEX
 Directeur référent : A. OLARD

46 lits	4 places
------------	-------------

Capacités

Les suivis de grossesses réalisés par les sages femmes progressent de 6%.

La psychologue de périnatalité accompagne 151 patientes (223 en 2016) dont 101 nouvelles demandes, pour un total de 394 consultations (624 en 2016).

La MDA conforte son ancrage sur le territoire avec 373 situations accompagnées (355 en 2016), soit une progression de 5% et 1119 rendez-vous ou séances (1082 en 2016) soit une progression de 3.3%.

Activités médicales

- Gynécologie /obstétrique
- Orthogénie
- Néonatalogie
- Pédiatrie
- Psychologie de l'adolescent
- Maison des adolescents (MDA)

Evolution de l'activité

L'activité d'hospitalisation est en légère progression sur le pôle. Elle se fait au profit de l'hospitalisation de jour. On constate malgré tout une diminution du taux d'occupation de 5.8%. Globalement la DMS diminue sur l'ensemble des unités du pôle.

	2017	2016	Ecart
Séjours	4328	4218	+2.6%
HC	3363	3342	+0.06%
HJ	965	876	+10.1%
Séances	181	97	+86.6%
IVG	221	220	+0%
Consultations	17389	17252	2%
Acte externes	10315	9822	+5%
Echographies	5563	4776	+15.5%
Taux occupation	58.28%	64.16%	-5.88%
DMS	2.70	2.96	-8.88%

L'activité de consultation et les actes externes augmentent. L'offre de rendez-vous progresse légèrement et un travail réalisé sur le codage des actes externes peut expliquer cette hausse importante par plus d'exhaustivité sur le recueil.

L'activité externe des sages-femmes est stable :

	2017	2016	Ecart
Consultations	1218	1137	+6.6%
EPP	193	98	+100%
Monitorings GHR	1959	1628	+20%
Séances PNP	932	977	-4.5%

EPP : entretien prénatal précoce

PNP : préparation à la naissance et à la parentalité

GHR : grossesse haut risque

Evénements majeurs de l'année

- Arrivée de Mme FOURNIER Adeline, Sage - Femme coordinatrice en obstétrique au 01/01/17.
- Absence en Pédiatrie du Dr AHOVI à partir du mois de Juillet, pour cause de maladie et des deux assistantes, pour congés maternité à compter du mois d'Aout. Absence de Mme PERSONNE Aurore, psychologue en périnatalité du 30/07 au 15/11/17.
- Dialogue de gestion avec la direction du CHLP le 17/02/2017, Assemblée de pôle le 07/07/2017 et tenue du COPIL de la Maison Des Adolescents (MDA) le 23/12/2017.
- Questionnaire sur les risques psychosociaux auprès des professionnels des unités de gynécologie obstétrique.
- Accueil médico - administratif au sein des deux secrétariats médicaux du pôle.
- Réalisation depuis Janvier 2017 des EEG pédiatriques par l'équipe du plateau technique de cardio neurologie avec interprétation des résultats par le Dr Belleville, neuro-pédiatre.
- Réorientation de parcours de soins, Césarienne et IVG, entre les unités d'obstétrique et d'hospitalisation de jour, pour plus de cohérence dans les prises en charge des patientes.
- Organisation de 2 jours de rencontres et échanges entre les équipes IDE et Puéricultrices des services de Néonatalogie du CHU de Besançon et du CH LP pour des prises en charge cohérentes dans le cadre des transferts néonataux.
- Tenue de trois séminaires de formation par les professionnels de la MDA.

- Implication du Dr MAIROT et des IDE du service de gynécologie au cours de la journée Octobre Rose organisée par l'espace santé et le Dole.

Déclinaison du projet médical d'établissement

Les actions et projet qui se poursuivent ou seront engagés en 2017 s'articulent autour de 4 axes :

- **L'optimisation du parcours patient** depuis l'accueil jusqu'à sa sortie sur l'ensemble des unités du pôle.
- **La prise en charge individualisée** des couples mères/bébés et la mise en œuvre de soins centrés sur les besoins de l'enfant et sa famille en obstétrique et néonatalogie
- **L'amélioration des relations avec les partenaires extérieurs** avec l'organisation de rencontres dans le cadre du PRADO Maternité, de soirées de « Formation médicale continue » avec les médecins généralistes du bassin de recrutement pour les prises en charge en gynécologie obstétrique et la participation aux rencontres organisées par le Réseau Périnatal de Franche Comté.
- **La Qualité, sécurité des soins et Evaluation des pratiques professionnelles** avec le projet engagé sur l'informatisation du dossier obstétrical et gynécologique, l'organisation de retours d'expérience et de sessions de formations en simulation.

Déclinaison du projet de soins

En 2017 les actions suivantes ont été réalisées en cohérence avec le projet de soins institutionnel :

- Formation collective « communiquer autour de la naissance » réalisée avec l'association CO Naitre et réflexion pour un projet de « soins individualisés centrés sur les besoins de l'enfant et de ses parents ».
- Audit et échanges de bonnes pratiques avec les services de néonatalogie du CHU de Besançon préfigurant le projet régional « soins de développement ».
- Réhabilitation précoce après une Césarienne et mise en place d'un

entretien pré IVG dans un parcours revisité.

- Actualisation de la cartographie des métiers sur le pôle.

Ressources humaines

Le pôle dispose de 94.16 Equivalents Temps Plein (ETP) rémunérés dont 9.84 ETP sont des médecins.

Grade	Effectif rémunérés Déc. 2017	Effectif rémunérés Déc. 2016	Ecart en %
Médecin	9,84	10,21	-3,62%
Personnel de direction et administratif	8,55	8,02	6,61%
Aide Soignants	28,09	27,08	3,73%
ASHQ	9,19	9,52	-3,44%
Cadre de santé paramédical	1,00	1,00	0,00%
Infirmiers et puéricultrices	18,25	18,26	0%
Psychologue	1,52	1,94	-21,65%
Sage femme	17,72	17,48	1,37%
Total	94.16	93.51	0.70%

L'évolution des effectifs est globalement stable sur le pôle avec des variations inter grades:

- Congés Maternité de deux médecins assistants en pédiatrie/néonatalogie
- Absentéisme longue durée au sein du secrétariat de gynécologie obstétrique.
- Départ et diminution du temps de travail de Psychologue au sein de la MDA (-0.4 ETP).

Indicateurs spécifiques

- **En obstétrique :**
 - Adhésion au dispositif PRADO Maternité : 90%
 - Déclenchement du travail 22%
 - Analgésie péridurale : 74%
 - Césarienne 19%
 - Episiotomie : 4.75%
 - Allaitement maternel initié : 68.6%
 - 6 staffs « psycho-social » avec les professionnels du réseau de proximité pour la prévention et l'accompagnement des situations vulnérables.
- **Orthogénie :**
 - Taux d'IVG médicamenteuse : 67%
- **Pédiatrie :**
 - 9 journées d'accueil pluridisciplinaire des enfants en surpoids dans le cadre du REPOPP.

Principales réalisations en matière de démarche qualité

▪ **Mesure de la satisfaction des usagers**

Elle est appréciée au regard des 321 questionnaires de sortie recensés sur le pôle dont :

- 227 en gynécologie obstétrique soit un taux de retour de 10.2% des séjours
- 94 en pédiatrie néonatalogie soit 8.3%

Elle montre la satisfaction des usagers pour l'organisation de leur sortie à 94,6 %, de la qualité des repas à 75.9%, du soulagement total de leur douleur à 68.7% (29,9 % n'ont été que partiellement soulagés) et du respect de leur intimité à 97,7 %.

135 patients répondront au questionnaire en ligne de l'enquête de satisfaction nationale E- Satis. Les patients pointent deux grandes insatisfactions : l'accessibilité, la signalétique et le parking de l'établissement et une insatisfaction quant à l'organisation de la sortie.

▪ **Gestion des risques :**

- Mise en place des chariots de soins en secteur naissance pour une gestion rationalisée et sécurisée des dispositifs médicaux (check list).
- Organisation ou participation à des Retours d'expérience ayant permis de dégager des actions d'amélioration :
 - «Parcours et prise en charge médicale de l'IVG» modifiés avec création d'un dossier spécifique IVG
 - Pathologie obstétricale et risque anesthésique
 - Allergie au Latex au cours d'une césarienne code orange
- Poursuite des formations en simulation « urgences obstétricales pour les sages femmes et entretien des compétences en réanimation néonatale.
- Mise à jour et rédaction nouveaux protocoles notamment « Prise en charge anesthésique et chirurgicale des césariennes ».

▪ **Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) réalisées**

- **Les unités ont participé aux EPP institutionnelles :**
 - Tenue du dossier patient informatisé
 - Autorisation d'opérer pour les mineurs

Pôle Gériatrie

Chef de pôle : **Dr Marie-Line LE GUILLOUZIC**

Cadre de pôle : **Jane-Aline MONNOT**

Cadre administratif de pôle : **Emilie INOT**

Directeur référent : **Ghislain DURAND**

140

lits

2

places

Capacités

Activités médicales

- Médecine gériatrique
- EMG
- SSR gériatrique
- Psychogériatrie
- Réadaptation gériatrique
- USLD
- EHPAD
- Consultation mémoire
- Hospitalisation de jour en UCC

Evolution de l'activité

Sur l'ensemble du pôle, l'activité est stable. Les DMS traduisent une dynamique au sein de la filière gériatrique, facilitée par la présence sur site, de lits d'aval d'EHPAD et d'USLD.

La part des entrées directes sur le Court Séjour Gériatrique (12.3 % des entrées totales) restent également stables.

Secteur d'hospitalisation

	2017	2016	Ecart
HC (MCO)	8089	7997	+1.2%
HC (SSR)	19096	18556	+2.9%
HJ(SSR)	453	602	-24.8%
Consultations	190	148	+28.4%
Tx occupation	92.75	91.54	+1.35%
DMS (MCO)	8.3	8.6	-3.5%
IPDMS (MCO)	0.92	0.91	+0.8%
DMS (SSR)	34	34.1	-0.3%

HC : journées d'hospitalisation complète

HS : hospitalisation de semaine

HJ : hospitalisation de jour

DMS : durée moyenne de séjour

IDMS : indicateur de performance basé sur la DMS Nationale

Secteur hébergement

	2017		2016		écart	
	ehpad	usld	ehpad	usld	ehpad	usld
TO	99.24%	98.58%	99.16%	98.94%	+0.1%	-0.36%

TO : taux d'occupation

Evénements majeurs de l'année

Nous retiendrons les réflexions et actions suivantes:

- Le départ de Mr DURAND, directeur référent de pôle au 16 octobre dont le remplacement sera assuré au 1^{er} janvier 2018.
- L'arrivée du Dr GOURET, sur le service de Court Séjour Gériatrique
- La création d'une Equipe Mobile de Gériatrie (EMG), qui intervient au sein des unités d'hospitalisation de court séjour du CHLP
- Le Projet de relocalisation des lits d'EHPAD et d'USLD dans des unités distinctes
- La Réflexion autour de la création d'une unité d'hospitalisation renforcée (UHR)
- La Poursuite de l'Ouverture du pôle sur les EHPAD du territoire de santé de Dole, par le biais d'une conférence sur « la prise en charge non médicamenteuse de la personne atteinte de démence » animée par le Dr CARETTI
- La gestion d'une épidémie de grippe.
- La gestion d'une épidémie de gale
- Le déclenchement du plan canicule
- Les élections des membres du Conseil de la Vie Sociale. Le CVS s'est réuni 2 fois.
- La participation du pôle à l'élaboration du projet médical partagé dans le cadre du GHT(filière SSR et Personnes âgées).

Déclinaison du projet médical d'établissement

Le pôle gériatrique poursuit ses actions principalement autour de :

L'optimisation du parcours de la personne âgée hospitalisée :

-Intervention de l'EMG sur les unités de court séjour de l'Etablissement, pour dispenser une évaluation gérontologique, médico psycho sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique ou thérapeutique.

L'appropriation de la culture palliative, de l'accompagnement en fin de vie et du questionnement éthique, par les soignants médicaux et non médicaux.

-Généralisation des staffs éthiques au sein de toutes les unités.

-Identification d'un LISP* au sein de l'unité de Court Séjour Gériatrique, en complément du LISP en SSR.

Le développement et la formalisation des relations avec les EHPAD extérieurs :

-Invitation des professionnels des EHPAD aux réflexions éthiques de leurs résidents hospitalisés.

*Lit Identifié Soins Palliatifs

Déclinaison du projet de soins

Conformément au projet de soins 2015-2019, des actions ont été mises en œuvre ou poursuivies, en 2017:

Promouvoir la bientraitance :

-Poursuite de la Formation polaire à destination du personnel médical et non médical portant sur la « Culture palliative et le questionnement éthique en Gériatrie ».

-Poursuite de la formation polaire portant sur « la prise en charge de la personne atteinte de démence ».

Assurer une prise en charge efficace de la douleur :

-Repérage, évaluation et prise en compte la douleur physique, psychique et sociale du patient /résident, dès son entrée

Développer les actions de prévention et d'éducation thérapeutique :

-Groupes de travail, en cours, dans les différentes unités, sur la thématique de la dénutrition de la personne âgée (prévention de la dénutrition des PA au domicile, dépistage

et PEC des troubles de la déglutition au sein des unités)

Ressources humaines

Le pôle gériatrique bénéficie de 139.69 ETP dont 7.36 ETP concernent les médecins

Grade	Effectif rémunérés Déc. 2017	Effectif rémunérés Déc. 2016	Ecart en %
Médecin	7,36	5,81	26,68%
Aide Soignants	60,87	61,31	-0,72%
ASHQ	25,66	26,52	-3,24%
Cadre de santé paramédical	4,20	3,91	7,29%
Ergothérapeute	0,71	0,70	1,08%
Infirmiers	30,00	28,51	5,23%
Mass.kiné	1,35	1,35	0,00%
Psychologue	1,68	1,65	1,82%
Personnels ouvriers	1,34	2	-33,00%
Personnels médico-technique	0,1	0,1	0,00%
Personnels éducatif	1,24	0,8	55,00%
Personnels administratif	5,18	4,98	4,02%
Total	139,69	137,65	1,48%

Les effectifs ont sensiblement augmentés au sein du pôle. Ceci s'explique notamment par la création d'une EMG.

La courbe relatant le taux d'absentéisme s'est infléchi et se situe en deçà de la moyenne de l'établissement mais reste malgré tout élevée.

Une réflexion polaire est engagée, autour des bonnes pratiques en manutention, en partenariat avec l'IDE de la médecine du travail, pour limiter les troubles musculo-squelettiques des soignants.

Principales réalisations en matière de démarche qualité

Mesure de la satisfaction des usagers

- Enquête de satisfaction des résidents qui fait apparaître des résultats globalement satisfaisants voire très satisfaisants.

Gestion des risques

- Formalisation d'une procédure de mutualisation du suivi des péremptions et de l'entretien du chariot d'urgence entre le SSR et le secteur Hébergement.
- Analyse des chutes par un Groupe interdisciplinaire en secteur Hébergement; 3 réunions ont permis d'analyser 60 chutes
- Développement de l'analyse des risques à travers l'analyse de scénario, en collaboration avec l'équipe d'hygiène (thématiques : PEC d'un patient/résident présentant un syndrome grippal, une gastroentérite, une infection sur VVP. Précautions complémentaires)

Indicateurs polaires et résultats

Les unités de soins suivent mensuellement des indicateurs spécifiques à la prise en charge des patients /résidents.

Délai d'envoi du courrier(MCO)	Délai d'envoi du courrier(SSR)	Douleur à l'entrée	Douleur lors des mobilisations	Traçabilité des directives anticipées	Critères d'accueil personnalisé	Entretien D'adaptation	Traçabilité de la personne de confiance
5j	6j	100%	65%	43%	90%	89%	55%

Hospitalisation

Hospitalisation et Hébergement

Hébergement

Le délai d'entrée d'un résident/patient après un départ est observé mensuellement et se situe à 8j (8.7j en 2016).

Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) réalisées

- Des audits et évaluations annuels ont été conduits au sein des services par l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène et ont fait l'objet d'une analyse et d'une mise en place d'actions d'amélioration des pratiques.
Ces évaluations portaient sur :
 - o La tenue du Dossier Patient Informatisé
 - o La surveillance de la transfusion sanguine
 - o L'entretien des chambres, des armoires à linge et des chariots de transport,
 - o L'entretien des réfrigérateurs à médicaments,
 - o La tenue du chariot d'urgence.
- En 2017, des CREX ont été conduits au sein des unités :
 - o 2 CREX en Médecine gériatrique, sur le parcours de soins d'un patient et sur la prise en charge palliative d'un patient
 - o 1 CREX en SSR, concernant l'administration de thérapeutique-
- Une évaluation de la Qualité de la démarche palliative dans la prise en charge de la fin de vie a été réalisée en EHPAD et sur les unités d'hospitalisation, par l'EMSP.
- Des analyses de situations professionnelles sont réalisées au sein des différentes unités, en collaboration avec le Dr SCHNEIDER, médecin de l'EMSP et les personnels médicaux et non médicaux. Elles ont pour objectif de favoriser le questionnement éthique.

Pôle BASCC-MPR (bloc, anesthésie, soins continus, chirurgie, médecine physique et réadaptation)

Chef de pôle : **Dr Julien Taurand**
Cadre de pôle : **Nadine Bonnin**
Cadre administratif : **Corinne Echenoz**
Directeur référent : **vacant**

Activités médicales

- Chirurgie polyvalente
- Consultations chirurgicales
- CeGIDD
- Unité de surveillance continue
- Unité de chirurgie ambulatoire
- Bloc opératoire polyvalent
- Consultation d'Ophtalmologie
- Unité de prélèvements d'organes et de tissus
- Stomathérapie
- Médecine physique et réadaptation
- Plateau Technique de rééducation

Evolution de l'activité

	2016	2017	Ecart
Séjours	2375	2351	- 1,01 %
Séjours ambulat.	1456	1690	+16,1 %
Tx chir ambu	51,71 %	53,49 %	+ 1,78 %
HDI Rééduc	1378	1268	-8 %
DMS	7,98 j	7,32 j	
T O	84,06 %	76,71 %	-7,35 %
Consultations	12901	12801	-0,78 %

Séjours ambula. : nombre de séjours en chirurgie ambulatoire- TO : taux d'occupation

Tx chir Ambu : taux de chirurgie ambulatoire

HDI : nombre de journées en hospitalisation de jour en rééducation- DMS : Durée moyenne de séjour.

L'année 2017 est marquée par le maintien du nombre de séjours sur le secteur conventionnel.

On peut noter une augmentation des séjours en chirurgie ambulatoire à mettre en lien avec une reprise de l'activité d'ophtalmologie et de gastro-entérologie en fin d'année.

La DMS moyennée du pôle doit tenir compte de l'intégration dans ce pôle d'une unité de SSR dont la DMS est supérieure à 30 jours.

L'IPDMS en chirurgie est à 0,97.

Le taux d'occupation global du pôle s'est infléchi, notamment en chirurgie et en USC.

Hospitalisation	58	
Chirurgie ambulatoire		17
HDJ de rééducation		4
	lits	places

Capacités

Evénements majeurs de l'année

L'année 2017 a vu s'engager les réflexions et actions suivantes :

- Le taux d'occupation en chirurgie conventionnelle a justifié une nouvelle réduction capacitaire en fin d'année portant ainsi la capacité de cette unité à 26 lits (-6 lits).
- Dans le cadre de la mise en œuvre d'une coopération entre professionnels de santé, les infirmières d'ophtalmologie réalisent maintenant une consultation dite « consultation aidée » ce qui a permis d'optimiser de façon significative le parcours du consultant
- Le service des consultations externes a été impacté par le projet de modernisation du centre de prélèvements porté par le pôle médico-technique. En effet, ce sont les IDE de cette unité qui réalisent les prélèvements pour le laboratoire toute la matinée et plus aléatoirement les après-midi. Ceci a nécessité de revoir les organisations de travail aux consultations externes.
- Le taux de performance du bloc opératoire s'est un peu amélioré grâce à plusieurs modifications de la planification ceci qui a nécessité de repenser les organisations.

Déclinaisons du projet médical d'établissement

Maitriser les durées de séjours et prendre le virage de l'ambulatoire :

- Réorganisation de l'accueil du patient en chirurgie ambulatoire
- Extension du dispositif PRADO à la chirurgie ambulatoire en concertation avec la CPAM.
- Déclinaison opérationnelle du projet relatif à la réhabilitation précoce des patients en Unité de Surveillance Continue.
- Sollicitation de plus en plus précoce des rééducateurs et notamment des ergothérapeutes et de l'orthophoniste par les unités de court séjour.

Développer la qualité et la sécurité des prises en charge :

- Projet d'informatisation du bloc opératoire relancé

Créer des ensembles fonctionnels, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités :

- En décembre 2017, suppression de 6 lits d'hospitalisation complète en chirurgie et de 4 lits dits « lits tampons » qui étaient mobilisables en cas de suractivité.
- Adaptation de l'ouverture de l'unité de chirurgie ambulatoire en fonction de la programmation opératoire tout au long de l'année.

Déclinaisons du projet de soins

En 2017, les actions suivantes ont été mises en place au niveau du pôle BASCC/MPR :

- Suite aux changements organisationnels successifs en chirurgie, les professionnels ont pu bénéficier d'une formation de service relative à l'accompagnement au changement
- Dans le cadre du chantier FAM/MAS, depuis Mars 2017, un questionnaire de satisfaction adapté aux personnes déficientes mentales est mis à disposition des établissements sanitaires et sociaux
- Poursuite des formations en simulation pour les personnels d'anesthésie et du bloc opératoire et formation aux actes exclusifs pour les IBODE.
- En anesthésie, EPP menées par les IADE avec revue de littérature ;
- Travail sur l'amélioration des fonctionnalités du DPI en UCA avec l'utilisation du formulaire « PEC en UACA »
- Mise en place de procédures de prises en charge commune avec le CeGIDD de Besançon.
- Révision de l'accueil du patient en UCA et formalisation du processus
- Formalisation du parcours du consultant en ophtalmologie par type de consultations.
- Mise en place de l'hypno-analgésie au bloc opératoire
- Développement de la prise en charge de la douleur par cryothérapie

Ressources humaines

Grade	ETP rémunérés Fin 2016	ETP rémunérés Fin 2017	Ecart en ETP rémunérés
Cadres de santé	2,73	2,27	-0,46
IDE	69,17	69	-0,17
Réducateurs	12,52	11,04	-1,12
AS	32,82	32,90	+0,08
ASH	15,88	15,13	-0,75
AMA	11,70	10,97	-0,73
TOTAL	144,82	141,31	-3,51

Depuis plusieurs années successives, on note une diminution des effectifs du pôle.

Ceci est à mettre en lien avec les suppressions de postes liés à l'ajustement capacitaire des unités, aux difficultés de recrutement de masseurs kinésithérapeutes et à la mutualisation d'une partie des effectifs IADE qui permet de compenser des départs ou des diminutions de quotités de temps de travail IDE en USC sans recourir aux recrutements.

Toutefois le retentissement de la suppression en décembre 2017 de 2,5 ETP IDE en chirurgie ne sera véritablement apprécié que sur l'année 2018.

La diminution des postes des cadres de santé est due au fait que des IDE référentes soient positionnées sur des postes de cadres, elles sont alors comptabilisées dans les postes IDE.

Il est à noter que le personnel du pôle a été redéployé dans d'autres unités à hauteur de 2272h soit 1,46 ETP.

Le taux d'absentéisme est à 8,52 % et a augmenté de 2,5 % en 2017. Cette augmentation est directement liée au fort taux d'absentéisme en chirurgie ambulatoire (30,25 %)

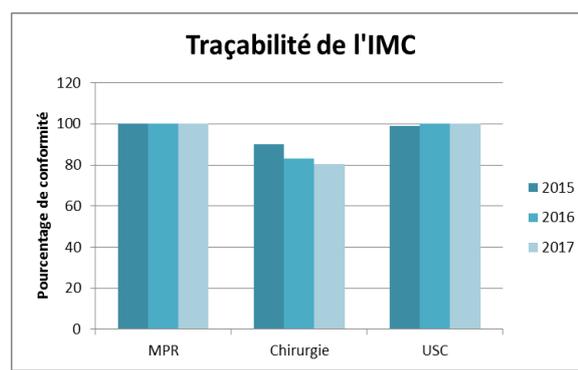
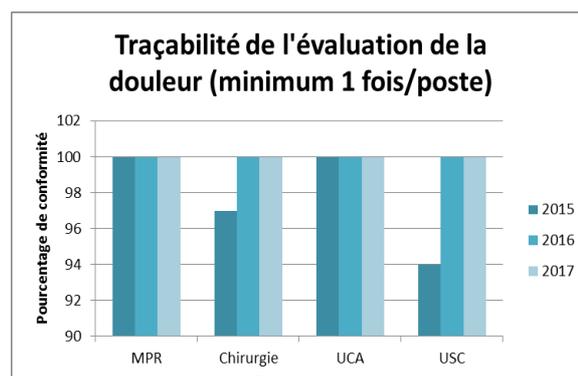
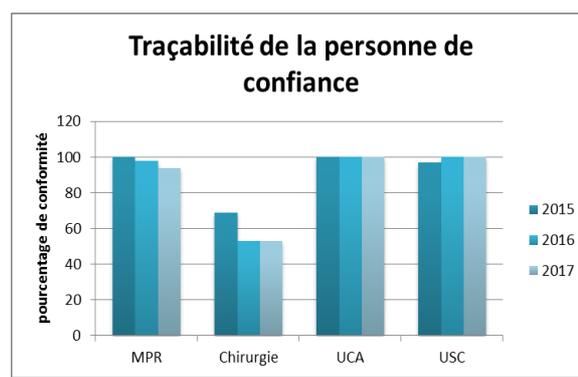
On observe une meilleure couverture de l'absentéisme puisqu'elle passe de 9,41 % en 2015 à 16,6 % en 2016 à quasiment 25 % en 2017 sur l'ensemble du pôle.

C'est en MPR qu'il a été le plus compensé (à hauteur de 51 %).

Principales réalisations en matière de démarche qualité

Indicateurs polaires

Des indicateurs qualité sont suivis mensuellement dans les unités du pôle et concernent la traçabilité de la personne de confiance, de l'IMC, de la douleur :



On observe des taux de conformité très bons dans les unités du pôle excepté en chirurgie

La conformité de la tenue professionnelle, évaluée régulièrement est conforme à 100 %.

Quelques autres indicateurs plus spécifiques suivis :
Chirurgie ambulatoire :

Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)

Au delà des EPP institutionnelles, le pôle réalise ses propres EPP qui ont toutes fait l'objet d'une analyse et de mises en place d'actions correctives si besoin.

En 2017, des évaluations ont été réalisées sur les thématiques suivantes :

- Traçabilité des informations dans le formulaire « PEC en UACA »
- Satisfaction des patients accueillis en HDJ de rééducation
- Enquête de satisfaction des patients accueillis en MPR en collaboration avec le REQUA terminée en janvier 2017
- Evaluation de la tenue du DPI aux consultations externes et en rééducation (Plateau technique et hospitalisation complète). La tenue des macro-cibles entrée et sortie a été évaluée en USC et en UCA
- Dispensation des médicaments per-os en MPR (réévaluation)
- Traçabilité de la surveillance des cathéters courts en USC
- Présence du formulaire « MEOPA » aux consultations externes (réévaluation)

L'enquête e-satis pour la chirurgie ambulatoire montre que les patients sont satisfaits de leur prise en charge et de leur séjour à plus de 99 %

Les chartes et règlements pour le bloc opératoire et la chirurgie ambulatoire sont révisés annuellement.

14 protocoles spécifiques au pôle ont été revus ou créés en 2017.

7 RMM ou CREX ont eu lieu dont 4 pour le bloc opératoire

Quelques autres indicateurs plus spécifiques suivis

Chirurgie ambulatoire :

Indicateurs -en %-	2016	2017
Taux de chirurgie ambulatoire	51,71	53,49
Taux de conversion	1,57	1,3
Taux d'annulation	12,44	13,71
Taux de ré-hospitalisation	0,07	0

La reprise de l'activité d'ophtalmologie a permis de conforter le taux global de prises en charge en chirurgie ambulatoire en 2017.

Le taux important d'annulations s'est encore majoré en 2017. Son analyse met en exergue que la première cause reste l'annulation par le patient. Les annulations/report par les chirurgiens ont augmenté comme c'était déjà le cas en 2016.

Le taux de conversion s'améliore d'année en année et est conforme aux attendus.

On notera qu'il n'y a pas eu de réhospitalisation à 48 h cette année.

Unité de surveillance continue :

Indicateurs -en %-	2016	2017
% patients ventilés	23,20	10,79
% patients sous VNI	24,57	27,74
% patients sous amines	15,68	11,98
IGS moyen	22,02	21,82

Le nombre de patients ventilés a diminué de plus de la moitié en 2017. Ceci est probablement à relier à un meilleur respect des critères d'admission en USC ou /et par davantage de prises en charge par VNI. Pour autant l'IGS moyen est peu modifié.

Bloc opératoire :

On observe une augmentation du taux de performance de 11% (64 % en 2016 - 75 % en 2017).

Cette augmentation est due à une réorganisation des plages opératoires des chirurgiens viscéraux ainsi qu'à la suppression d'une salle de bloc transformée en salle d'urgence pour les césariennes. Ainsi, les chirurgiens remplissent mieux leur plage opératoire. Il est à noter que le temps de vacation pour l'ophtalmologie est complètement en adéquation avec l'activité.

Le taux de débordement a augmenté de 1% passant de 8 % en 2016 à 9 % en 2017.

Pôle Urgences

Chef de pôle : **Dr Sylvain GIBEY**

Cadre de pôle : **Marie-Ange BOICHUT**

Cadre administratif de pôle : **Arnaud BORDENAVE**

Directeur référent : **Xavier HUARD**

Activités

- Service d'accueil des urgences (10 box)
- SMUR (2 lignes)
- UHTCD (4 lits)
- Dépôt de sang
- CESU
- PASS
- Brancardage

Evolution de l'activité

Contrairement à l'année 2016 qui accusait une légère diminution de l'activité du service d'urgence, l'année 2017 affiche une augmentation de 1,7% du taux de recours de ce service. Cette hausse est liée à une progression de 3,52% du nombre de passages externes. Nous remarquons, par contre, que le nombre de passages suivis d'une hospitalisation ou d'un transfert vers un autre établissement fléchit de - 2,7%. Le nombre moyen de passages quotidiens est de 78,5 (77 en 2016). 27,7% des patients admis aux urgences sont hospitalisés après leur passage (29,5% en 2016). La majorité de ces patients sont accueillis dans le pôle médecine (44%). Concernant l'activité d'UHTCD, nous constatons en 2017 une baisse de 5,2%. La moyenne mensuelle des entrées est de 114,5 (122 en 2016). La DMS reste stable à 1,6 jour (proche de la cible à laquelle s'est engagé le service, à savoir 1 jour). L'orientation des patients à la sortie de l'UHTCD se répartit comme suit : 66% des patients rentrent à domicile, 8% sont orientés au service d'urgences psychiatriques, 14% sont transférés dans un autre établissement et 12% sont orientés dans une unité de soins de l'établissement.

Le tableau ci-après présente l'ensemble des données d'activité du service d'urgence et de l'UHTCD.

	2016	2017	Ecart
Passages hospitalisés et transferts	8 330	8 102	-2,7%
Passages externes et décès	19 819	20 544	3,52%
Totaux passages	28 149	28 646	1,7%
Entrées UHTCD	1 471	1 394	-5,2%
Nombre journées UHTCD	2 271	2 202	-3,0%
DMS UHTCD	1,5	1,6	
Taux occupation UHTCD	155,12%	150,82%	

L'activité du SMUR augmente en 2017 : 1 326 sorties (1 209 sorties en 2016, 1 464 sorties en 2015), soit une moyenne de 3,63 sorties journalières. Ces interventions se décomposent ainsi : 1 213 sorties primaires, 85 sorties secondaires et 28 sortie IDE inter-hospitalière. Cette année encore, ce sont les sorties secondaires qui ont fortement chuté. Ceci s'explique par la mise à disposition de la région Franche-Comté d'un hélicoptère consacré aux transferts secondaires. L'hélistation a été utilisée 169 fois en 2017 (173 fois en 2016) pour des transferts du CHLP vers d'autres établissements.

Par ailleurs, le nombre de PSL transfusés sur l'année 2017 a nettement diminué : 2 102 (2379 en 2016). Cette chute s'explique en partie par une baisse du nombre global de patients transfusés et par une diminution des patients suivis en hématologie (impact sur le nombre de culots globulaires et de plaquettes).

L'activité de la PASS a diminué en 2017 par rapport à 2016. Sur les 287 personnes reçues, 204 sont nouvelles, soit 71%. L'équipe médicale de la PASS a été renforcée par l'arrivée du Dr CHAZERAND en juin 2017, ce qui explique l'augmentation des consultations médicales. En revanche, la diminution des consultations dentaires se justifie par le départ du Dr LAUR (dentiste) en septembre 2017.

	2016	2017	Ecart
Nombre d'usagers accueillis à la PASS	332	287	-13%
Consultations sociales	651	600	8%
Consultations PASS dentaire	64	53	-17%
Consultations médicales	70	132	47%
Consultations psychologiques	174	264	34%

Événements majeurs de l'année

Divers événements ont ponctué le pôle urgences en 2017 :

- Les mouvements médicaux : départs du Dr Fabienne COQUET, du Dr Frédérique LOCKNER et du Dr Fabienne BONZON. Arrivées des Drs LABOTH Patricia (temps plein), ROUSSELET Mathieu (50% partagé avec le CHU de Besançon), GOEPFERT France (50% partagé avec le CHU de Besançon), FOURNIER Carole (temps plein).
- Les mouvements de cadres : départs de Mme Sabrina TOGNI (cadre au SAU/SMUR/UHTCD) en avril et de Mme Sylvie CUINET (cadre CESU/PASS) en septembre. Arrivée de Mme Patricia JUPILLE en mai (cadre SAU/SMUR/UHTCD et PASS).
- Les départs simultanés du Dr COQUET (responsable médical du CESU) et de Mme CUINET en septembre ont conduit à la fermeture du CESU.
- Poursuite au service d'urgences des staffs médicaux hebdomadaires en visioconférence avec le service d'urgence du CHU de Besançon.
- Suppression de la 2^{ème} ligne SMUR la nuit (18h30 – 8h30) à compter du 1^{er} avril.
- Renouvellement du dossier d'autorisation de l'activité d'urgence/SMUR et UHTCD fin 2017.
- Mise en œuvre du logiciel national SIVIC permettant de recueillir l'identité des patients touchés par un attentat. Tous les agents administratifs du service d'urgence ont été formés. Une procédure a été créée et insérée dans le classeur institutionnel « plan blanc ».
- Modification des procédures plan blanc au regard des différents exercices programmés et des injonctions ministérielles.
- Un exercice relatif à l'armement de l'UFDH (Unité de Décontamination Hospitalière) a été réalisé le 20/09/2017. Cet exercice a permis de maintenir les compétences de l'équipe opérationnelle concernant la connaissance des procédures, l'utilisation du matériel et le port des tenues.
- Au niveau de la PASS :
 - travail avec la coordination des PASS régionales,
 - mise en œuvre de l'outil statistique commun au niveau régional,
 - réflexion sur la création d'un carnet de suivi médical PASS,

- facilitation du parcours patient (nouvelle organisation depuis la modernisation du centre de prélèvements),
- création de notes cliniques sur Power-Chart. Ceci participe à une meilleure coordination des soins, notamment lors des consultations au sein des autres services.
- Mme le Dr TORNER Stéphane est désignée responsable du dépôt de sang à compter du 31/08/2017. Ses suppléants sont Mme le Dr HERGOTT-FAURE Lucie et Mr le Dr MOTTE. Les fonctions de médecin hémovigilant sont assurées par Mme LEMARQUAND Maud (biologiste), supplée depuis fin 2017 par le Dr TCHUDNOWSKY Muriel.

Déclinaison du projet médical d'établissement

Le développement de la prise en charge de la douleur sur le pôle urgences est un des axes du projet médical dont les actions d'amélioration ont été prolongées en 2017. Le contexte institutionnel et régional a permis d'avancer sur la réorganisation des 2 lignes SMUR au CHLP (suppression d'une ligne la nuit). Un projet de réorganisation de l'UHTCD a été initié mi-2017.

Déclinaison du projet de soins

Dans le cadre du projet de soins 2015-2019, plusieurs actions ont été réalisées en lien avec les fiches actions suivantes :

- Axe « accueil et prise en charge du patient » : une réflexion relative à l'organisation du service d'urgences en termes de parcours patient a été conduite mi-2017. Un groupe de travail médico-soignant « IAO » a été mis en place afin de travailler sur l'harmonisation des pratiques, l'amélioration de la gestion des flux patients, le rôle et les missions de l'IOA à chaque étape de la prise en charge du patient. Différentes actions ont été menées : mise en place d'affiches relatives au déroulement de la prise en charge des patients au service d'urgence en salle d'attente conventionnelle et IAO, information des règles de fonctionnement de l'unité (nombre d'accompagnants, informations médicales...), distribution par les agents administratifs de manière systématique des documents d'autorisation d'opérer et de soins pour

les mineurs aux parents, traçabilité systématique du motif de venue des patients dans Firsnet par les agents administratifs afin de faciliter la prise en charge IAO. Poursuite des réflexions engagées en 2018.

- Asseoir une politique de prévention et de gestion des risques liés aux soins : sensibilisation des brancardiers et exigences à respecter quant à l'identitovigilance (participation à des formations, échanges autour de situations concrètes). Poursuite des réunions relatives au groupe de travail "promouvoir la qualité et la sécurité de l'acte transfusionnel au CHLP de Dole". EPP relative à la surveillance de la transfusion aux urgences et à l'UHTCD. Des axes d'amélioration ont été définis.
- Rendre plus efficient l'utilisation du DPI : EPP "Firsnet", EPP "DPI UHTCD". Des axes d'amélioration ont été déterminés concernant l'utilisation et la traçabilité dans les dossiers.
- Améliorer la prise en charge des patients handicapés au sein du CHLP : participation au Chantier « Articulation entre Etablissements Sanitaires et Etablissements médico-sociaux ».

Ressources humaines

Le pôle comprend 74,49 équivalents temps plein (ETP), dont 12,13 personnels médicaux (données issues du service DRH).

Grade	Effectifs rémunérés Déc. 2016	Effectifs rémunérés Déc. 2017	Evolution 2016/2017
Médecin	12,13	10,82	-10,80%
IDE	25,95	26,38	1,65%
AS	11,86	12,71	7,19%
ASH	12,87	12,60	-2,09%
Cadre de santé	2	1,66	-17,00%
Personnel administratif et direction	6,51	6,1	-6,30%
CESF	1,00	1,00	0,00%
Personnel ouvrier	2,00	2,00	0,00%
Psychologue	0,17	0,18	5,88%
TOTAL	74,49	73,45	-1,39%

IDE : infirmier(ère) - ASH : agent des services hospitaliers
 AS : aide-soignant(e) - CESF : conseillère en économie sociale et familiale

Le taux d'absentéisme des personnels non médicaux du pôle pour l'année 2017 s'élève à 4,37%, il était de 2,78% en 2016 (donnée issue du tableau de bord absentéisme).

Les heures supplémentaires des personnels non médicaux pour l'année 2017 se montent à 2 687,32 heures (2 359,26 heures en 2016). Cette augmentation s'explique par une élévation de l'absentéisme IDE, AS, brancardiers et ASH en 2017 (professionnels beaucoup plus sollicités pour combler les absences).

Principales réalisations en matière de démarche qualité

En 2017, les différents services du pôle urgences se sont attachés à maintenir leur démarche qualité/gestion des risques avec pour principales réalisations :

- réactualisation de la charte de fonctionnement des urgences ;
- réactualisation du document relatif à la déclinaison du processus de prise en charge des patients aux urgences ;
- réactualisation de la cartographie des risques des urgences ;
- réactualisation de la charte de fonctionnement de l'UHTCD, des profils de poste IDE et AS de cette unité ;
- suite à l'exercice UFDH, remise à jour de certaines fiches réflexes ;
- mise en place de réunions des équipes paramédicales par le cadre : temps d'échanges dédiés aux situations compliquées, aux difficultés rencontrées par les professionnels dans leurs pratiques, aux partages d'informations, aux réflexions relatives aux améliorations à apporter au quotidien. Ces réunions permettent de fluidifier la communication et d'échanger sur des futurs projets ;
- mise en place de formations internes au service d'urgence afin de développer les connaissances et compétences des professionnels ;
- EPP institutionnelle relative aux pratiques transfusionnelles ;
- programmation de formations relatives à l'acte transfusionnel et aux bonnes pratiques transfusionnelles ;
- poursuite des staffs mensuels à la PASS.

Pôle « prestataires médico-techniques »

Chef de pôle : **Nelly PETITBOULANGER**
 Cadre de pôle : **Marie-Ange BOICHUT**
 Cadre administratif de pôle : **Marylin HUGUENET**
 Directeur référent : **Xavier HUARD**

Activités médicales

- Service d'imagerie médicale
- Service de biologie médicale
- Pharmacie
- Stérilisation
- Equipe d'Hygiène Hospitalière (EOH)
- Service diététique

Evolution de l'activité

Globalement, hormis pour les actes d'échographie, l'activité du service d'imagerie médicale est en progression en 2017. L'augmentation de l'activité scanographique s'explique par une hausse de l'activité hospitalière et par celle de l'activité privée. Ce phénomène compense la diminution de l'activité externe publique. Le recours à la téléradiologie lors de vacations programmées apparait comme un facteur de stabilisation de l'activité externe publique.

Imagerie médicale			
	2016	2017	Ecart
Scanner	14 516	15 109	4,0%
Radiographie	31 668	33 841	6,4%
Echographie	4 148	3 478	-16%
IRM	979	987	0,8%

Scanner : nombre de forfait technique
 Radiographie : nombre d'actes – externes
 Echographie : nombre d'actes
 IRM : nombre d'actes

Concernant le laboratoire, l'activité présentée ci-dessous se réfère uniquement à la nomenclature des actes de biologie médicale et aux actes de biologie hors nomenclature. Elle ne mentionne pas toutes les activités parallèles (temps qualité, missions transversales...). La moyenne de dossiers traités par jour est de 253 (260 en 2016). L'activité du laboratoire est stable en 2017 par rapport à 2016.

Biologie médicale			
	2016	2017	Ecart
Total actes transmis à l'ARS	440 793	429 408	-41%
Total B	13 571 829	13 402 152	-1,25%

Concernant la pharmacie, le nombre de réception (colis et palettes reçues) et de ligne de commandes permet de mettre en évidence l'activité du service.

L'activité de rétrocession est en augmentation en 2017. Par contre, l'activité relative à l'analyse pharmaceutique des prescriptions médicales informatisées (nombre de lignes** dans le tableau ci-dessous) poursuit sa baisse en 2017 (-6,9%) ; l'accent étant mis sur la réalisation de protocoles et de guide de bonnes pratiques. La diminution du nombre de préparations à l'UCR est à mettre en corrélation avec une hausse de prescription de chimiothérapie par voie orale.

Pharmacie			
	2016	2017	Ecart
colis	7 526	6 884	-8,5%
Palettes	643	585	-9,0%
Lignes de commandes	13 934	11 927	-14,0%
Nombre de lignes**	117 160	109 024	-6,9%
Rétrocessions	1 077	1 704	36,8%
Nombre de préparations à l'UCR	2 831	2 606	-8,5%

Concernant la stérilisation, les données présentées ci-dessous mettent en évidence une élévation d'activité des autoclaves. Nous pouvons attribuer cette hausse à l'activité plus régulière de chirurgie ophtalmologique.

Laveurs désinfecteurs			
	2016	2017	Ecart
Nombre cycles	3 981	4 387	10,2%
Nombre paniers	24 512	24 818	1,24%
Nombre paniers coelio	514	566	9,92%
Nombre sabots	21 695	20 190	-2,69%
Autoclaves			
Test vide	121	121	0,0%
Test BD	352	348	-1,13%
Cycles containers	1 475	1 954	24,4%
Volume en m ³	478	633	32,5%
Nombre paniers	3 203	3 132	-3,2%
Packs + conteneurs	8 276	8 581	3,7%

L'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) a assuré des formations auprès de 354 agents en 2017 (176h30). Ces formations portaient prioritairement sur les règles de bon usage des antibiotiques, l'hygiène pour les nouveaux agents, l'hygiène des mains, le bloc des erreurs... Des analyses de scénarios sur diverses thématiques ont été réalisées auprès de 104 professionnels de l'établissement.

Pour terminer, les données relatives aux consultations individuelles réalisées par les diététiciennes en externe, en hospitalisation complète et en hospitalisation sont en légère baisse en 2017. Ceci s'explique en partie par une diminution des prescriptions.

Evénements majeurs de l'année

Plusieurs évènements ont marqué le pôle médico-technique en 2017.

Concernant le service d'imagerie :

- Un travail relatif à l'encodage informatique des actes de radiographie et d'échographie, via le logiciel Cpagei a débuté au second semestre 2017. Ce travail impose la rédaction d'une procédure ainsi que d'un guide d'utilisation du logiciel et la formation de référents « codage ». Une période de test est prévue au 1^{er} semestre 2018.
- Mme le Dr HERGOTT-FAURE assure une vacation dédiée à l'échographie thyroïdienne tous les mardis après-midi depuis octobre. Des cytoponctions sont effectuées durant ces vacances. Une procédure organisationnelle a été rédigée et sera révisée début 2018 après évaluation.
- Le Dr CHARTIER a apporté de la stabilité dans l'équipe médicale. De plus, la présence de l'interne Mr Hamid KASMI de mai à novembre a entraîné une diminution des demandes de téléradiologie en journée. Ce dernier a également assuré la prise en charge d'une garde par semaine. En conséquence, la présence des Drs CHARTIER et KASMI a permis une réduction des demandes de téléradiologie lors de la permanence des soins (1 à 2 nuits par semaine).
- Le contrat de téléradiologie entre l'établissement et la société CGTR prenait fin en décembre 2017. Un nouveau contrat a été rédigé dans le cadre du Résah avec CGTR. Le recours régulier de la téléradiologie permet à l'établissement d'assurer la permanence des soins.

Les évènements majeurs au service de biologie médicale concernent trois axes : les investissements matériels, l'activité et l'accréditation obligatoire selon la norme ISO 15 189.

- Au niveau du matériel : changement de l'automate d'immunohématologie AUTOVUE remplacé par l'automate ORTHOVISION. Changement également du « middle ware » d'immunohématologie ITM remplacé par BIOMANAGER. Ces évolutions de matériel de biologie médicale permettent de maintenir un niveau de qualité matérielle indispensable pour rendre les résultats d'analyses.
- Au niveau de l'activité : modernisation du centre de prélèvements. Mise en place en octobre sur le site des consultations externes.
- Les journées d'accompagnement par Accrélabs sont poursuivies en 2017. Un audit blanc interne a été réalisé les 28 et 29 novembre. Des points positifs ont été relevés tant sur les

exigences qualité que sur les exigences techniques. Des points d'amélioration et 8 écarts ont également été notifiés. Par ailleurs, un audit interne a été conduit le 17 novembre au centre de prélèvements. Des points positifs tels que l'implication des personnes rencontrées, la volonté de faire avancer le projet, la compétence et le sérieux des professionnels ont été relevés. Les améliorations proposées concernaient l'amplitude des horaires d'ouverture, la communication interne et externe.

Concernant la pharmacie, l'installation de la mise à jour du logiciel « Newac » a permis de faciliter le scannage et de transférer par wifi les demandes des armoires informatisées.

Au niveau du service diététique : réorganisation de la répartition des unités de soins entre les diététiciennes et les aide-diététiciennes, réflexion sur l'amélioration des prises en charge des patients, harmonisation des pratiques, mise à jour des paramètres du logiciel « datameal », réflexion sur les enrichissements en cuisine diététique.

Concernant l'EOH :

- création en partenariat avec la cellule qualité d'un bulletin d'information « qualité, gestion des risques, risque infectieux » ;
- dans le cadre d'un groupe régional participation à la réalisation d'une vidéo « Main care challenge » concernant les indications et la technique de friction hydroalcoolique des mains ;
- révision du Document Unique d'Analyse du Risque Infectieux en EHPAD en collaboration avec l'infirmière hygiéniste du territoire.

Déclinaison du projet médical d'établissement

Les axes du pôle médico-technique affichés dans le projet médical sont les suivants :

- L'accréditation du laboratoire selon la norme iso 15 189 s'est poursuivie en 2017 avec la visite annuelle du COFRAC en avril. L'avancée du Laboratoire en matière d'extension et de flexibilité des analyses accréditées a été examinée et reconnue. Le Laboratoire satisfait aux exigences de la norme et est conforme à la réglementation actuelle. Il est accrédité sur 76% de ses analyses.
- Optimiser le fonctionnement du service d'imagerie médicale : un projet de renouvellement du scanner et de l'injecteur automatique a été initié fin 2017. Le changement est prévu pour mi-2018. Ce projet a conduit à la mise en place d'un groupe de travail pluriprofessionnel.

Déclinaison du projet de soins

Différentes actions découlant du projet de soins 2010/2014 ont été conduites par les services du pôle médico-technique en 2017. Il s'agit notamment de :

- amélioration de la prise en charge des patients dénutris ;
- poursuite de l'investissement des cellules d'éducation nutritionnelle existantes ;
- conduite de différentes Evaluations de Pratiques Professionnelles (EPP) :
 - EPP relative aux distributions des DMS dans les unités de soins ;
 - EPP flash "armoires à pharmacie" (évaluation fermeture des armoires à pharmacie dans les US) ;
 - EPP "utilisation des bons oranges" en période de garde au laboratoire.

Toutes ces EPP font systématiquement l'objet de propositions d'axes d'améliorations.

Ressources humaines

Le pôle est composé de 83,28 équivalents temps plein (ETP), dont 7,01 personnels médicaux (données issues du service DRH). Une diminution de -0,70% des effectifs est constatée en 2017.

Grade	Effectifs rémunérés Déc. 2016	Effectifs rémunérés Déc. 2017	Ecart en %
Médecin	7,59	7,01	-7,64%
Cadre de santé	3,29	2,67	-18,95%
Personnel médico-technique	44,83	46,03	2,68%
Personnel administratif	7,73	7,57	-2,13%
Personnel ouvrier	9,32	7,84	-15,90%
Personnel éducatif	2,00	2,00	0,00%
Aide-soignant	3,74	4,25	13,50%
ASHQ	5,35	5,91	10,46%
TOTAL	83,86	83,28	-0,70%

Le taux d'absentéisme des personnels non médicaux du pôle pour l'année 2017 est de 6,2%. Il s'élevait à 7,34% en 2016 (donnée issue du tableau de bord absentéisme).

Les heures supplémentaires des personnels non médicaux en 2017 s'élèvent à 2 649,45 heures (3 240,08 heures en 2016).

Principales réalisations en matière de démarche qualité

La démarche qualité/gestion des risques fait partie des préoccupations des services du pôle. En 2017, les

principales actions ont été les suivantes :

- suivi des délais de rendez-vous des examens radiologiques programmés. Concernant le scanner : externes entre 11 et 43 jours, hospitalisés entre 7 et 9 jours. Concernant la radiographie : externes = maximum 7 jours, hospitalisés = de 1 à 2 jours. Concernant les échographies = externes sous 7 jours, hospitalisés de 1 à 3 jours. Les délais de rendez-vous des scanners feront l'objet d'une réflexion afin de les améliorer ;
- réactualisation et rédaction de protocoles et procédures dans le service d'imagerie ;
- suivi des Non-Conformités (NC) au laboratoire : malgré la création de nouvelles NC (pré-analytiques en l'occurrence), les données relevées en 2017 sont stables par rapport à 2016. Ce suivi permet de mettre en place de façon continue des actions correctives permettant d'améliorer le service rendu ;
- suivi des NC lors de la validation des cycles de stérilisation. Le résultat de 2017 est stable par rapport à 2016 : 1,04% (1,03% en 2016) ;
- suivi de la validation des cycles réalisés hors des heures d'ouverture du service de stérilisation. En 2017, nous notons une baisse très importante : 57 charges (170 en 2016) ;
- suivi à la pharmacie des Dispositifs Médicaux Implantables (DMI) sur le serveur Vigilance. Le suivi rigoureux de la traçabilité des DMI en collaboration avec le DIM a permis une régularisation financière à hauteur de 18 386 euros ;
- évaluation des conformités et NC des étiquettes apposées sur les packs et conteneurs au bloc opératoire (stabilité des résultats).
- Les activités spécifiques à l'EOH : le suivi du tableau de bord (ICALIN 2 : 99/100 classe A, ICSHA 2 V2 : 68,4% classe B, ICALISO : 100/100 classe A), les surveillances épidémiologiques, les évaluations de pratiques, la révision de protocoles, les différents contrôles (qualité de l'air, qualité de l'eau, suivi bactériologique des endoscopes et laveurs d'endoscopes), mise en place et déploiement dans tous les pôles cliniques d'analyses de scénarios.



Les ressources

Ressources humaines

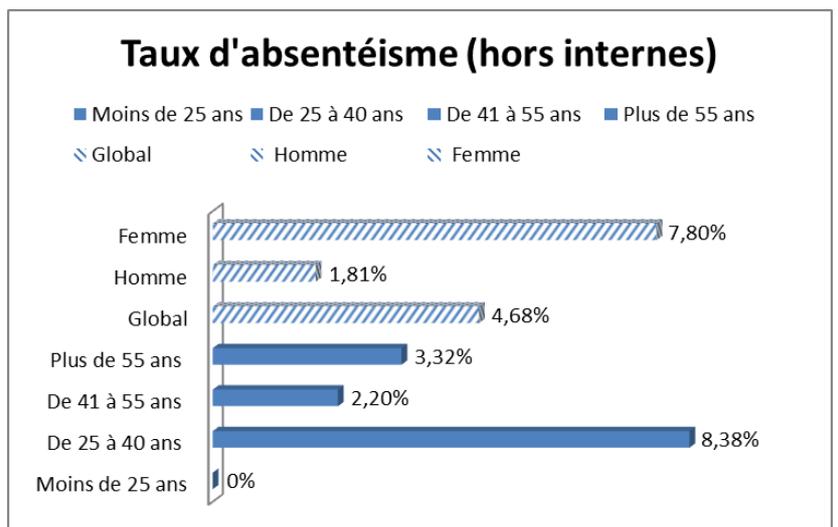
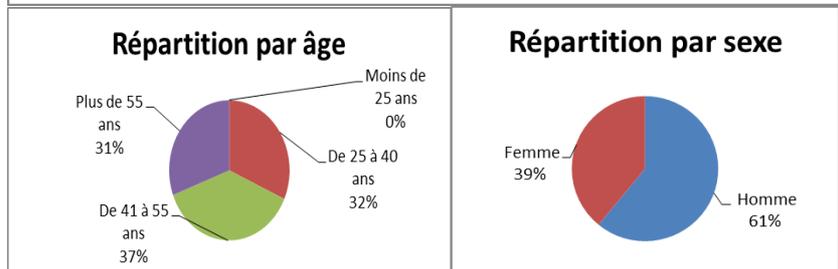
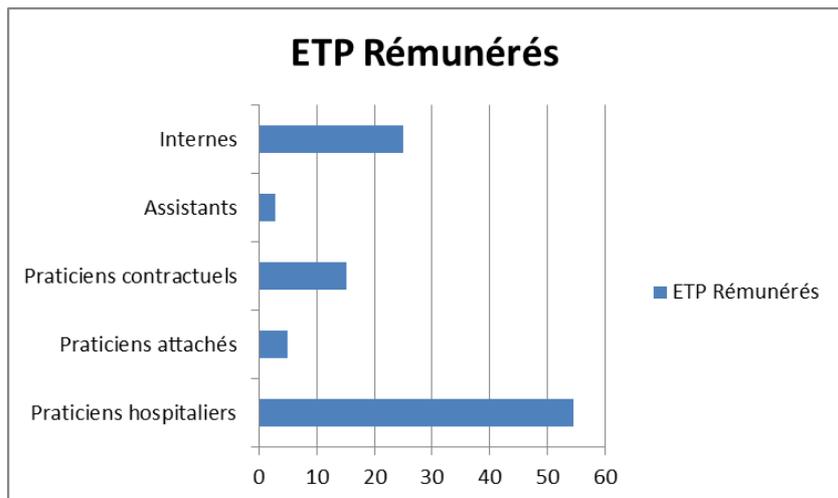
(L'ensemble de ces informations est détaillé dans le bilan social).

Au total l'effectif de l'établissement est de 1 031,32 équivalents temps plein rémunérés (dont internes).

Personnel médical

L'effectif est de 104,92 ETPR (dont internes) et répartis comme suit :

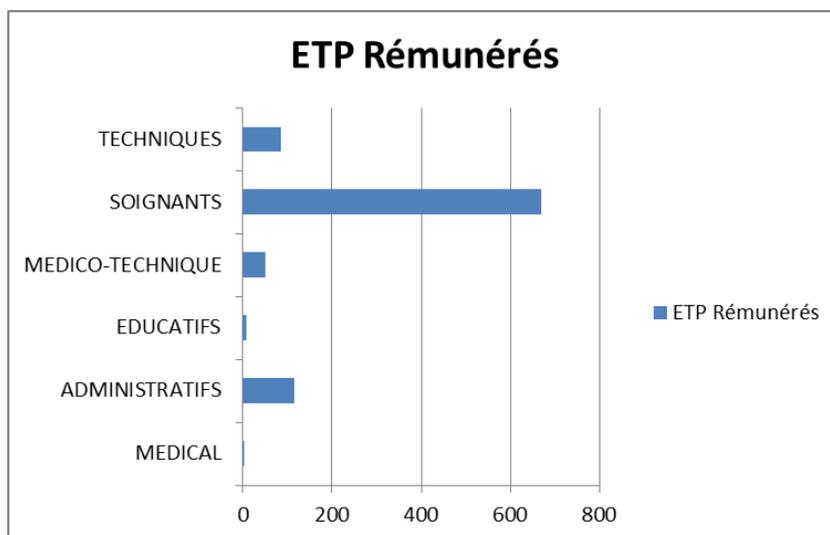
Données issues du Bilan social et requête BOXi



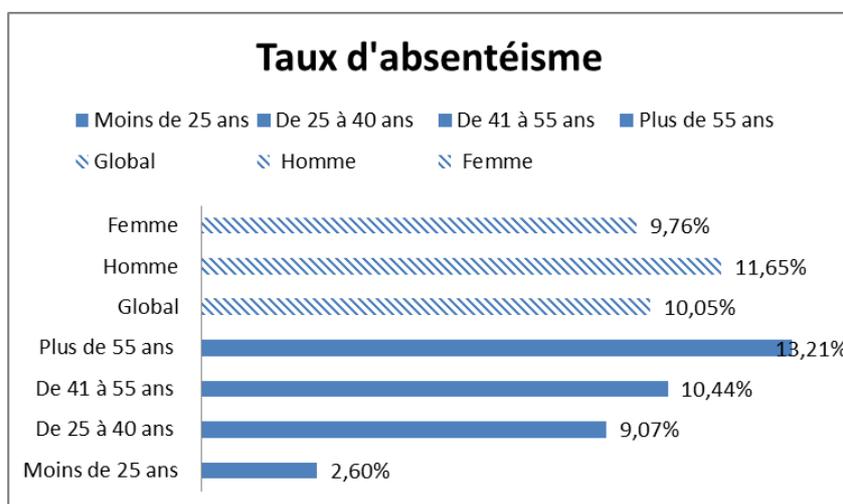
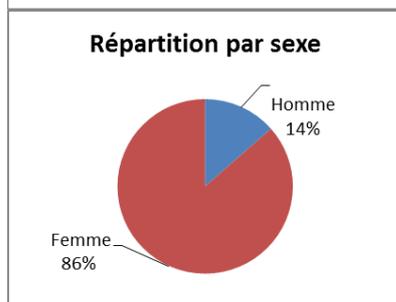
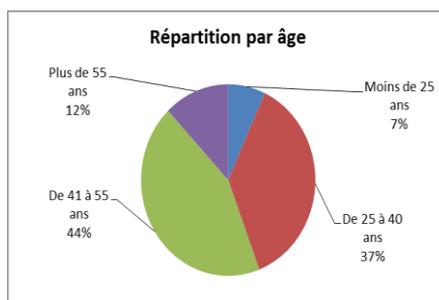
Personnel non médical

L'effectif est de 926,40 équivalents temps plein rémunérés, répartis comme suit :

Données issues du Bilan social
Et requête BOXi

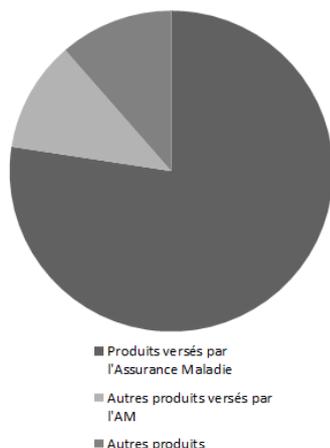


Médical : médecin du travail



Ressources financières

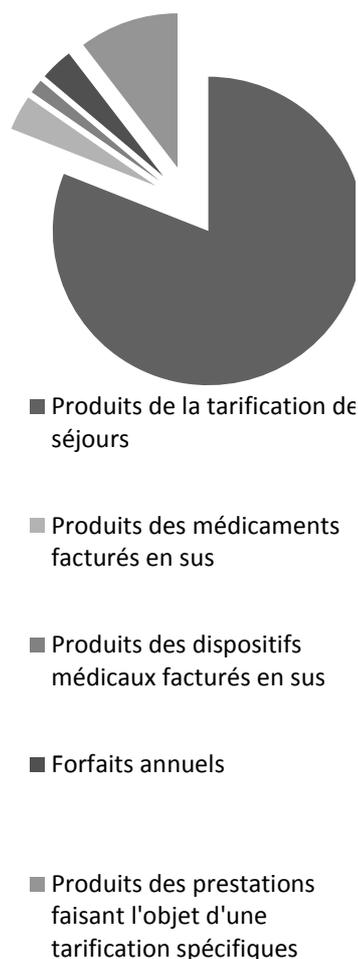
Produits d'exploitation - budget principal



Produits versés par l'Assurance Maladie	59 640 195 €
T2A	37 331 779 €
DAF	7 145 309 €
MIGAC & FIR	6 552 852 €
Autres produits versés par l'Assurance Maladie	8 610 255 €
Autres produits de l'activité hospitalière	6 660 675 €
Autres produits	8 770 549 €
Total	75 071 420 €

Les « autres produits de l'activité hospitalière » regroupent les sommes du ticket modérateur (à la charge des mutuelles, des patients, des étrangers non couverts par une convention internationale).

Les « autres produits » incluent par exemple la tarification du régime particulier, la facturation des repas, les mises à disposition de personnel, les remboursements de budget annexe ou de formations.



Détail des produits AM (hors T2A/SSR)

Produits de la tarification des séjours	36 545 058 €
Produits des médicaments facturés en sus	1 658 496 €
Produits des dispositifs médicaux facturés en sus	673 398 €
Forfaits annuels	1 544 233 €
Produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifiques	4 676 689 €
Total	45 097 874 €

Par « produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifiques » il faut entendre les actes, consultations externes, forfaits à l'acte, etc.

Charges d'exploitation - budget principal

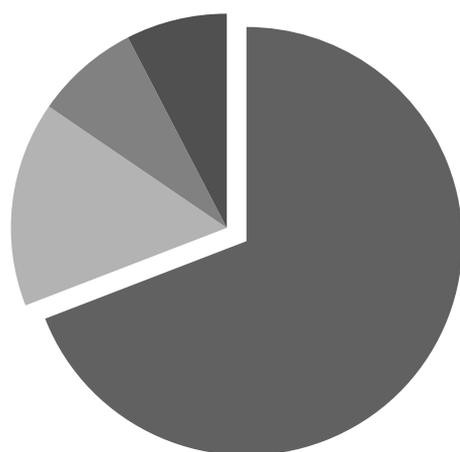
Charges de personnel	53 010 712 €
Charges à caractère médical	11 876 125 €
Charges à caractère hôtelier et général	6 013 609 €
Amortissements, provisions, charges financières et exceptionnelles	5 809 928 €
Total	76 710 375 €

Ressources du tableau de financement

Capacité d'autofinancement	2 136 432 €
Emprunts	1 000 000 €
Dotations et subventions	1 196 817 €
Autres ressources	20 104 €
Total	4 353 354 €

Emploi du tableau de financement

Remboursement des dettes financières	2 604 065 €
Immobilisations	2 156 456 €
Autres emplois	1 630 €
Total	4 762 152 €



- Charges de personnel
- Charges à caractère médical
- Charges à caractère hôtelier et général
- Amortissements, provisions, charges financières et exceptionnelles



Centre Hospitalier
Fonctions
support

Direction des ressources humaines

Responsable :

M. DURAND
Mme GEX

Description du service :

La direction des ressources humaines assure la gestion collective et individuelle du personnel médical et non médical du centre hospitalier. Elle s'attache à répondre aux attentes et aux préoccupations des personnels et de l'institution en matière de politique des ressources humaines, notamment au travail du projet social. La direction des ressources humaines assure la gestion administrative du personnel, adopte une vision prospective des métiers et des compétences, pilote la masse salariale, co-anime avec la direction de l'organisation une politique d'amélioration des conditions de travail, en particulier sur le volet du risque psycho-social, assure enfin la formation continue des agents du centre hospitalier.

Durant l'année 2017, des mouvements de personnel ont été opérés au sein de la Direction : arrivée d'un adjoint administratif à la paye en remplacement d'un agent en arrêt maladie long et qui a changé d'affectation (absence non remplacée pendant six mois), départ d'un adjoint administratif en charge de la carrière en septembre remplacée par une attachée d'administration reprenant à la fois des missions de gestion de carrière et de développement des ressources humaines. On peut également noter un congé maternité non remplacé à la formation continue. Enfin, le départ de Monsieur DURAND à la mi-octobre 2017 pour un autre établissement a nécessité une organisation différente en lien direct avec le Directeur de l'établissement.

Principales réalisations :

L'année 2017 a vu se poursuivre la démarche de fiabilisation des comptes et notamment la rédaction de procédures dans le domaine de la paye médicale et non médicale, ainsi que sur des activités spécifiques. Les contrôles internes se sont poursuivis, en sus de ceux demandés tous les mois par le Trésor public, comptable de l'établissement.

Suite à la mise en place de CPAGEI en septembre 2016, la nouvelle version du logiciel a permis la révision réglementaire d'un certain nombre de décisions administratives, l'exploitation intense du module bureautique afin d'optimiser le temps agent, le renseignement d'un certain nombre d'information permettant aujourd'hui entre autre un meilleur suivi des dossiers administratifs informatisés, des contrôles de données plus pointus et la réalisation de nouvelles statistiques.

L'ensemble des personnels de la DRH (à l'exception du service formation et de l'attachée en charge de la gestion de la carrière et

du développement des ressources humaines) ont été formés au dossier agent, permettant ainsi une nouvelle organisation dans la gestion des ressources humaines et la possibilité de développer ou d'améliorer des outils de suivi et de contrôle, ainsi que la rédaction de procédures d'aide à la gestion pour les agents nouvellement formés.

Compte tenu de l'absentéisme important au sein de la Direction des ressources humaines en 2017, un certain nombre de tâches ou d'activité n'ont pu être réalisées telles que la CAP des notations en décembre 2017, l'organisation de certains concours (ex : cadre de santé paramédical, technicien supérieur hospitalier).

Dans ce même cadre, la tenue du Comité de réflexion et d'accompagnement des situations de restrictions et d'inaptitude au travail n'a pu se faire de manière régulière, celui-ci nécessitant un temps de préparation important pour la DRH qui n'était pas en mesure de pouvoir consacrer le temps nécessaire compte tenu de ses effectifs. Cependant, le Directeur des ressources humaines et son adjointe se sont régulièrement réunis (environ une fois par mois) avec la Médecine préventive pour évoquer les situations délicates et tenter de trouver les meilleures solutions possibles pour préserver la santé des agents ou permettre leur retour au travail dans les meilleures conditions possibles.

Le service formation a accueilli une nouvelle assistante suite au départ de l'agent en poste en début d'année. Cette dernière a été seule jusqu'au mois de mai compte tenu du départ en congé maternité de la responsable du service.

En 2017, le service formation a impulsé une nouvelle gestion financière du budget formation de l'établissement avec l'instauration d'une dotation financière par pôle. Il s'agit de repositionner la formation comme un outil au service des projets de services et de pôles portés par l'établissement.

Par ailleurs afin d'améliorer la communication du service, un intranet dédié à la formation a été déployé.

En synthèse, la Direction des ressources humaines et affaires médicales et de la formation a privilégié en 2017 la gestion quotidienne, la paye et la sécurisation de ses pratiques au détriment de projets et suivis de certains dossiers, sans négliger pour autant les situations d'agents en difficultés sociales ou financières.

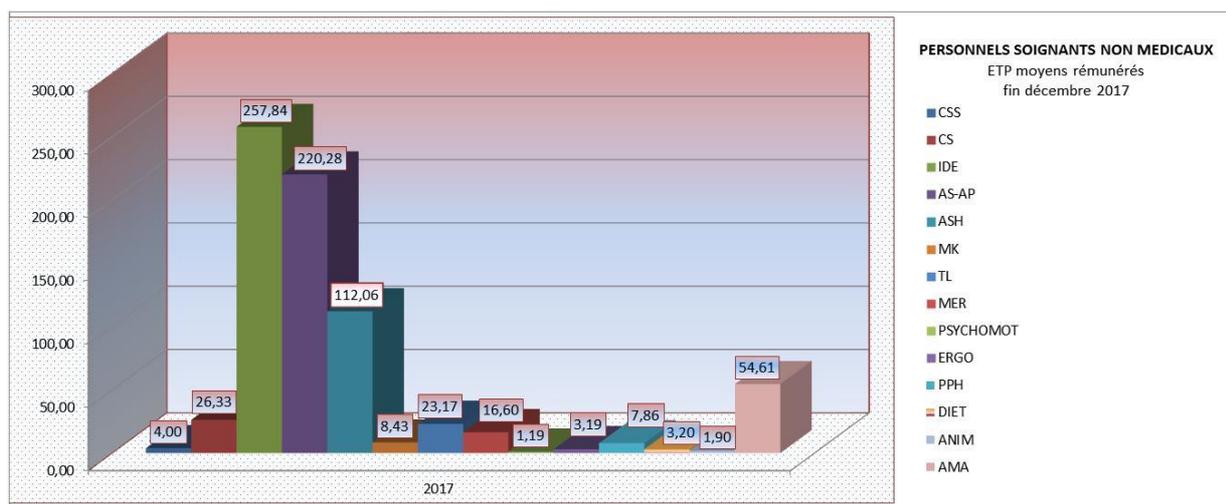
Coordination générale des soins

Responsable :

Mme. DEROME, Directeur coordonnateur général des soins

Effectif :

- quatre cadres supérieures de santé,
- une sage-femme supérieure,
- 27 cadres de santé ou faisant fonction.



Description du service

Dans le cadre du projet d'établissement, la direction des soins est chargée de concevoir le projet de soins, d'en piloter la mise en œuvre et d'en évaluer les résultats. Responsable de la continuité, de la qualité et de la sécurité des soins, elle en assure la coordination, l'organisation et l'animation, et veille à la cohérence des parcours de soins des patients.

Ses missions s'exercent principalement dans 4 domaines à un niveau politique et stratégique :

- Production des soins et des activités paramédicales : de l'organisation à l'évaluation des activités, en passant par leur mise en œuvre, leur animation et leur encadrement ;
- Exercice professionnel : respect des bonnes pratiques professionnelles, des règles éthiques et déontologiques, évolution du champ des compétences ;
- Management et gestion efficiente des moyens en personnels soignants non médicaux, assistantes médico-administratifs compris ;
- Evolution des structures : de l'accompagnement du projet d'établissement à la mise en œuvre des plans et programmes qui s'y rattachent

Principales réalisations

L'année 2017 a été marquée par la volonté d'accompagner et soutenir sereinement les mutations de notre hôpital et d'en faire un acteur de santé publique à part entière sur le bassin de vie dolois, avec notamment :

- la mise en œuvre des orientations stratégiques, élaborées fin 2013 à l'aune des orientations du projet régional de santé et des évolutions attendues du système sanitaire français,
- la poursuite de la déclinaison au sein des services et unités de soins des 14 fiches-actions du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques 2015-2019, organisé selon 4 axes :
 - o Accueil et prise en charge des usagers,
 - o Qualité, sécurité des soins, gestion des risques liés aux soins,
 - o Management,
 - o Coopérations.ainsi que le bilan annuel de l'atteinte des objectifs fixés et des actions du projet de soins effectivement mises en place sur l'ensemble des pôles d'activité médicales et/ou médico-techniques.
- La participation à la mise en place du dispositif PASS SANTE JEUNES, initié par l'ARS Bourgogne Franche-Comté dans le cadre du Contrat Local de Santé porté par le Pays Dolois.
- La formalisation d'un partenariat avec la Clinique du Val d'Amour visant à définir les modalités d'organisation et de coordination des admissions et des sorties des patients originaires du Val d'Amour, dans le cadre de parcours de soins bien identifiés.

Chiffres clés

5 réunions CSIRMT

10 réunions cadres dont 5 centrées sur la qualité

498 étudiants accueillis en stage (Cadres de santé- IDE-IADE-IBODE-IPDE-AS-MK-autres) pour **12**

517 journées de stage

Pressée par la nécessité de « soigner le mieux possible tout le monde, à tout moment et au meilleur coût », contrainte par une pression budgétaire continue, la direction des soins s'est tournée vers de nouveaux modes de fonctionnement plus coopératifs et surtout plus performants.

Dans l'optique d'un retour à l'équilibre financier, la direction des soins a inscrit son action dans plusieurs chantiers d'amélioration de la performance hospitalière : plan triennal ONDAM 2014-2017, redimensionnement capacitaire, maîtrise de la masse salariale et absentéisme, optimisation du parcours patient externe, maîtrise médicalisée des dépenses de transports sanitaires inscrite dans le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiences des Soins (CAQES), généralisation du rappel de rendez-vous par SMS, de la lettre de liaison...

La contribution apportée par la direction des soins au désendettement et à la performance organisationnelle du CHLP s'est également traduite par :

- la réalisation d'un état des lieux et la participation à l'écriture d'un cahier des charges en vue de la réalisation d'une étude de faisabilité sur le développement d'une offre chirurgicale publique sur le bassin dolois,

- l'initiation d'une réflexion sur la gestion des situations de tension de lits ayant débouché sur la formalisation d'une procédure allant de la gestion des situations ponctuelles de tension sur les lits à la déclinaison du dispositif « Hôpital En Tension » (HET),
- le renforcement du pilotage de la masse salariale : analyse et interprétation des tableaux de suivi des effectifs en collaboration avec la Direction, la DRH et le Contrôle de gestion, mise en place d'un suivi régulier des effectifs en personnels non médicaux des services de soins et secrétariats médicaux par grade et par statut, inscription de l'ensemble des cadres et cadres supérieurs paramédicaux dans une démarche d'optimisation des effectifs de remplacement, suivi des situations des inaptitudes au travail en lien avec le CORAC,
- L'amélioration de la traçabilité du suivi des patients inscrits dans des programmes d'éducation Thérapeutique du patient (ETP) ayant permis de déboucher sur une revalorisation des crédits MIG attribués au titre de l'année 2017.

Forte de sa capacité à intégrer le changement, la direction des soins s'est retrouvée placée au cœur de la stratégie locale mais aussi régionale.

Au plan institutionnel, avec :

- la mise en œuvre du projet d'optimisation capacitaire, et plus concrètement avec :
 - ✓ le rapprochement des services de cardiologie et de neurologie, préparé en 2016 et concrétisé le 11 avril 2017,
 - ✓ le réajustement capacitaire de l'unité commune de chirurgie après environ une année de fonctionnement (passage de 32 lits à 26 lits décembre 2017),
 - ✓ l'accompagnement du projet de réorganisation des activités du pôle gériatrique ;
- la poursuite de la réflexion sur la relocalisation des lits identifiés soins palliatifs (LISP) en médecine : mise en évidence des enjeux en termes de santé publique et en termes financiers, évaluation du potentiel de développement d'activité ;
- l'ouverture d'un centre de prélèvements externes au laboratoire d'analyses médicales : clarification de son organisation et de son fonctionnement, participation à un audit externe ;
- la clarification du fonctionnement de la Maison des Adolescents ;
- l'organisation de la continuité des services en période estivale : programmation, mise en œuvre et bilan des réductions capacitaires opérées en juillet et août 2017 ;
- l'intégration des personnels de service social dans son périmètre de responsabilité ;
- la participation à l'écriture de plusieurs cahiers des charges de formations à portée institutionnelle : projet managérial, co-développement, accompagnement au changement, optimisation de l'efficacité professionnelle des AMA ;

- l'organisation de journées d'accueil pour les nouveaux arrivants ;
- La participation aux réunions du Conseil Pédagogique Régional de l'ANFH ;
- la poursuite de la structuration d'une démarche institutionnelle d'accompagnement des équipes paramédicales à l'utilisation du dossier patient informatisé (DPI) ;
- la participation à la réflexion conduisant à la mise en place d'un Serveur Vocal interactif.

Au plan régional ensuite, avec :

- l'intégration du CHLP dans le GHT Centre Franche-Comté : participation au Comité Stratégique et au Collège Médical de groupement, ainsi qu'à la Conférence Territoriale de Dialogue Social, élaboration du projet paramédical de territoire (définition de la politique de soins - finalisation des axes et orientations du projet de soins partagé- constitution des groupes de travail en vue de la rédaction des 6 fiches-action de ce projet de soins partagé, déclinaison des orientations retenues en vue de leur mise en œuvre au sein de chaque établissement du GHT ;
- La poursuite du pilotage et l'animation du chantier régional « Articulations entre établissements sanitaires et établissements médico-sociaux de type FAM-MAS », centré sur l'amélioration de la prise en charge hospitalière des personnes handicapées. Celui-ci a débouché sur la signature des 2 conventions de partenariat avec ETAPES et JURALLIANCE, les 31 mars et 9 octobre 2017, et sur la formalisation d'un questionnaire d'évaluation de la satisfaction des personnes handicapées. Une réflexion sur l'accès aux soins dentaires a également été initiée.
- Le développement de la coopération avec l'Association SANTELYS, opérateur de dialyse hors centre : mise en place de réunions régulières avec les responsables administratifs et soignants et mise en place progressive d'une équipe paramédicale mixte CHLP-SANTELYS;

Service social

Effectif :

Le service social a vu son effectif renforcé au 27 octobre 2017, avec l'accueil d'une nouvelle assistante de service social (ASS), recrutée, dans un premier temps, sur un remplacement de congés de maternité.

L'inflation du nombre de demandes et la complexité des situations traitées a, par la suite, justifié l'évolution de ce poste de remplacement vers la création d'un poste supplémentaire.

Le service social se compose à présent de quatre ASS, représentant un total de 3.30 ETP, et d'un mi-temps de secrétariat.

Responsable :

Mme DEROME, directrice des soins et du parcours patient.

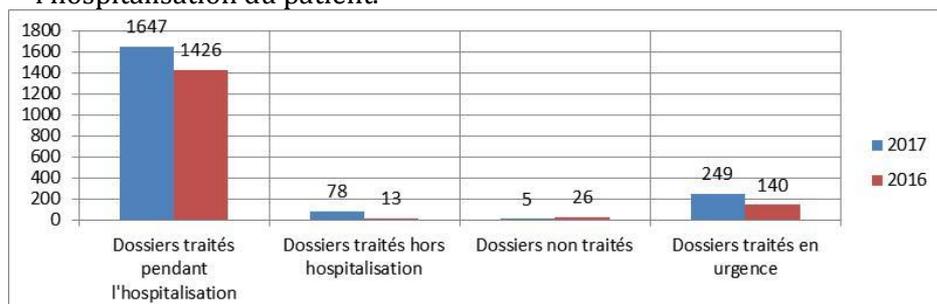
Description du service :

Interlocuteur privilégié entre le patient, son environnement social et l'équipe soignante, le service social hospitalier est amené à intervenir pour toutes les difficultés apparues à l'occasion d'une hospitalisation. Il a pour mission de conseiller, orienter et soutenir les personnes hospitalisées et leurs familles, de les aider dans leurs différentes démarches (ex : informations sur les droits, constitution de dossiers administratifs, demandes en EHPAD, aide au retour à domicile).

Il assure dans l'intérêt des patients, un rôle de médiateur entre le patient, la famille, le représentant légal de la personne et les services hospitaliers. Il joue également un rôle de coordinateur avec les différents partenaires extérieurs et les institutions ou services sociaux et médico-sociaux.

Principales réalisations :

En 2017, le service social a traité **1 725 dossiers**, soit 286 dossiers de plus qu'en 2016 et 542 de plus qu'en 2015. Cette augmentation conséquente de 20% entre 2016 et 2017 (37% entre 2015 et 2017) s'est produite alors même que le nombre total d'entrées en hospitalisation a légèrement baissé en 2017, comparativement à 2016 (14 124 en 2017 contre 15 329 en 2016). Elle s'explique par l'augmentation exponentielle du nombre de demandes formulées par les services de soins et par l'augmentation du nombre de dossiers traités avant et/ou après l'hospitalisation du patient.



Le nombre moyen de dossiers traités chaque mois est d'environ **14**, avec des écarts pouvant aller de 118 à 166 dossiers traités. Les

mois de **mars, juin, octobre et novembre** 2017 ont été les mois où l'intervention du service social a été la plus marquée. Ceci est la conséquence directe d'une augmentation d'activité d'hospitalisation assez significative sur l'ensemble de l'établissement.

Le service social intervient sur la totalité des hospitalisations pour 11.71 % des patients (contre 9.65 % en 2016).

Sur ces 1 725 dossiers, **249 ont été traités en urgence**, soit environ 14 % de l'ensemble des dossiers traités, pour des situations signalées à moins de 48 heures de la sortie. Cette activité d'urgence se rencontre de plus en plus fréquemment. En effet, si l'on se réfère à l'année 2016, cela représente une augmentation de l'ordre de 78%.

Le **SSR gériatrique** (616 dossiers) et le **court séjour gériatrique** (234 dossiers), sollicitent massivement le service social depuis plusieurs années. C'est à nouveau le cas en 2017 (47 % de l'activité totale, soit une augmentation de 3 points comparativement à 2016).

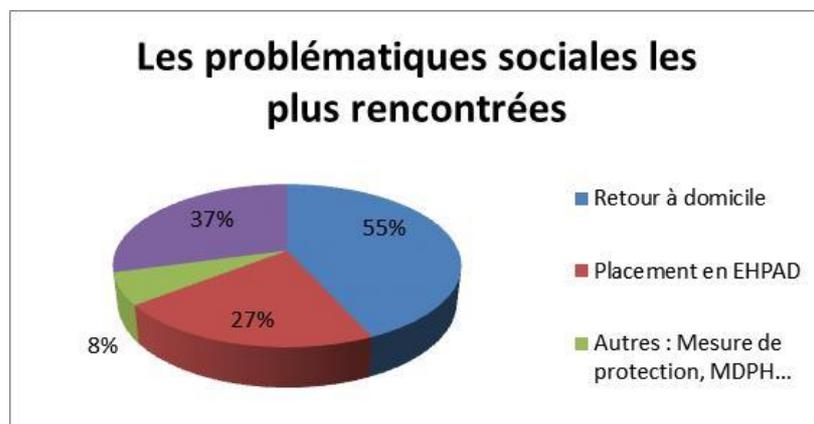
Le **service de diabéto-endocrinologie** fait également partie des services pour lesquels le service social est le plus sollicité (172 dossiers en tout, représentant 10 % de l'activité totale). L'augmentation d'activité et l'évolution du profil des patients accueillis dans ce service peuvent expliquer cette tendance. En effet, la moyenne d'âge des patients a augmenté (soit environ 10 ans de plus).

Viennent ensuite le service de **MPR** (158 dossiers) et la **cardio-neurologie** (148 dossiers), suivi par le service de rhumatologie (123 dossiers) et celui de pneumologie (108 dossiers) qui représentent, à eux quatre, 31 % des dossiers traités.

A l'exception du service de MPR, de la cardio-neurologie et de la chirurgie qui connaissent, respectivement, une diminution de 5, 4 et 2 points, le nombre de dossiers traités est en augmentation constante sur la quasi-totalité des autres services.

US	2017	%	2016	%	écart
SSR gériatrique C1A	251	15%	221	15%	0%
SSR gériatrique C1B	131	8%	91	6%	2%
SSR gériatrique C2	234	14%	179	12%	2%
Court Sjour Gériatrique	173	10%	154	11%	-1%
MPR	158	9%	196	14%	-5%
Cardio-Neurologie	148	9%	188	13%	-4%
Chirurgie	103	6%	113	8%	-2%
Diabéto-Endocrinologie-DP	172	10%	105	7%	3%
Rhumatologie	123	7%	83	6%	1%
Pneumologie	108	6%	79	5%	1%
Dialyse	17	1%	17	1%	0%
Autres : gynéco, pédia...	29	2%		0%	2%
EMG	9	1%	0	0%	1%
Dossier	1725	100%	1439	100%	

L'activité des Assistantes Sociales en 2017 concerne essentiellement l'organisation de **retour à domicile et/ou de démarches d'institutionnalisation**.



Comme évoqué précédemment, le service social a pour mission de développer constamment son réseau partenarial. En effet, 37% des situations des patients nécessitent la mise en place d'un travail social conjoint.

Réunions

Le service social se déplace quotidiennement dans les services de soins pour participer aux différentes réunions pluridisciplinaires et pour échanger avec chaque professionnel. Les interactions avec le corps médical permettent au Service Social de recueillir les informations nécessaires à la compréhension de chaque situation ; de la même manière le Service Social apporte à l'équipe soignante une expertise sociale pour une analyse globale et individualisée de chaque patient.

Le service social participe également à des réunions extérieures rassemblant l'ensemble des assistantes sociales hospitalières du Jura. Ces instances permettent aux ASS du service social d'être informées des nouveaux dispositifs en vigueur, d'identifier leurs principaux partenaires et être reconnu par eux.

En 2017, trois rencontres ont été organisées à l'échelon départemental..

Formation

En 2017, les ASS ont participé à plusieurs séances d'analyse de la pratique professionnelle. Celle-ci se déroule en présence des personnels de la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé). Ces séances favorisent la prise de recul des professionnels face à des situations complexes.

Le service social n'a pas pu accueillir de stagiaire cette année au regard des mouvements du personnel. Cette mission sera envisagée à la rentrée d'automne 2018.

Direction de l'information médicale et des systèmes d'information

Responsable :

M. le Docteur Meyer

Département de l'information médicale

Effectif : 0,8 ETP médical – 4,5 ETP non médical

Responsable :

M. le Docteur Meyer

Description du service :

Le DIM est une structure transversale de l'hôpital, qui a pour missions :

- le PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information, outil de description et de mesure médico-économique de l'activité hospitalière :
 - PMSI court séjour (Médecine Chirurgie Obstétrique)
 - PMSI SSR (Soins de Suite et de Réadaptation)
- la gestion et le conseil pour le dossier médical du patient.
- la communication du dossier médical.

Département de dossiers médicaux

Responsable :

M. le Docteur Meyer

Description du service :

Les missions dévolues à ce département sont :

- gestion informatique des sorties et des retours des dossiers médicaux,
- gestion des créations des nouveaux patients,
- gestion manuelle des dossiers médicaux dans les salles d'archives,
- livraison des dossiers médicaux dans les points de livraison,
- recherche des dossiers anciens relevant du précédent système,
- constitution des dossiers médicaux vierges,
- réfection des dossiers abîmés,
- réponse aux appels téléphoniques.

Systèmes d'information

Responsable :

Jérôme Gauthier

Description du service :

La mission du service informatique est de garantir aux collaborateurs du Centre Hospitalier la mise à disposition et le fonctionnement optimal des produits et services informatiques nécessaires à leurs missions et activités. Le service est en charge de la gestion matérielle et logicielle des postes de travail informatiques. Son périmètre de responsabilité inclut aussi les achats informatiques, le support technique et le traitement des incidents.

Principales réalisations :

- Virtualisation complète de l'environnement CPAGE
- Changement de la solution de Visio conférence
- Mise à jour la version de Millennium de Cerner en V2015
- Publication de l'appel d'offre et choix du logiciel de gestion du laboratoire
- Mise à jour de la solution de bureautique Dic'T en version 7.1

Direction des finances, des achats et du patrimoine

Responsable :

M. HUARD

Service financier

Effectif : 4 ETP

Responsable :

Mme Chanay, attachée d'administration hospitalière

Description du service :

L'activité du service se décompose ainsi :

- préparation et suivi de l'EPRD, suivis infra annuels, PGFP, plan pluri-annuel d'investissement, compte financier pour l'ensemble des budgets (compte de résultat principal et 3 budgets annexes) ;
- élaboration de scénarii budgétaires alternatifs ;
- élaboration de tableaux de bord dans le cadre de suivi de l'évolution des recettes et des dépenses (par budgets, pôles et services) ;
- contrôle de l'évolution des dépenses et recettes dans le respect des crédits autorisés et des masses budgétaires ;
- analyse des données représentatives de la marche de l'établissement : bilans, comptes de résultats et tableaux de bords ;
- gestion de la trésorerie, suivi de veille de trésorerie mensuelle sur la plate-forme ministérielle ;
- gestion de la dette et des emprunts et des relations avec les partenaires bancaires ;
- comptabilisation de pièces comptables (titres et mandats) ;
- passation des opérations de clôture ;
- élaboration des rapports financiers, des rapports d'activité de l'établissement, des rapports de présentation budgétaire (EPRD, ROB, procédures contradictoires) et des documents de présentation aux instances et au conseil de la vie sociale ;
- intégration des budgets, des décisions modificatives et des tarifs dans le système d'information ;
- mise en œuvre de la revue annuelle des MIGAC et du suivi annuel d'activité des programmes d'éducation thérapeutique°;
- mise en œuvre de la qualité comptable et du déploiement de la démarche de fiabilisation et de certification des comptes des EPS au plan régional pour le Jura ;

17 524 mandats

181 106 titres

- mise en œuvre du passage au PES V2 ;
- suivi, élaboration et actualisation de procédures : juridiques (conservation des archives, contentieux, intérêts moratoires), fiscales (TVA, taxe d'apprentissage), administratives (dons et legs, facturation des chambres individuelles, examens sanguins sur prescription judiciaire, essais cliniques, mise à disposition de moyens, convention de délai de règlement des fournisseurs en partenariat avec le Trésor Public, convention des services comptables et financiers) et comptables (seuil des immobilisations)... ;
- montage de dossiers de demande de subvention ;
- gestion du patrimoine immobilier ;
- gestion de l'inventaire comptable de l'établissement ;
- collecte des informations auprès des responsables opérationnels (SAE, rapport d'activité...) ;
- réaliser des études financières et économiques diverses.

Principales réalisations :

L'année 2017 a été une année de transition avec un renouvellement complet de l'effectif.

Service biomédical

Investissement :
> 600.000 €

Maintenance:
514 412 €

Nombre d'équipements
biomédicaux :
3 500

Effectif : 4,65 ETP

Responsable :

Mme BANCEL, Directrice adjointe chargée des Finances, des achats et du patrimoine
M. Dion, ingénieur biomédical

Description du service :

Gestion du parc des équipements biomédicaux :

- acquisition des équipements,
- mise en service,
- maintenance préventive,
- maintenance curative,
- contrôle qualité,
- contrôles réglementaires,
- gestion de la matériovigilance,
- formation des utilisateurs d'équipements,
- traçabilité réglementaire.

Principales réalisations :

Principales acquisitions d'équipements biomédicaux :

- Système de surveillance monitoring en CARDIO-NEUROLOGIE.
- Moniteurs de surveillance de salle de réveil en ANESTHESIE.
- Échographe expert biométrie et morphologie en OBSTETRIQUE.
- Dispositif de polysomnographie en PNEUMOLOGIE.
- Vidéo bronchoscopie en PNEUMOLOGIE.
- Autorefratokératotonomètre pour la consultation OPHTALMOLOGIE



VOLUSN E8
(OBSTETRIQUE)

Service travaux

Effectif : 23,53 ETP

Responsable :

M. Bruneau, ingénieur
M. CHAILLET, TSH

travaux cumulés :

1 580 442 € TTC

dont SSI ph2 : 185 942 € TTC

dont centre de prélèvements :

16 194 k € TTC

dont solde cardio-neuro :

981 116k€ TTC env.

maintenance contrats:

242 409 € TTC

réparations: 186 147 € TTC

cumul factures énergies:

948 142 € TTC

déchets: 150 797 € TTC

bons GMAO: 8100

Description du service

Les services techniques interviennent dans des missions très quotidiennes d'entretien et de dépannage mais aussi en sécurité incendie (installations techniques et gestion des alarmes incendie et alertes) .

Ils assurent aussi des fonctions de service interne avec la collecte des déchets et du linge, l'entretien des espaces verts et la gestion du parc véhicules.

Cette année une activité a été particulièrement sollicitée: les nombreux déménagements pour le solde des travaux d'amélioration de la sécurité incendie et de la restructuration du service de cardiologie-neurologie avec des phases préparatoires et un phasage complexe et très précis.

Les services techniques accompagnent aussi le CHLP dans sa réorganisation et son adaptation architecturale à moyen et long terme et sont souvent force de propositions.

Principales réalisations :

- **travaux de sécurité incendie (phase 2) de désenfumage :** finalisation des travaux prévisionnels en cohérence avec l'opération de restructuration de cardiologie-neurologie et validation le 27/06/2017 par l'avis favorable à la poursuite de l'exploitation délivré par la Commission de Sécurité.

(insufflateur d'air neuf en terrasse : repère 1)
montant en € TTC: 185 942 (part 2017)

- **cardiologie/neurologie :** fusion des services existants 3B+3C+USIC et rénovation du plateau technique d'explorations fonctionnelles. Remise à niveau hôtelière, amélioration de la parité des chambres à un lit et création de douches dans les chambres. Rénovation des panoplies de distribution d'eau chaude et de bouclage des ailes B & C.

Fin des travaux et ouverture de cette unité rénovée le 11 avril 2017

(salle de soins cardio-neuro : repère 2)
montant en € TTC: environ 981 116

- **Amélioration de la sécurité électrique (maintenance):** remplacement d'un inverseur de source dans le tableau électrique de sécurité (TGS) et opération de maintenance de 2 organes sensibles (inverseurs de source dans armoire des groupes électrogènes et dans le tableau général de sécurité (TGS). (maintenance QS5 / groupes électrogènes : repère 3)

montant en € TTC: 43 500



Repère 1



Repère 2



Repère 3



Repère 4

- **Rénovation centrale de traitement d'air de la salle 3 du Bloc opératoire :** suite à arrêt pour obsolescence, remplacement de la centrale de traitement d'air de la salle 3 du Bloc Opératoire avec reprise des réseaux existants et qualification finale de cette installation rénovée en niveau ISO7 pour un organisme indépendant ([centrale de traitement d'air en LT du sous-sol : repère 4](#))

montant en € TTC: 60 000

- **Création du nouveau centre de prélèvement du laboratoire** au rdc du CH à proximité du hall d'accueil en réaménageant les anciens locaux de l'EEG et ouverture début 10/2017

montant en € TTC: 16 194

Service logistique

Effectif : 41,7 ETPR

Responsable :

Mme ECHENOZ , attachée d'administration hospitalière

Description du service :

La direction des achats et de la logistique regroupe plusieurs services ayant des missions transversales :

Le service Lingerie-le Vaguemestre -la Restauration-le Magasin général et la cellule Achats.

L'année 2017 a été marquée par la progression des travaux préparatoires à la mise en place des GHT au 01/01/2018 L'implication marquée du centre hospitalier Louis Pasteur lui a permis de s'assurer une place permanente au sein du Comité de Gestion des Achats du GHT qui se réunit mensuellement et élabore la stratégie achat pour chaque marché.

Le centre hospitalier va bénéficier par ailleurs d'une délégation de signature lui permettant de signer les marchés inférieurs à 25 000 euros HT propres à l'établissement.

Principales réalisations :

Principales réalisations de l'année 2017 :

- 1) Acquisition d'équipements pour le Laboratoire s'inscrivant dans la démarche de certification
- 2) Remplacement d'un véhicule
- 3) Acquisition de lave bassins et de lits dans le cadre d'un plan de renouvellement
- 4) Acquisition d'équipements facilitant la manutention des charges et s'inscrivant dans un plan de prévention des TMS
- 5) Mise en œuvre des premiers marchés via GHT :
 - Déchets
 - Transports sanitaires
 - Produits hôteliers
 - Produits d'entretien

Les différents travaux menés sur ces segments d'achat verront leur aboutissement début 2018 et permettront l'évaluation des organisations définies.

6) Dématérialisation progressive de la facturation via CHORUS PRO

7) Adhésion au RESAH pour l'achat des fournitures de bureau

53 225 euros : dépenses consacrées aux achats mobiliers au titre de la Prévention des Risques Professionnels

303 680 repas servis par le service Restauration

394870 euros de gains achat notifiés pour l'année 2017 dont 228 446 euros correspondant à des retours en stock de médicaments

488 148 kg de linge traité pour 714 685 euros

14 505 commandes (dont 7860 par les services économiques et logistiques) passées en 2017 pour un montant de 10 679 365 euros

119 941 plis pour un total de 100 130 euros dont 11 198 plis au titre des envois aux mutuelles (pour un montant de 11 377 euros)

A cela s'ajoutent les envois de 160 colis pour un montant de 1 767 euros et les envois de Frequenceo (envois groupés mutuelle) pour un montant de 790 euros

Les transports assurés par un prestataire externe s'élevaient en 2016 à 11 812 euros. Ils s'élèvent à 5 621 euros en 2017, les courses externes pendant les heures ouvrables étant assurées par un agent du magasin central

Direction de l'organisation

Responsable :

Xavier Huard, directeur adjoint

Qualité et relations usagers

Responsable :

M. Durand puis M. Huard

Description du service :

Le service qualité et relations usagers est chargé de quatre missions :

- coordination de la démarche qualité de l'établissement ;
- gestion des risques, y compris professionnels ;
- traitement des réclamations, en lien avec la CRUCPC ;
- défense contentieuse de l'établissement et relations avec les assureurs.

Le service qualité et relations usagers apporte également sa contribution à la communication de l'établissement, en particulier sur internet.

Principales réalisations :

Celles-ci sont décrites dans la partie « Démarche qualité » de ce rapport.

Accueil et facturation

Responsable :

Mme. Boillot

Description du service :

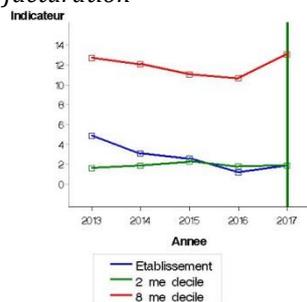
Ce service couvre deux champs différents : l'accueil de l'hôpital et le bureau des admissions. L'accueil assure à la fois l'accueil physique et téléphonique. Le bureau des admissions accueille également les patients, identifie leurs droits, recueille l'activité réalisée, facture cette dernière et gère le contentieux afférent. Il gère également la régie de recettes pour les actes, les repas accompagnants et le téléphone.

Principales réalisations :

Le standard a participé aux travaux relatifs à la préparation de la bascule vers le serveur vocal interactif.

Le bureau des admissions a consolidé le passage en FIDES ; il a obtenu de très bons taux de rejets parfois inférieurs à 2 %, salués par l'assurance maladie.

Manque à gagner suite à une vitesse trop faible de facturation



D'importants travaux ont été menés sur l'interface avec la biologie ; le bureau des admissions a également beaucoup été sollicité dans la consolidation du projet d'optimisation du patient externe à la Maternité.

Sur le plan du recouvrement, un travail important a été réalisé en lien avec le Trésor Public afin d'améliorer le recouvrement de certains organismes complémentaires refusant de payer les factures pourtant régulièrement émises par l'établissement (régularisation supérieure à 200 k€ en partie grâce à une action d'ordre à tiers détenteur réalisée par le Trésor Public sur la base d'éléments fournis par l'établissement).

Les travaux étroits menés avec le Trésor Public ont permis à l'établissement d'obtenir de bons indicateurs de facturation par rapport aux établissements de même typologie (source : Hospidiag 2017) ; l'établissement se situe ainsi dans les deux meilleurs déciles.

Enfin le service a préparé le projet d'optimisation du parcours du patient externe sur le pôle Femme Mère Enfant visant à permettre aux patientes de ne plus passer par le bureau des admissions central.

Contrôle de gestion

Effectif :

Le centre hospitalier dispose d'1,5 temps plein sur cette mission.

Responsable :

Mme. Chanay, attachée d'administration hospitalière

Description du service :

Le contrôle de gestion peut se résumer à « connaître et comparer ». Son rôle est d'utiliser la comptabilité analytique de manière à éclairer les acteurs hospitaliers sur le volet médico-économique des décisions, en donnant une vision exacte des coûts et recettes des activités, tout en permettant une comparaison avec d'autres établissements.

Principales réalisations :

Le contrôle de gestion a notamment réalisé les comptes de résultat analytique, le retraitement comptable, mis en place et présenté aux responsables plusieurs fiches de la base d'Angers, le tout dans une perspective de convergence des méthodes analytiques.



Les instances

Le Conseil de Surveillance

Composition

(arrêté ARSBFC/DOS/PSH/2017-1246 du 01/12/2017)

Voix délibérative

En qualité de représentant des collectivités territoriales :

M. Jean Baptiste Gagnoux *Président - Maire de DOLE*
M. Pascal Jobez *représentant la Mairie de DOLE*
M. Jean-Pascal Fichère et M. Félix Macard
Représentants de la Communauté d'Agglomération du Grand DOLE
Mme Christine Riotte *représentante du président du Conseil
départemental du JURA*

En qualité de représentant du personnel :

M^{me} Sylvie Magnin *représentant de la C.S.I.R.M.T.*
M. le Dr Salem TOUAZI et M. le Dr Julien Taurand
représentants de la C.M.E
M. Philippe ZANTE *représentant désigné par les organisations
syndicales*

En qualité de personnalité qualifiée :

M^{me} Joëlle Nicolet et M. Henry Soufflot
Personnalités qualifiées désignées par le Directeur Général de l'ARS
M. Marcel Grégoire *personnalité qualifiée désignée par le Préfet du
Jura*
Mme Marie-Del-Mar Gravier et Mme Monique COLLIER
représentants des usagers désignés par le Préfet du Jura

Voix consultative

M. le Dr Gibey *Président de la CME*
M. Marc DAUBIGNEY *représentant des familles de
personnes accueillies dans l'unité de soins de longue durée*

Invités

M. le Directeur Général de l'ARS Bourgogne/Franche-Comté
M. le Directeur de la CPAM
M. Reverseau, Trésorier Principal
M. le Directeur,
M. le Directeur adjoint,
M^{me} la Directrice adjointe,
M^{me} la Directrice Coordinatrice Générale des Soins

En 2017, le Conseil de Surveillance a tenu 4 séances

Le Directoire

Composition

(Décision du directeur du 05 janvier 2017)

Le Directoire comprend 7 membres :

Membres de droit :

M. Emmanuel Luigi ; directeur de l'établissement, président du Directoire

M. le Dr Sylvain Gibey ; président de la CME, Vice-Président du Directoire

Mme Marie-Claude Derome ; présidente de la CSIRMT

Membres nommés par le président du Directoire

M. le Dr Stéphane COSSA

Mme Nelly PETITBOULANGER

M. le Dr Gérard MOTTE

Représentant la Direction :

M. Ghislain DURAND, directeur-adjoint

Invités permanents avec avis consultatif:

La Vice-Présidente de la CME

Le praticien responsable du DIM

Les chefs de pôles non membres du directoire

Les directeurs-adjoints non membres du directoire

En 2017, le Directoire a tenu 9 séances.

La Commission Médicale d'Etablissement

Composition

(décision du directeur du 15 décembre 2015)

Président

M. le Dr. Sylvain Gibey

Vice-Présidente

M^{me} Corinne Douet

Chefs de pôle d'activité clinique et médico-technique –(collège 1)

M. le Dr. Gibey – M. le Dr Cossa - M^{me} le Dr. Le Guillouzic
– M. le Dr. Taurand – M. le Dr. Motte - M^{me} Petitboulanger

Représentants élus des responsables de structures internes, services ou unités fonctionnelles (Collège 2)

Mme le Dr Tschudnowsky – Mme le Dr Gannard Pechin - M. le Dr. Napporn – Mme. Douet – M. le Dr. Stadler- M^{me} le Dr. Lagnien Gaume – M. le Dr Beyer - M. le Dr. Caretti - M^{me} le Dr. Rousteau

Représentants élus des praticiens titulaires (Collège 3)

M. le Dr. Aubry - M. le Dr. Touazi – M. Louvrier – M^{me} Durand – M. le Dr. Olabi

Représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels, des praticiens attachés (Collège 4)

M. le Dr. Boulestein

Représentants des Sages-femmes (Collège 5)

M^{me} Dordor

Représentants des internes (Collège 6)

Les représentants des internes sont désignés tous les six mois à chaque début de stage. Ils sont nommés par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis des organisations représentatives des internes

Participent aux séances de la CME avec voix consultative :

- M. Luigi, président du Directoire ;
- Mme Derome, président de la CSIRMT ;
- M. le Dr. Gouret, le praticien responsable de l'information médicale ;
- M^{me} Mludek, représentant du CTE, élue en son sein ;
- M^{me} Vabre, praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène ;
- M. Huard, directeur adjoint

En 2017, la Commission Médicale d'Etablissement a tenu 6 séances.

LES AUTRES INSTANCES

La Commission des Usagers

Président : M. Luigi ou son représentant
En 2017, la Commission a tenu 5 séances.

Le Comité Technique d'Etablissement

Président : M. Luigi ou son représentant
En 2017, le Comité Technique d'Etablissement a tenu 6 séances.

Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

Président : M. Luigi – Secrétaire : M. Zante
En 2017, la Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail a tenu 6 séances dont 1 séance extra-ordinaire.

La Commission des Soins Infirmiers et Rééducation Médico-Techniques

Président : M^{me} Derome
En 2017, la Commission des Soins Infirmiers et Rééducation Médico-Techniques a tenu 5 séances.