



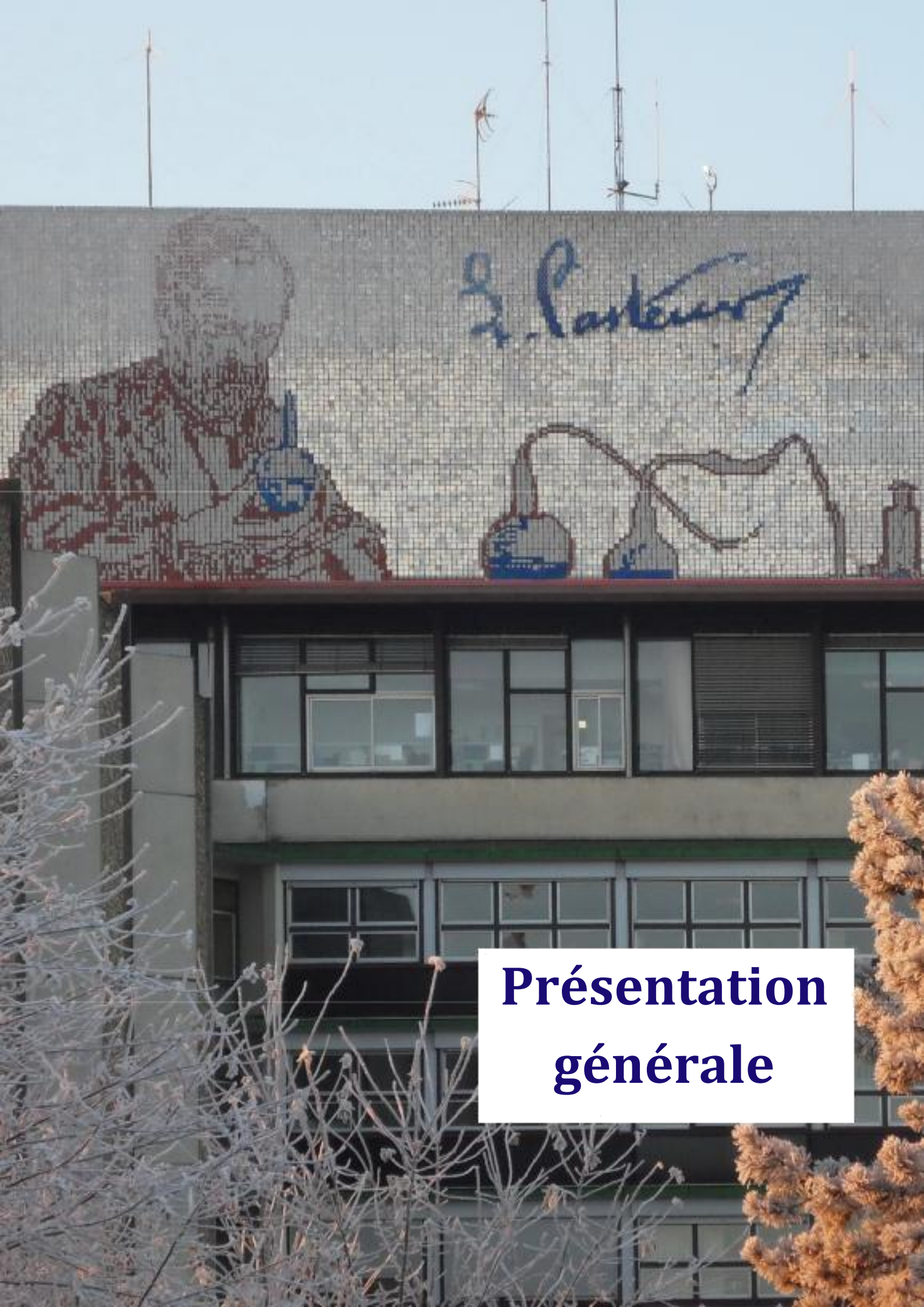
Centre hospitalier Louis Pasteur



Rapport d'activité



2016



Présentation générale

Editorial

L'année 2016 a été incontestablement une année de grands changements pour les hôpitaux publics et pour le CHLP. C'est d'abord une **nouvelle région** Bourgogne-France Comté qui s'est mise en place le 1^{er} janvier 2016, issue de la loi portant sur la Nouvelle Organisation Territoriale de la REpublique (NOTRE), région au centre de laquelle se trouve le Centre Hospitalier Louis Pasteur de Dole. C'est ensuite une **nouvelle agence régionale de santé** Bourgogne-France Comté qui a été présentée à Besançon le 18 janvier 2016, avec de nouveaux interlocuteurs auxquels les dossiers importants de l'hôpital Louis Pasteur ont été présentés. C'est enfin une nouvelle organisation des hôpitaux publics qui a démarré avec la publication de la loi de modernisation de notre système de santé. 135 **groupements hospitaliers de territoire**, les « GHT », ont été constitués. Leur objectif est d'assurer l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Le centre hospitalier Louis Pasteur a rejoint spontanément un GHT qui affiche son ancrage territorial au centre de la Franche-Comté.

Dans cet environnement évolutif, notre objectif est immuable : fournir en 2016 comme les années précédentes des soins sécurisés et de qualité aux **100 000 habitants de notre zone d'attractivité**. Cet objectif, le CHLP et ses personnels l'ont poursuivi inlassablement en 2016. Notre activité s'est maintenue avec plus de 26 000 séjours, une progression des séjours ambulatoires de 2% et des séances d'un demi-point, plus de 900 naissances, plus de 28 000 passages aux urgences.

La qualité des soins a été reconnue par une **nouvelle certification qualité** a été décernée du premier coup par la Haute Autorité de Santé, et dont la couleur de cotation est définitivement passée au vert.

Ces chiffres et faits démontrent qu'une **réponse hospitalière de qualité et de proximité** est possible. La preuve en est l'augmentation continue des séances visant à traiter des cancers (+9% pour les séances de chimiothérapies tumorales en 2016).

Cet exemple illustre l'importance des **coopérations hospitalières**, particulièrement avec le CHRU de Besançon. Grâce à l'Institut Régional Fédératif du Cancer, il est possible d'être pris en charge à Dole avec les mêmes exigences et les mêmes protocoles qu'au CHRU de Besançon, que ce soit pour un cancer digestif, une affection hématologique ou un cancer du sein. D'autres spécialités pourraient être citées comme la neurologie, la radiologie, l'ophtalmologie, étayées par le CHRU de Besançon ou la cardiologie également appuyée par le CHRU de Dijon.

Sur le plan financier, le CHLP s'est **désendetté de 1,4 M€ en 2016** et a simultanément poursuivi un **programme d'investissement ambitieux**, d'environ 3 M€ d'investissements. L'essentiel est allé à la mise en sécurité incendie. Les travaux de désenfumage du CHLP ont avancé au rythme prévu et l'hypothèque qui a existé il y a quelques années sur l'exploitation du bâtiment ouvert en 1973 a été définitivement levée avant l'été 2017. Ces investissements permettent aussi de moderniser les équipements : le CHLP s'est doté d'un nouveau système de traitement d'eau en dialyse et d'une centrale moderne de monitoring en pédiatrie et en gynécologie-obstétrique. Ces investissements permettent d'améliorer les conditions d'accueil des patients. Après avoir ouvert au printemps 2016 la nouvelle unité de chirurgie, début novembre ont débuté les travaux de rénovation de l'unité de cardiologie et neurologie.

Sommaire

Présentation générale	
Synthèse	1
Positionnement et rôle du centre hospitalier	2
Les missions de service public confiées au centre hospitalier	6
La Maison des Adolescents	12
Données générales d'activité	
Tableau des lits et places	15
Les séjours hospitaliers	16
Les séjours de soins de suite et de rééducation	20
Les séjours médico-sociaux	22
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 centre hospitalier améliore son niveau de certification V2014	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	68
Direction de l'information médicale et des systèmes d'information	72
Direction des finances, des achats et du patrimoine	74
Direction de l'organisation	80
Les instances	
Le Conseil de Surveillance	87
Le Directoire	88
La Commission Médicale d'Etablissement	89
Les autres instances	90

Synthèse

1 039 ETP
rémunérés

401 lits et places
soit 354 lits et
47 places

Budget de
76 millions
d'euros



1241 sorties
SMUR

912 naissances



28 149 passages
aux urgences

58 191
consultations



28 217
actes externes

15 117 séjours
(hors séances)



4832 interventions
chirurgicales



8265 séances de
dialyse



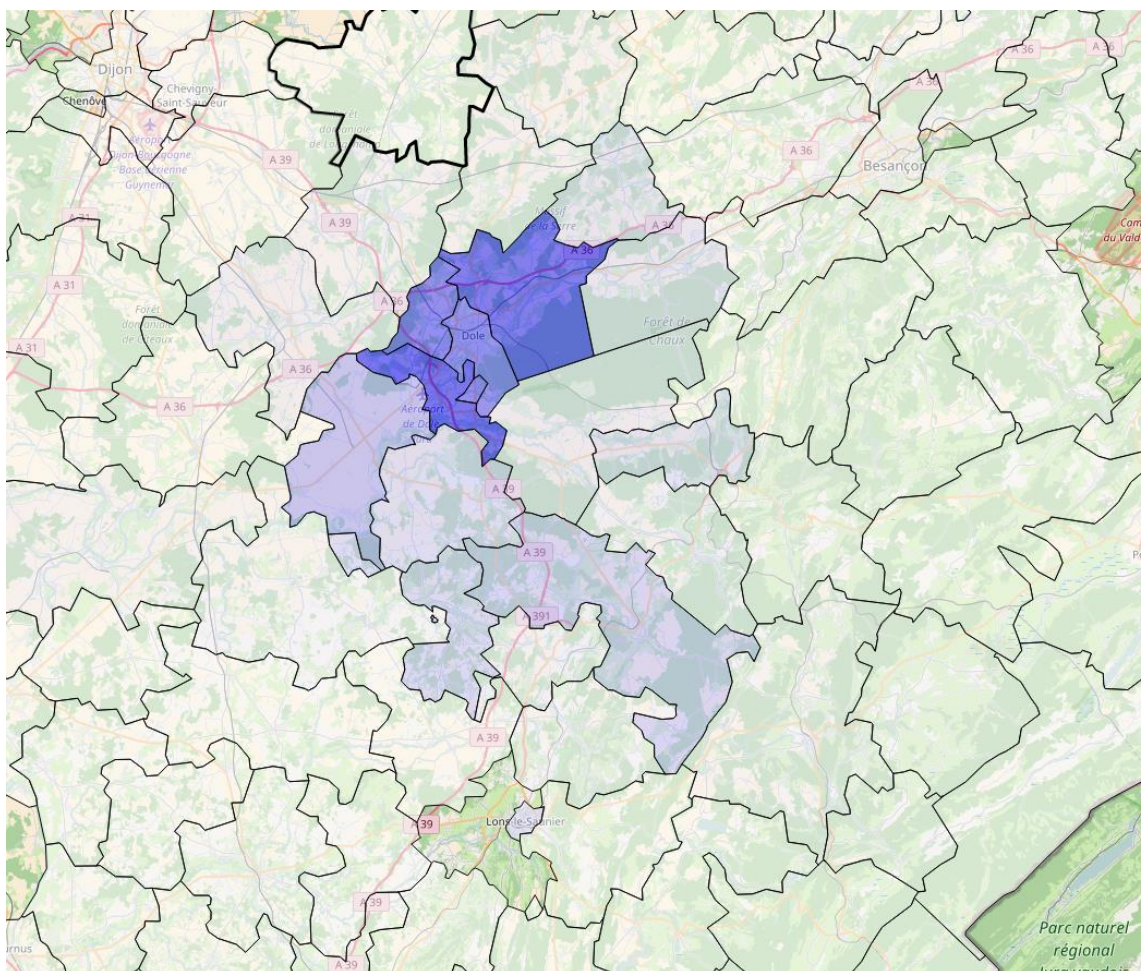
2692 autres
séances

Positionnement et rôle du centre hospitalier

Site et bassin de recrutement

Une zone
d'attractivité pour
l'hospitalisation
stable (+0,2 %)
rassemblant 99 397
personnes en 2016

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, Orchamps, Mont-sous-Vaudrey, Auxonne, Arbois et Moissesey : lorsqu'ils doivent être hospitalisés, 41,2 % des habitants de cette zone se tournent vers le centre hospitalier (source : ATIH).



Pour compléter, la présente carte présente la zone d'origine des patients pour des séjours et séances en 2016 (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

Le centre hospitalier est autorisé, le cas échéant après un passage du patient dans le service d'urgences, à dispenser des soins en hospitalisation complète, en médecine, chirurgie, et obstétrique (niveau 2A). Ces soins peuvent également être délivrés en ambulatoire, en médecine comme en chirurgie.

L'établissement est aussi autorisé à pratiquer la chirurgie des cancers mammaires, digestifs ainsi que les chimiothérapies. En lien avec la Polyclinique du Parc et le réseau de cancérologie de Franche-Comté (IRFC), il met en œuvre un centre de coordination en cancérologie, dans le but d'assurer la qualité en cancérologie (amélioration de la prise en charge des patients atteints de cancer, organisation et évaluation des réunions de concertation pluridisciplinaire, actions de communication, conduite d'évaluations qualité (IPAQSS) etc...). Par ailleurs il mène diverses actions tendant au développement des dispositifs d'annonce et aux soins de support pour les patients en cancérologie (soutien social, « toucher détente », consultations diététiciennes, soins esthétiques, consultations psychologiques).

L'établissement peut aussi :

- dispenser des soins de traitement de l'insuffisance rénale chronique ;
- orienter des patients au sein de son unité de soins continus ;
- pratiquer des IVG.

L'établissement dispose par ailleurs d'autorisations de soins de suite et de rééducation, d'une unité de soins de longue durée et d'un EHPAD.

Au sein de l'ensemble de ces services interviennent une unité de soins palliatifs (*cf. infra*), une unité de prélèvement d'organes et de transplantation, une équipe proposant des consultations d'étude et de traitement de la douleur chronique (en lien avec le Réseau Douleur Franche-Comté). Cette dernière unité intervient également par convention dans plusieurs établissements voisins et organise des séjours en hôpital de jour afin de traiter des patients souffrant de douleur chronique.

Au pôle Femme-Mère-Enfant, une psychologue intervient dans le secteur périnatalité.

L'établissement propose également des consultations ayant pour objectif d'accueillir, de traiter, et d'orienter les patients nécessitant des soins en addictologie et tabacologie. Ces consultations peuvent déboucher sur des sevrages en addictologie, et ce grâce au travail en réseau avec le centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et l'équipe de liaison et de soins en addictologie du centre hospitalier spécialisé de Saint-Ylie.

Enfin, dans le but de diagnostiquer des troubles mnésiques ou des démences, des consultations mémoires et neuro-psychologiques ont été conduites.

Afin de réaliser l'ensemble de ces soins, l'établissement dispose d'un plateau de radiologie, d'un scanner, d'un laboratoire de confinement P3, d'une stérilisation et d'un dépôt de délivrance. Il jouxte les locaux du GIE (Groupement d'Intérêt Economique) IRM 39 Nord (dont il fait partie) exploitant l'autorisation d'un IRM 1.5 Tesla.

L'établissement doit obtenir régulièrement le renouvellement de ses autorisations.

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.

Le principe de coopération est confirmé par l'avenant au CPOM en date du 8 décembre 2014 relatif à l'organisation des soins sur le bassin dolois. Réaffirmant les activités socles du centre hospitalier Louis Pasteur, ce document fait la synthèse de la coopération avec la polyclinique du Parc dans le cadre de l'activité de chirurgie et des autres partenariats, dans d'autres spécialités médicales, notamment avec les CHRU. Le centre hospitalier Louis Pasteur s'engage à initier, avec l'appui de l'Agence Régionale de Santé (ARS), toutes les démarches utiles à la conclusion de partenariats hospitaliers sur les autres activités qui constituent la base de l'offre de soins du Nord Jura.

Les coopérations avec le CHRU de Besançon

Le renforcement des coopérations médicales avec le CHRU de Besançon s'inscrit dans la logique des objectifs stratégiques du projet de coopérations du centre hospitalier Louis Pasteur : garantir à la population un accès à des soins de qualité dans un centre hospitalier de premier recours et permettre un exercice médical attractif dans le cadre d'une démographie médicale critique sur plusieurs spécialités en raison de départs en retraite non encore remplacés ou de fins de carrière prévisionnelles.

Dans ce contexte, plusieurs coopérations médicales avaient été instituées par 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, et se sont renforcées dans le cadre du projet médical partagé initié en 2016 pour constituer le cœur du groupement hospitalier du territoire centre Franche Comté mis en place le 1^{er} juillet 2016

Coopération avec la polyclinique du Parc

Le centre hospitalier Louis Pasteur et la polyclinique du Parc de Dole ont signé le 8 décembre 2014 un accord cadre définissant les modalités de la coopération entre les deux établissements afin de rapprocher leurs activités de chirurgie et permettre le maintien d'une offre chirurgicale de proximité et de qualité sur le bassin dolois.

L'année 2016 a permis de jeter les bases opérationnelles de cette opération, en élaborant le schéma directeur du plateau technique unique chirurgical à proximité des urgences et de la maternité du centre hospitalier Louis Pasteur, dans le respect des identités et statuts propres à chacun des deux établissements.

Ce schéma attractif pour les praticiens et permettant d'offrir à la population le maintien d'une chirurgie de proximité a cependant marqué le pas fin 2016 en raison d'interrogations non résolues de la part de la polyclinique du Parc.

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 ont été étudiés en 2016 et 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 Marielle LERAT, 1 ETP
- Un Psychologue : M. Ricardo FILIPE, 0.8 ETP
- Une secrétaire : Mme Nathalie MARGUIN, 0.5 ETP

Son activité consiste d'abord à apporter un soutien clinique, un accompagnement, 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 le développement et l'appropriation de la démarche palliative et du questionnement éthique.

Les EMSP ont 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.

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 ainsi qu'au Collège Régional des Acteurs en Soins infirmiers (CRASI) et au Collège Régional des Psychologues en Soins Palliatifs (CRPSP). Des rencontres ont été régulièrement organisées en 2016 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 :

L'EMSP a également apporté sa contribution au projet régional de recherche EPIDES2 portant sur les demandes d'euthanasie ou de suicide assisté en Bourgogne-Franche-Comté, piloté par le Professeur AUBRY

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 Accompanyer 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 de la commission médicale d'établissement consacrée à la politique de soins palliatifs.

Indicateurs d'activité

	FILE ACTIVE	INTERVENTIONS CLINIQUES	REUNIONS PLURIDISCIPLINAIRES	PROCEDURES COLLEGIALES
TOTAL	271	679		17
EMSP	166	523	39	13
Gériatrie	105	156	2 par semaine au minimum	4

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.

- 183 interventions directes auprès des patients dont 55 % sont conjointes
- 165 interventions directes auprès des proches dont 50 % sont conjointes
- 428 interventions auprès des soignants
- 21 Consultations externes
- 6 Consultations médicales en externe ou HDJ avec médecin hospitalier référent
- 147 Interventions téléphoniques
- 20 réunions pluridisciplinaires formalisées

Les interventions se déroulent essentiellement en Pneumologie (95 interventions) et en Rhumatologie (79 interventions), pour les motifs suivants :

- 344 pour soutien clinique (aide à l'évaluation, propositions thérapeutiques et de soins, aide au soutien relationnel du patient et/ou de ses proches)
- 222 pour appui-aide à la réflexion (projet de soins et projet de vie)
- 70 pour aide au retour à domicile ou au maintien à domicile
- 65 pour transmissions d'informations afin de faciliter le parcours des patients
- 36 pour aide au questionnement éthique
- 16 pour aide aux prescriptions anticipées
- 14 pour soutien aux endeuillés

Remarque : parfois plusieurs motifs pour 1 même intervention

Les pathologies les plus fréquemment en cause : cancers : 97 – pathologies neuro dégénératives : 18 - Insuffisance d'organes : 10 - Polypathologie : 13 - AVC : 5 - Autres : 23

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

L'établissement a accueilli 27,18 équivalents temps plein en 2016, 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



Le site de l'IFSI rue Flamand

L'IFSI Jura Nord de Dole accueille 195 Etudiants en Soins Infirmiers (ESI) pour 3 années de formation et 40 élèves aides-soignants (30 en cursus partiel. 10 en cursus partiel).

CONCOURS D'ENTRÉE INFIRMIER : 671 candidats sont inscrits pour 65 places. La population d'étudiants est principalement féminine (90 %) et vient en majorité des départements du Jura (32 %) et de celui du Doubs (27 %). La tranche d'âge des 18.25 ans est la plus importante (81 %).

Plus de 477 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 : 2 candidats présentés, 1 admis. **Session Juillet:** 66 candidats présentés : 61 admis. **Session Novembre :** 5 présentés : 5 admis.

CONCOURS D'ENTRÉE AIDE SOIGNANT : 207 candidats pour 30 places.

SELECTION CURSUS PARTIEL : 52 candidats pour 10 places.

La population d'élèves ou stagiaires est comme pour les ESI féminine (88 %), jeune (63 % tranche d'âge de 18-25 ans) et plutôt jurassienne (60 %).

50 encadrements et 80 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 juillet : 90 % admis **Session novembre :** 100 % admis.

**1 420 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,

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.

**332 patients reçus à
la PASS**

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 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 1 439 dossiers (+27 %).



*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 amorcé un travail interne de prise en compte du risque attentat lors de catastrophes exceptionnelles. Pour ce faire, plusieurs procédures ad hoc sont en cours d'élaboration et des exercices régionaux ont été organisés. En interne, l'établissement a organisé 4 différents exercices en 2016.

Dans un domaine tout différent, le centre hospitalier accueillait au sein de son service de consultations externes un centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), ouvert le mercredi après-midi. Ce service qui effectuait des dépistages notamment du VIH et des hépatites a été transformé en annexe du Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CEGIDD), géré par l'Association d'Hygiène Sociale de Franche-Comté (dont le siège est situé à Besançon). Dans ce centre ont été réalisés 88 dépistages et 167 consultations.

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

- Journée Mondiale de l'hygiène des mains
- Journée mondiale du don d'organes et de tissus
- Sensibilisation contre le cancer du seins (octobre Rose)
- Semaine de la sécurité des patients (chambre des erreurs, campagne d'information, questionnaire interne)
- Journée européenne de l'AVC.

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.



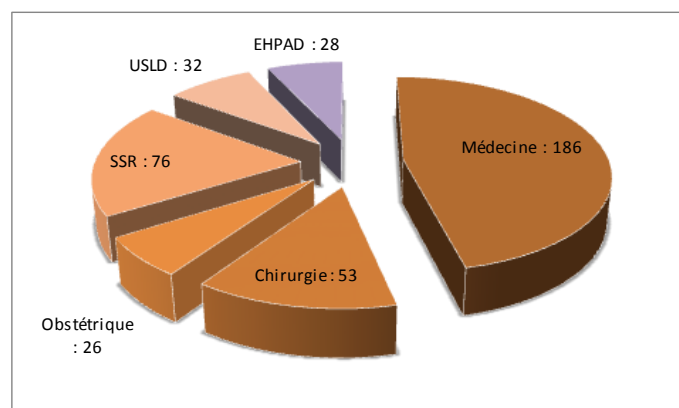
Données générales
d'activité

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	21	
	Rhumatologie - Médecine interne HC	25	
	Cardiologie Soins Intensifs	5	
	Pneumologie - Oncologie médicale HC	25	
	Chimiothérapie		5
	Douleur HJ		1
	Hémodialyse		11
TOTAL POLE MEDECINE		102	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	32	
	Surveillance continue HC	4	
	Médecine physique et réadaptation HC	26	
	Médecine physique et réadaptation HJ		4
	Chirurgie ambulatoire		17
TOTAL POLE CHIRURGIE		62	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		354	47
TOTAL LITS ET PLACES			401

23 lits ont été fermés en 2016 (14 en 2015)

Répartition par typologie juridique d'activité



85 % des lits et places relèvent du secteur sanitaire, 66 % du secteur dit MCO

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.

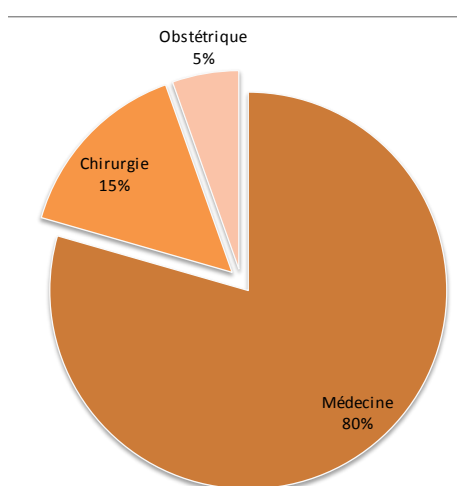
Chiffrages séjours séances dont/hors dialyse

Hospitalisations	0 nuit	>0 nuit	total
Nombre de RSS	14 391	11 620	26 011
RSS en %	55,3	44,7	
Recettes en €	6 977 328	32 797 592	39 774 829
Recettes en %	17,5	82,5	
Recettes moyenne en €	492,29	2 823,73	

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).



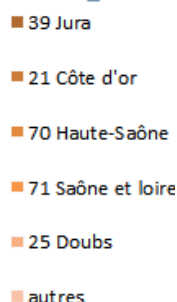
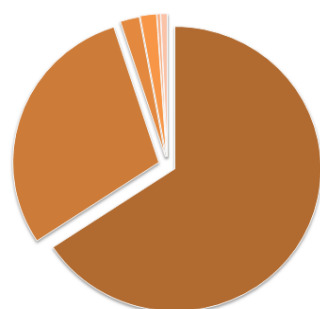
Classification ASO

	Effectif	Recettes (€)
Médecine	20 665	26 431 490
Chirurgie	3 935	10 855 149
Obstétrique	1 411	2 488 192
Total	26 011	39 774 831

Classification CAS

	Effectif	Recettes (€)
X Médecine	8 874	22 176 937
C Chirurgie	3 102	9 331 957
S Séances	10 957	3 752 192
O Obstétrique	1 411	2 488 192
N Nouveau-nés	944	1 383 353
K peu invasif	723	642 197
Total	26 011	39 774 828

Caractéristiques des séjours selon l'origine géographique des patients.



Répartition géographique de l'effectif

Origine	effectifs	Recettes (€)
39 Jura	23 006	35 231 000
21 Côte d'Or	10 255	2 452 891
70 Haute-Saône	743	809 870
71 Saône-et-Loire	627	675 044
25 Doubs	128	223 207
autres	252	382 817
Total	26 011	39 774 829

Focus sur l'ambulatoire (classification ASO)

Hospitalisations de moins d'une nuit

	Effectif	Recettes (€)
Médecine	1 476	898 569
Chirurgie	1 621	2 250 691
Obstétrique	337	75 785

Séances

	Effectif	Recettes (€)
Dialyse	8282	2 705 901
Chimiothérapie pour tumeur	1586	607 826
Chimiothérapie pour affection non tumorale	867	302 386
Transfusions	222	136 081

Séjours passés dans le service de chirurgie ambulatoire

	2015	2016
Séjours ambu.	1789	1743
Tx chir. ambu.	52,20%	51,17%

La baisse du nombre de séjours chirurgicaux a entraîné un ajustement du nombre de lits de chirurgie avec un regroupement des spécialités. Le taux de chirurgie ambulatoire rest l'un des meilleurs de Franche-Comté, eu égard au case-mix.

La baisse en volume du nombre de patients ne doit pas masquer un nombre de patients hospitalisés plus important.

Prise en charge de l'urgence

	2016	2015	Ecart
Passages hospitalisés et transfert	8 330	8112	2,6%
Passages externes et décès	19 819	20520	-3,4%
Nombre journées UHTCD	2 271	2304	-1,4%
Totaux passages	28 149	28 632	-1,7%

Répartition par CMD : catégories majeures de diagnostics (hors séjour de 0 nuit)

<u>Categories Majeures</u>	Hospitalisation complète			Hospitalisation à temps partiel		
	Séjours	Journées	Age moyen	Séjours	Journées	Age moyen
01 Affections du système nerveux	248	9 034	78	552	1 109	72
02 Affections de l'œil	2	91	93,5			
03 Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	1	25	87			
04 Affections de l'appareil respiratoire	42	1 002	83,7			
05 Affections de l'appareil circulatoire	39	1 064	87,9			
06 Affections des organes digestifs	29	757	84,8			
08 Affections et traumatismes du système ostéoarticulaire	303	10 110	77,3	209	863	44,7
09 Affections de la peau, des tissus sous cutanés et des seins	16	513	86,4	4	12	63
10 Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	11	302	84,3			
11 Affections de l'appareil génito urinaire	17	434	82,1			
16 Affections du sang, des organes hématopoïétiques, du système immunitaire et tumeurs malignes de siège imprécis ou diffus	6	202	84,8			
18 Certaines maladies infectieuses, virales ou parasitaires	1	33	84			
19 Troubles mentaux et du comportement	24	1 151	79,8	8	8	74,8
23 Autres motifs de recours aux services de santé	107	2 803	85,1	1	3	79
Total	846	27 521	80,1	774	1 995	64,6

Les 8 GHM les plus producteurs de recettes.

GHM		Effectif	CA T2A (€)
28Z04Z	Hémodialyse, en séances	6 926	2 259 373
14Z14A	Accouchements uniques par voie basse chez une multipare, sans complication significative	344	698 075
14Z13A	Accouchements uniques par voie basse chez une primipare, sans complication significative	221	546 765
15M05A	Nouveau-nés de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1), sans problème significatif	563	510 470
28Z07Z	Chimiothérapie pour tumeur, en séances	1 307	499 833
28Z04Z	Hémodialyse, en séances	1 339	439 861
05M093	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 3	71	382 945
06C043	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 3	32	355 390

Les séjours de soins de suite et de rééducation

	Homme	Femmes	Total
Nombre de patients	340	524	864
Nombre de séjours	414	592	1006
Nombre de semaines	2182	3224	5406
Nombre de journées	11595	17990	29585

Type d'hospitalisation	Nombre de semaines		Nombre de journées	
Hospitalisation complète HC	4632	85,7%	27590	93,3%
Hospitalisation à temps partiel HP	774	14,3%	1995	6,7%
TOTAL	5406	100%	29585	100%

Caractéristiques démographiques des patients	Total	Hospitalisation complète	Hospitalisation à temps partiel
Nombre de patients	797	693	104
% de femmes	60.6	63.3	42.3
Age Moyen	77	80.4	54.1
Nombre de patients domiciliés dans le département	730	634	96
% patients domiciliés dans le département	91.6	91.5	92.3
Nombre de patients domiciliés hors région	5	4	1
% hors région	0.6	0.6	1

Classe d'âge	Effectif total	Effectif HC	Effectif HP
13-17 ans	4	3	1
18-29 ans	17	8	9
30-39 ans	19	5	14
40-49 ans	39	11	28
50-59 ans	69	35	34
60-69 ans	75	61	14
70-74 ans	78	63	15
75-79 ans	95	89	6
80-84 ans	220	213	7
85-89 ans	209	200	9
90-94 ans	132	129	3
95-99 ans	27	27	
> 100 ans	2	2	
Total	986	846	140

Les séjours médico-sociaux

	Journées 2015	Journées 2016	Ecart	DMS 2016
USLD	11 346	11 588	2,1%	772,5
EHPAD	10 012	10 162	1,5%	846,8

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

L'établissement prélève des cornées, recense et suit les patients neuro-lésés. Depuis cette année a également été mise en place une procédure concernant le don de membrane amniotique.

En 2016, malgré une diminution du nombre de décès de 4 %, le nombre de donneurs de cornées recensés a augmenté de 11 %. Deux donneurs ont pu être recensés concernant les patients cérébro-lésés.

L'établissement s'est inscrit cette année dans le programme de l'Agence de Bio-Médecine Cristal Action : ce dernier vise à augmenter le recensement des donneurs d'organes et à améliorer la qualité de la prise en charge des donneurs et de leurs proches.

**12 cornées
prélevées**

Les activités médico-techniques

Imagerie médicale

	2016	2015	Ecart
Scanner	14 516	13573	6,9%
Radiographie	31 668	32580	- 2,8%
Echographie	4 148	3434	20,8%
IRM	979	749	30,7%

Biologie médicale

	2016	2015	Ecart
Total B	13 571 829	13 256 802	2,3%

Pharmacie

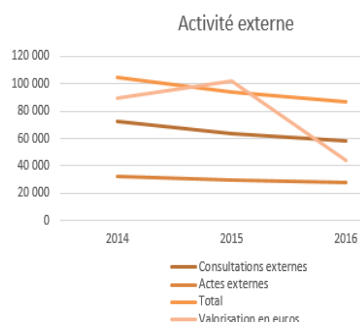
	2016	2015	Ecart
Nombre de lignes	117 160	141808	-21%
Nombre de préparations à l'UCR	2 831	2634	7,4%

Laveurs désinfecteurs

	2016	2015	Ecart
Nombre cycles	3981	3683	7,48%
Nombre paniers	24 512	22 216	10%
Nombre paniers colio	514	481	6,42%
Nombre sabots	21 695	17 694	14,65%
Autoclaves			
Cycles containers	1475	1439	2,5%
Volume en m3	478	466	2,57%
Nombre paniers	3203	3 363	-4,75%
Packs + conteneurs	8276	7891	4,65%

L'activité externe

	2014	2015	2016	Evolution 2016/2015
Consultations externes	72 486	63 943	58 191	-9,00%
Variation	+ 3 931	- 8 543	-5 752	
Actes externes	31 944	30 031	28 217	-6,04%
Variation	+5 563	-1 913	-1 814	
Total	104 430	93 974	86 408	-8,05%
Variation	9 494	-10 456	-7 566	
Valorisation en euros	3 794 197	3 881 284	3 492 077	-10,03%



La baisse constatée cette année fait suite à une hausse en 2015. La baisse d'activité provient plus des pôles médecine et chirurgie, ainsi que de la baisse de fréquentation aux urgences. A l'inverse, le pôle FME augmente son activité sans que cela ne suffise à inverser la tendance.

Il faut également noter qu'en octobre 2016 l'établissement a basculé en facturation FIDES.

L'activité libérale représente 9,9 % des actes et consultations externes (en volume).

SERVICES	Consultations Externes			ACTES EXTERNES			Total C + Actes 2016	Part dans le total
	Publiques	Privées	Totales	Public	Privés	Totaux		
				Actes	Actes	Actes		
Endocrino-Diabétologie	2516		2516	415		415	2931	3,4%
Consultation Douleur	453		453			0	453	0,5%
Rhumatologie	895		895	1529		1529	2424	2,8%
Neurologie EMG			-				-	-
Neurologie EEG			-				-	-
Ostéo-densitométrie	19	200	219	23		23	242	0,3%
Cardiologie	2240		2240	4726		4726	6966	8,1%
Electro-cardiologie			-	132		132	132	0,2%
Echo-cardiologie			-	115		115	115	0,1%
Pneumologie	1272		1272	763		763	2035	2,4%
Endoscopie pneumo.	5		5	685		685	690	0,8%
Néphrologie	874		874	9		9	883	1,0%
Hémodialyse			-	4		4	4	
Oncologie Hématologie	926		926	46		46	972	1,1%
Pôle Médecine	9200	200	9400	8447		8447	17 847	20,7%
Chirurgie	7909	1419	9328	1139	703	1842	11 170	12,9%
Stomatologie	28		28	30		30	58	0,1%
Ophtalmologie	1369		1369	4637		4637	6006	7,0%
Consultations externes	18		18	448		448	466	0,5%
Anesthésie	3122		3122	10		10	3132	3,6%
Rééduc/F. (Cs Amc Ams)	900		900	3		3	903	1,0%
Pôle BASSC-MPR	13346	1419	14765	6267	703	6970	21 735	25,2%
Gynécologie-Obstétrique	8673	5638	14311	2017	629	2646	16957	19,6%
Echographie Mater.				4838		4838	4838	5,6%
Pédiatrie	2682		2682	52		52	2734	3,2%
Pôle Mère Enfant	11355	5638	16993	6907	629	7536	24 529	28,4%
Gériatrie	129		129	99		99	228	0,3%
Pôle gériatrie	129		129	99		99	228	0,3%
Urgences	16904		16904	5165		5165	22 069	25,5%
Pôle Urgences	16 904		16 904	5165		5165	22 069	25,5%
TOTAUX	50 934	7257	58 191	26 885	1332	28 217	86 408	100%

VOUS
S PAS
ORTE

Démarche
qualité

C.H. LOUIS PASTEUR

Vous êtes
hospitalisé(e)
vous allez l'être

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

Le centre hospitalier améliore son niveau de certification V2014

Niveau de certification B

Le centre hospitalier a reçu en mai 2016 son rapport de certification de la part de la Haute Autorité de Santé. Ce rapport faisait apparaître un niveau de certification C avec une obligation d'amélioration à 6 mois sur la prise en charge en Endoscopie.

Avec le travail accompli par l'ensemble des équipes des différents secteurs d'endoscopie (pneumologie, gastroentérologie, cardiologie et ORL) avec le soutien de l'équipe opérationnelle d'hygiène, l'établissement a pu transmettre dès la fin du mois d'août à la HAS les éléments correspondants aux améliorations apportées sur ce secteur à savoir :

- Nomination d'un pilote médical pour l'ensemble de l'activité d'endoscopie : Dr NAPPORN
- Rédaction et validation d'une charte de l'endoscopie qui précise les règles de fonctionnement de ces secteurs
- La mise en place d'un conseil de l'endoscopie qui se réunit 2 fois par an et qui passe en revue les changements d'organisation et analyse les résultats des évaluations audits et événements indésirables survenus.

Ce travail mené a permis de lever cette obligation d'amélioration et d'obtenir un niveau de certification B.

La prochaine échéance sera l'envoi d'un nouveau compte qualité en septembre 2018.

Une dynamique collective positive

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

Une stabilisation du résultat de plusieurs indicateurs (Evaluation de la douleur, Tenue du dossier anesthésique) mais un effort important à réaliser sur le document de sortie, 39% (objectif à 80%)

316 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 ces premiers qui sont examinés cette année.

Centre Hospitalier Dole Direction de l'organisation – décembre 2016

Qualité de la prise en charge en Médecine - Chirurgie - Obstétrique				
Indicateurs	Résultat de l'établissement en 2011 (données 2010)	Résultat de l'établissement en 2014 (données 2013)	Résultat de l'établissement en 2016 (données 2015)	Cotation
 Tenue du dossier patient	71%	77%	79%	B
Qualité de tenue du dossier patient. La bonne tenue du dossier patient contribue à la coordination des soins entre les différents professionnels en charge du patient lors de son séjour à l'hôpital. Elle permet d'améliorer la sécurité et l'efficacité des soins au cours du séjour.				
 Document de sortie ou lettre de liaison	Indicateur différent	Indicateur différent	31%	C
Qualité du document de sortie envoyé ou remis le jour de la sortie : Le document de sortie ou lettre de liaison est un document signé par un médecin de l'établissement et adressé au médecin de ville ou à la structure de transfert, ou encore remis au patient le jour de sa sortie, est un élément clé de la continuité des soins. Il résume les conclusions de l'hospitalisation et contient les informations nécessaires afin d'assurer une bonne coordination « hôpital/ville » ou « hôpital/structure de transfert ».				
 Evaluation de la douleur	68%	91%	91%	A
Traçabilité de l'évaluation de la douleur. L'évaluation de l'intensité de la douleur doit être réalisée chez tous les patients afin de détecter ceux ayant besoin d'un traitement ou d'une adaptation des soins. Une proportion élevée est le reflet d'un bon dépistage et d'un bon suivi des patients douloureux, permettant une prise en charge adaptée et efficace.				
 Dépistage des troubles nutritionnels	69%	84%	89%	B
Traçabilité du dépistage des troubles nutritionnels. La pesée du patient est importante à son entrée à l'hôpital, car elle va faciliter le dépistage des patients à risque de dénutrition ou d'obésité, permettant une prise en charge adaptée et efficace. Elle doit être réalisée dans les 48 premières heures de l'hospitalisation.				
 Tenue du dossier anesthésique	81%	87%	91%	A
Qualité de tenue du dossier anesthésique. La bonne tenue du dossier anesthésique aide à la coordination des soins entre les différents professionnels de santé avant, pendant et après une opération chirurgicale. Elle permet d'améliorer la sécurité et l'efficacité des soins.				
 Douleur post-opératoire	Non évalué	Non évalué	67%	B
Traçabilité dans le dossier anesthésique de l'évaluation de la douleur post-opératoire, avec une échelle, sur la feuille de surveillance du patient en SSPI (salle de réveil) à l'entrée et à la sortie. La prise en charge de la douleur post-opératoire est considérée comme un élément primordial s'inscrivant dans une démarche de santé publique. La douleur doit être systématiquement évaluée et « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur ».				
 Réunion de concertation pluridisciplinaire (cancérologie)	94%	97%	83%	B
Cet indicateur évalue si une proposition de traitement a été émise par au moins trois médecins de spécialités différentes lors de la prise en charge initiale d'un patient atteint de cancer.				

Légende +    -

Qualité de la prise en charge en Soins de Suite et Réadaptation

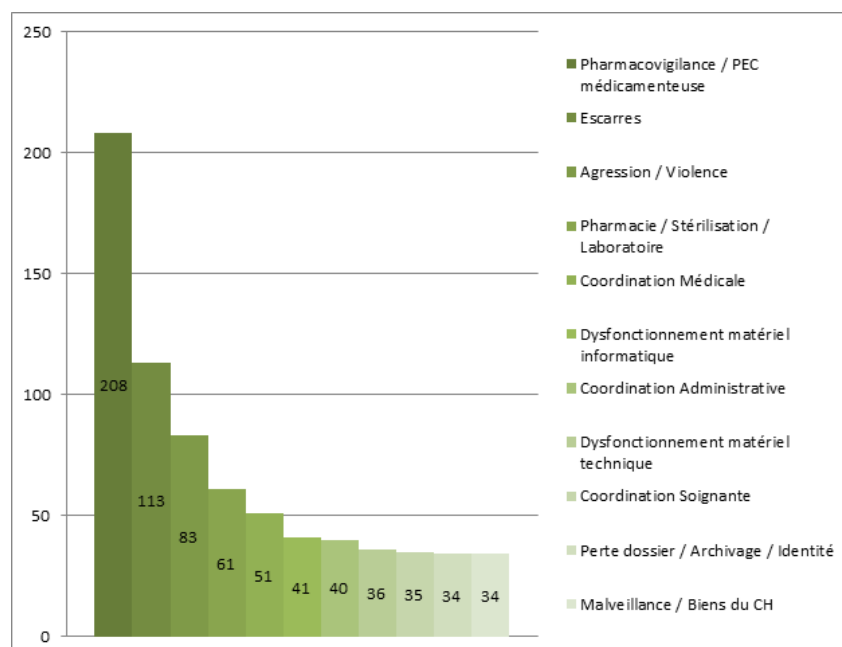
Indicateurs	Résultat établissement en 2011 (données 2010)	Résultat établissement en 2014 (données 2013)	Résultat établissement en 2016 (données 2015)	Cotation
 Tenue du dossier patient	63%	71%	79%	B
Qualité de tenue du dossier patient. La bonne tenue du dossier patient contribue à la coordination des soins entre les différents professionnels en charge du patient lors de son séjour à l'hôpital. Elle permet d'améliorer la sécurité et l'efficacité des soins au cours du séjour.				
 Délai d'envoi et qualité du courrier	76%	61%	91%	A
Conformité du délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation. Ce courrier doit être remis au patient le jour de sa sortie ou adressé à son médecin traitant (ou à la structure où est transféré le patient) dans les 8 jours ET répondre à des critères de qualité (date du séjour, résumé de l'hospitalisation, traitement, ...) permettant la continuité des soins après la sortie.				
 Evaluation de la douleur	71%	85%	100%	A
Traçabilité de l'évaluation de la douleur. L'évaluation de l'intensité de la douleur doit être réalisée chez tous les patients afin de détecter ceux ayant besoin d'un traitement ou d'une adaptation des soins. Une proportion élevée est le reflet d'un bon dépistage et d'un bon suivi des patients douloureux, permettant une prise en charge adaptée et efficace.				
 Dépistage des troubles nutritionnels	74%	66%	80%	B
Traçabilité du dépistage des troubles nutritionnels. La pesée du patient est importante à son entrée à l'hôpital, car elle va faciliter le dépistage des patients à risque de dénutrition ou d'obésité, permettant une prise en charge adaptée et efficace. Le résultat correspond à la proportion de patients adultes pour lesquels une mesure du poids au cours des sept premiers jours du séjour et dans les quinze jours suivant la première mesure ont été effectuées et notées dans leur dossier.				
 Evaluation du risque d'escarre	68%	85%	95%	Evaluation non obligatoire
Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre : l'escarre est une plaie de pression causée par une suppression de l'irrigation sanguine des tissus, entraînant leur nécrose (mort tissulaire) ; c'est une complication d'un alitement prolongé. C'est une pathologie que l'on peut prévenir dans une grande majorité des cas, avec des mesures de prévention simples. L'évaluation s'effectue au moyen d'une échelle d'identification des facteurs de risque.				

Légende : +     -

Une culture de la sécurité et du retour d'expérience toujours ancré dans les pratiques professionnelles

Un développement de Comité de Retour d'Expérience (CREX) sur différents secteurs afin d'analyser les événements au plus près des équipes

Suite à l'action de la cellule qualité dans le domaine de la gestion des risques, le centre hospitalier Louis Pasteur a conforter l'encrage de la culture du signalement responsable au sein de ses services. Le nombre de fiche de signalement d'événements indésirables s'est maintenu en 2016 avec 1649 fiches. Le signalement responsable a permis de trouver des solutions à plusieurs problématiques internes.



Un établissement salué par ses usagers et à leur écoute

En 2016, le montant des indemnités versées aux usagers dans le cadre des demandes amiables d'indemnisation matérielles représentent 11091 euros.

A l'écoute des patients

En 2016, 1642 questionnaires de satisfactions ont été remplis par les patients et retournés à la direction de la relation avec les usagers, soit un taux de retour d'environ 12 %.

Quelques résultats concernant les questionnaires de sortie :

- Accueil bon à excellent : 95 % ;
- Informations médicales claires : 77 % ;
- Personnel paramédical efficace : 92 % ;
- Douleur soulagée totalement pour 48 % des patients et partiellement pour 23 % des patients ;
- Intimité respectée : 95 %.
- Bonne qualité des repas : 84 %.
- Jamais ou rarement gêné par le bruit du service de nuit: 70 %.
- Jamais ou rarement gêné par le bruit du service de jour : 85 %.

L'établissement a poursuivi son investissement dans la démarche d'évaluation en ligne de la satisfaction des usagers via la Haute Autorité de Santé. En 2016, 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.

D'autre part, l'établissement a reçu 29 courriers d'éloges rédigés par les patients ou leurs familles.

L'établissement a enfin reçu 86 réclamations orales ou écrites adressées à la direction ; une réponse est systématiquement apportée dans un délai moyen de 30,5 jours (ce temps inclut celui de l'enquête administrative et médicale). Ce délai reste constant vis-à-vis de la moyenne de traitement des réclamations de 2015.

Le service des relations avec les usagers se fixe pour objectif de diminuer ce délai afin d'améliorer le retour et la prise en compte de l'expression des usagers dans leurs observations ou réclamations.

L'établissement n'a pas engagé de médiation médicale pour l'année 2016.

La réponse aux démarches administratives des patients.

L'établissement a donné suite à 195 demandes de copie de dossiers médicaux (19 demandes ont été classées sans suite car le patient, malgré une relance, n'est pas venu chercher les documents demandés. Le volume global des demandes de dossiers médicaux reste cohérent avec celui de 2016.

En 2016, l'établissement a traité 24 demandes amiables indemnitaires de patients de patients ou de familles. L'établissement a enregistré trois nouvelles affaires devant le tribunal administratif et une devant la CRCI où la responsabilité de l'établissement n'a pas été retenue.

L'installation de la commission des usagers

Conformément aux dispositions du décret n° 2016-726 du 1er juin 2016 relatif à la commission des usagers des établissements de santé, le centre hospitalier Louis Pasteur, lors de la séance du 17 novembre 2016 a procédé à l'installation de sa commission des usagers.

Les commissions des usagers conservent les mêmes missions que les commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Son rôle est renforcé par l'attribution de trois nouvelles missions principales :

- L'information, au moins une fois par an, sur les événements indésirables graves (EIG) et des actions menées par l'établissement pour y remédier
- Le recueil des observations des associations de bénévoles dans l'établissement
- La possibilité de proposer un projet des usagers exprimant leurs attentes et leurs propositions après consultation des représentants des usagers et des associations de bénévoles



Activité des pôles

Pôle Médecine

Chef de pôle : **Mme le Dr TSCHUDNOWSKY**
 Cadre de pôle : **Mme DIANON**
 Cadre administratif de pôle : **Mme ROBERT**
 Directeur référent : **Mme DEROME**

127	20
lits	places
Capacités	

Activités médicales

- Diabétologie-Endocrinologie
- Médecine polyvalente à orientation neurologie
- Néphrologie
- Rhumatologie
- Cardiologie
- 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

Sur l'ensemble du pôle, l'activité d'hospitalisation complète et de consultation est en légère baisse. Malgré une faible augmentation du nombre de séjours (+1,3%, principalement en HJ), on constate une diminution du taux d'occupation. On note toutefois une amélioration significative de la DMS (-4,8%) et de l'IP DMS (-2.56%).

	2016	2015	Ecart
Séjours	16 510	16 304	+1,3%
HC	5 031	5 058	-0,5%
HJ	621	441	+29%
Séances	10 858	10 805	+0,5%
Consultations (publiques et privées)	9 640	11 443	-15,8%
Taux occupation	81,45%	85,0 %	-4,2%
DMS	5,91	6,21	-4,8%
IP DMS	1.08	1.11	-2.56%

HC : hospitalisation complète

HS : hospitalisation de semaine

HJ : hospitalisation de jour

DMS : durée moyenne de séjour

IPDMS : Indicateur de performance basé sur la DMS Nat , nb journées étab. / nb journées standardisées (DMS nat)

Evénements majeurs de l'année

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

- Le regroupement des unités de cardiologie et médecine polyvalente à orientation neurologique : l'année 2016 a vu la concrétisation des travaux au niveau du secteur des explorations fonctionnelles et des cellules éducatives. Dès novembre 2016, les travaux ont été engagés sur l'unité d'hospitalisation complète et l'USIC, devenues opérationnelles en avril 2017 ;
- Le changement du traitement d'eau de dialyse et l'augmentation capacitaire de l'UDM SANTELYS : le traitement SFEC est remplacé par une nouvelle technologie FRESENIUS. Ce traitement d'eau est mutualisé entre le centre d'hémodialyse du CHLP et l'unité SANTELYS. Deux « boucles » d'eau de dialyse sont identifiées sur ce nouveau traitement, et des travaux d'extension de l'unité SANTELYS rendent possible l'accueil de 3 patients supplémentaires par séquence ;
- La relocalisation de l'ostéodensitométrie : en octobre 2016, conjointement aux travaux de rénovation en cardio-neurologie, l'activité d'ostéodensitométrie a été relocalisée au 5^{ème} étage aile A. Des travaux de mise en conformité aux règles de radioprotection, assortis d'une rénovation de 2 bureaux, ont été réalisés.

Déclinaison du projet de soins

Parmi les actions mises en œuvre en 2016, ont été déclinés les axes suivants du PSIRMT :

Promouvoir la bientraitance au sein des unités et services de soins

- Une réflexion collégiale autour de la réorganisation architecturale du troisième étage a permis d'assurer un accueil patient personnalisé ;
- L'équipe paramédicale du service de chimiothérapie participe au projet « tablette numérique » en collaboration avec le réseau Oncolie ;
- Afin de permettre une prise en charge dans la confidentialité, l'équipe de soins du plateau d'HDJ/consultations du 5^{ème} étage a engagé des réflexions ayant conduit à la création d'un bureau paramédical.

Garantir un cadre institutionnel stable, avec une organisation responsabilisante

- Les travaux préparatoires à la création de l'unité de cardiologie/neurologie ont permis de clarifier les organisations médico-soignantes ;
- Les services de pneumologie/oncologie et chimiothérapie sont engagés dans le projet national PACTE (Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe).

Informar la personne soignée et/ou la personne de son choix de son état de santé

- Les infirmières du service de chimiothérapie participent au groupe de travail «dispositif d'annonce » en collaboration avec le réseau Oncolie.
Quinze patients ont bénéficié d'une consultation d'annonce infirmière en 2016 (53 nouveaux patients) contre 9 en 2015 (52 nouveaux patients) ;
- Les infirmières du service d'EEG pérennisent l'utilisation des plaquettes d'information, destinées aux patients épileptiques ainsi qu'à leurs familles. Pour l'année 2016, 121 informations ont été dispensées aux usagers (111 en 2015).

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

- Suite à l'arrivée en hémodialyse d'une diététicienne, un travail de création de supports de suivi diététique a été mené par la diététicienne et l'équipe. Ce journal alimentaire permet un suivi précis.

Evaluer les pratiques de soins

- Une EPP polaire a été réalisée sur la pose et le suivi des cathéters veineux périphériques ;
- Plusieurs analyses de scénarios ont été mises en œuvre à destination de l'ensemble de l'équipe au sein des unités de soins ;
- En rhumatologie, un projet de service autour de la qualité des transmissions orales entre professionnels («Briefing-Débriefing») a été conduit en collaboration avec l'ingénieur qualité.

Déclinaison du projet médical d'établissement

L'année 2016 a été l'occasion de décliner les axes suivants :

- Le développement de la prise en charge ambulatoire en Médecine : l'activité de l'hôpital de jour reste à conforter mais une plaquette de présentation des activités de l'HDJ, destinée aux médecins intra et extrahospitaliers, sera finalisée et adressée courant 2017;
- Le développement de l'activité de dialyse péritonéale au sein du service de diabétologie : on constate sur 2016 une augmentation de l'activité de DP (12 patients contre 8 en 2015);
- Le renforcement de l'attractivité du CHPL et l'accroissement du recrutement des patients de médecine : mise en place de consultations avancées de diabétologie sur le CH d'Auxonne. Elles sont assurées par Monsieur le Dr RASAMISOA, deux mercredis après-midi par mois (42 consultations réalisées en 2016) ;

L'amélioration de la prise en charge palliative et l'accompagnement au sein du pôle médecine, et plus largement au sein de l'établissement : l'arrivée de Madame le Docteur SCHNEIDER au sein de l'EMSP a permis la réactivation des réunions de la commission contributive Soins palliatifs. Après une réactualisation du règlement intérieur, différents travaux ont été initiés par cette commission et par l'EMSP, dont la collaboration avec les oncologues de l'IRFC intervenant au CHLP et l'équipe du service de chimiothérapie, un groupe de travail en néphrologie-dialyse en vue d'initier une réflexion sur une procédure d'aide à la prise de décision d'arrêt de dialyse.

Ressources humaines

Le pôle dispose d'environ 205 équivalents temps plein (ETP), dont 23 ETP médicaux.

Grade	Effectif rémunérés déc. 2016	Effectif rémunérés déc. 2015	Ecart en ETP	Ecart en %
Médecin	23,53	22,46	1,07	4,76%
Personnel de direction et administratif	16,17	16,40	-0,23	-1,40%
Personnel éducatifs et sociaux	1,42	0,87	0,55	63,22%
AS	53,39	56,28	-2,89	-5,13%
ASHQ	20,72	21,77	-1,05	-4,84%
Cadre de santé paramédical	3,75	5,65	-1,9	-33,58%
IDE	83,38	80,07	3,31	4,13%
Pédicure podologue	0,11	0,08	0,03	30%
Psychologue	2,09	2,25	-0,16	-7,1%
TOTAL	204,57	205,84	-1,27	-0,62%

IDE : infirmier(ère)

AS : aide-soignant(e)

ASH : agent des services hospitaliers

L'évolution constatée (- 1,3 ETP environ) s'explique par :

- La diminution significative de la population AS (-5,13%) et ASHQ (-1,05%) ;
- La diminution significative de la population cadre (-33,58%) corrélée à l'augmentation des effectifs IDE : à compter d'avril 2016, non remplacement de la cadre de cardiologie ; en juin 2016, la cadre de santé de pneumologie-oncologie-chimiothérapie est remplacée par une IDE ; Effet année pleine du remplacement de la cadre de santé d'hémodialyse par une IDE référente (juillet 2015).

Principales réalisations en matière de démarche qualité

Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS) :

	Diabétologie		Rhumatologie		Cardiologie		Médecine polyvalente		Pneumologie	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Qualité du dossier	73%	85%	70%	85%	85%	75% ↘	87%	90%	87%	76% ↘
Délai d'envoi et qualité du courrier de sortie	75%	50% ↘	50%	67%	82%	50% ↘	100%	50% ↘	100%	25% ↘
Evaluation de la douleur	100%	100%	100%	89% ↘	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Dépistage des troubles nutritionnels	90%	90%	89%	79% ↘	77%	100%	91%	90%	20%	29%
Evaluation du risque d'escarre	50%	50%	63%	92%	NA	64%	25%	50%	20%	33%

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

	Délai de frappe du courrier (en jours)	Qualité du courrier de sortie (critère IPAQSS)	Port de bijoux (% zero bijou)	Traçabilité de la personne de confiance	IMC	Douleur évaluation et réévaluation	Inventaire des biens
2016	2,95 ↗	86,16%	85%	76%	92%	67% ↘	99%
2015	26,8	82%	84%	78%	95%	83%	92%

Concernant le délai et la qualité du courrier de sortie, nous pouvons constater une nette **amélioration** en 2016 (indicateurs polaires) par rapport aux résultats des IPAQSS et indicateurs polaires de 2015. Cette amélioration est majoritairement liée aux restructurations/mutualisations menées au sein des secrétariats.

On constate une nette **amélioration** des indicateurs d'évaluation du risque d'escarres, suite à une sensibilisation au sein des unités de soins suite aux indicateurs polaires de suivi.

Toutefois on constate une légère **dégradation** des indicateurs d'évaluation /réévaluation de la douleur, tant au niveau des IPAQSS que des indicateurs polaires. Afin d'améliorer ces résultats, une action est menée au sein du pôle médecine en collaboration avec l'infirmière référente douleur (intervention au sein des unités de soins, suivi de la traçabilité par observation, EPP polaire).

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 : M. C. DEROME

Activités médicales

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

Evolution de l'activité

Sur l'ensemble du pôle, l'activité est stable, en légère baisse pour les séjours. La pédiatrie et la gynécologie font respectivement + 9.2% et +3.8% d'entrées en plus en comparaison de 2015. L'obstétrique quant à elle subit une baisse de 14% du nombre d'entrées, en lien avec une diminution du nombre de naissances, La néonatalogie, spécialité qui lui est très liée, réalise moins d'entrées (-12.8%) mais maintient son taux d'occupation. L'activité réalisée en hospitalisation de jour progresse de +9.5%.

La DMS, en légère baisse, conjuguée à la baisse des séjours contribue à une diminution du taux d'occupation des lits.

Pour les prestations réalisées en externe, le nombre de consultations médicales est stable en gynécologie-obstétrique. L'augmentation de +1.47% se fait au profit de la pédiatrie. L'inflexion du nombre des naissances concourt à une baisse de l'activité d'échographie, essentiellement obstétricale.

	2016	2015	Ecart
Séjours	4218	4288	-0.16%
HC	3528	3627	-2.72%
HJ	594	575	+3.3%
Séances	97	86	+12%
Consultations	17252	16998	+1.49%
Acte externes	7507	6881	+8.33%
Echographies	4776	5533	-13.7%
Taux occupation	64.16%	68.49%	
DMS	2.96	3.03	-2.13%

Les Sages femmes réalisent 1268 consultations de suivis prénatals (1278 en 2015) et 2105 (1998 en 2015) surveillances de grossesse à risque par cardio-monitoring fœtal.

46
lits

4
places

Capacités

La psychologue de périnatalité accompagne 223 patientes au cours de 624 consultations. Son activité est stable malgré une baisse de 10% des naissances en 2015.

La MDA conforte son activité avec 355 situations accompagnées (298 en 2015), soit une progression de 16% et 1082 (702 en 2015) rendez vous ou séances soit une progression de 35%.

Evénements majeurs de l'année

- Le Dr COSSA Stéphane, Gynécologue Obstétricien, est nommé chef de pôle. Il sera assisté par le Dr GODART Adeline, Pédiatre, dans sa nouvelle mission. Le Dr GANNARD PECHIN Elsa, devient Chef de service pour la gynécologie obstétrique.
- Vacance du poste de sage femme cadre de la maternité pendant 5 mois dans l'attente du recrutement par voie de mutation de Mme FOURNIER Adeline.
- L'équipe médicale de pédiatrie-Néonatalogie est renforcée par le retour en Novembre du Dr Karine CHABOD et l'arrivée du Dr Johanna BELLEVILLE en tant qu'Assistant à temps partagé.
- La MDA est agréée pour accueillir un interne de spécialité psychiatrique.
- Le secteur naissance se dote d'une centrale de surveillance obstétricale permettant la visualisation, le report, l'analyse et l'archivage des données maternelles et fœtales. Le service de pédiatrie est lui aussi équipé d'une centrale de surveillance des paramètres vitaux (néonatalogie et 5 lits de pédiatrie).
- Reprise des journées d'accueil des enfants en surpoids dans le cadre du REPOPP.
- Formation ALLAITEMENT MATERNEL destinée aux Internes de l'établissement, réunion d'information et d'échanges avec les assistantes maternelles dans le cadre de la semaine mondiale de l'allaitement.
- Le Dr Mairot et les IDE du service de Gynécologie s'impliquent au cours de la soirée débat et des manifestations sportives organisées dans le cadre d'Octobre rose.

Déclinaison du projet médical d'établissement

L'année 2016 sera celle de la continuité et de la poursuite des actions engagées en 2015 pour :

- Optimiser le parcours patient externe des consultants sur le pôle.
- Adapter le suivi de la grossesse au niveau de risque et mieux repérer les vulnérabilités.
- Optimiser le dispositif d'annonce en sénologie.
- Poursuivre l'organisation des journées d'accueil et de sensibilisation des enfants en surpoids.
- Conforter le rôle et la place de la MDA sur le territoire : signature d'une convention avec l'éducation nationale renforçant le rôle de centre « ressource » pour les professionnels travaillant au contact des adolescents en difficulté.

Déclinaison du projet de soins

Les actions réalisées en 2016 :

- Promotion d'une prise en charge individualisée en obstétrique par la mise en place de l'entretien prénatal précoce et le suivi prénatal à bas risque par les sages femmes.
- Organisation de retours d'expérience au sein des équipes pour améliorer la sécurité des soins.
- Mises en place de formations inter disciplinaires pour faciliter et renforcer la coordination des professionnels intervenants dans la prise en charge.

Ressources humaines

Le pôle dispose de 93.5 Equivalents Temps Plein (ETP) rémunérés dont 11.17 sont des médecins

Grade	Effectif rémunérés Déc. 2016	Effectif rémunérés Déc. 2015	Ecart en %
Médecin	11.17	10.67	+4.7
Personnel de direction et administratif	8,06	7,48	+7,75
Aide Soignants	27,06	26,42	+2,42
ASHQ	9,52	9,57	-0,51
Cadre de santé paramédical	1,00	1,00	0,00
Infirmiers et puéricultrices	18.26	18,71	-2,40
Psychologue	1,94	1,81	+7,2
Sage femme	17,48	17,96	-2,65
Total	93,51	92,57	+1,02

L'évolution des effectifs s'explique de la façon suivante :

- recrutement d'un 0.7 ETP de secrétaire médicale dans le cadre du projet Optimisation Du Parcours Patient Externe à partir de Mai.
- recrutement d'un temps de psychologue (0.2 ETP) sur la MDA en remplacement d'un temps Infirmier
- arrivée d'un assistant à exercice partagé en pédiatrie/néonatalogie
- absentéisme important dans la catégorie AS/AP (2 accidents de travail, 1 congé maternité et arrêt maladie)
- diminution de -2.65% des effectifs sage femme liée à une cessation progressive d'activité avant départ de la sage femme faisant fonction de cadre, une adaptation des effectifs affectés à l'activité externe, une diminution de l'absentéisme (-128 jours) en comparaison de 2015, une difficulté à recruter en fin d'année.

Indicateurs spécifiques

Le taux d'adhésion des patientes au dispositif PRADO Maternité est de 89% (84% en 2015).

Principales réalisations en matière de démarche qualité

Sur le secteur naissance :

- Réalisation d'une cartographie des risques à priori selon la méthode HAS et avec l'appui méthodologique du REQUA.
- Audit organisationnel conduit au cours d'une formation en simulation « Réanimation Néonatale » qui a permis la rédaction de procédures concernant la coordination et l'appel des professionnels d'astreinte ou de garde.

Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS) :

Indicateur	Maternité	gynécologie	pédiatrie
Qualité du dossier	75%	54%	70%
Délai d'envoi et qualité du courrier de sortie	11%	0%	63%
Traçabilité Evaluation de la douleur	56%	100%	71%
Dépistage des troubles nutritionnels	NE		
Niv 1			
Niv 2		100%	100%
Niv3		100%	0%
		67%	0%
Evaluation du risque d'escarre	50%	33%	NA

Indicateurs polaires et résultats

Année	Nombre de naissances	Taux de césarienne	Taux de péridurale	Taux d'allaitement maternel initié	Conformité des délais d'extraction Césarienne code rouge	Evaluation de la douleur de l'enfant	Taux d'IVG médicamenteuses
2015	1012	10.8%	74.4%	63.8%	100%	93% maternité 90% néonatalogie- pédiatrie	49.5%
2016	916	15.48 %	88.75%	64.3%	100%	-	52.5%

Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) réalisées

2 RMM ont permis de dégager des actions d'amélioration dans la prise en charge :

- De la colique néphrétique au cours de la grossesse
- Des patientes césarisées et hébergées en néonatalogie auprès de leur enfant hospitalisé.

Le pôle participe aux évaluations de pratiques et audits réalisés par l'équipe opérationnelle en hygiène, dont l'analyse des résultats permet de définir les mesures correctives.

Pôle Gériatrie

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

Cadre de pôle : **Jane-Aline MONNOT**

Cadre administratif de pôle :

Directeur référent : **Ghislain DURAND**

140

lits

2

places

Capacités

Activités médicales

- Médecine gériatrique
- SSR gériatrique
- Psychogériatrie
- Réadaptation gériatrique
- USLD
- EHPAD

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 (18% des entrées totales) restent également stables.

Secteur d'hospitalisation

	2016	2015	Ecart
HC (MCO)	7997	7822	+2.2%
HC (SSR)	18556	18492	+0.35%
HJ(SSR)	602	636	-5.3%
Consultations	148	203	-27%
Tx occupation	91.54	92.64%	-1.1%
DMS (MCO)	8.6	9.1	-5%
DMS (SSR)	34.1	32.5	+5%

HC : journées d'hospitalisation complète

HS : hospitalisation de semaine

HJ : hospitalisation de jour

DMS : durée moyenne de séjour

Secteur hébergement

	2016		2015		écart	
	ehpad	usld	ehpad	usld	ehpad	usld
TO	99.16%	98.94%	99,5%	97.49%	-0.4%	+1.05%

TO : taux d'occupation

Evénements majeurs de l'année

Nous retiendrons les réflexions et actions suivantes:

- L'arrivée du Dr SOMANA Sophie, gériatre, sur le secteur SSR
- L'arrivée du Dr MARMIER Martin, assistant partagé avec le CHU de Besançon, sur le Court Séjour Gériatrique
- La prise de fonction de Madame MONNOT Jane-Aline, en qualité de Cadre Supérieur de Santé
- Des échanges avec l'ARS et le Conseil Départemental sur le Renouvellement de la convention tripartite
- Le Projet de relocalisation des lits d'EHPAD et d'USLD dans des unités distinctes
- La Poursuite de l'Ouverture du pôle sur les EHPAD du territoire de santé de Dole, par le biais d'une conférence sur « la prévention des troubles de la déglutition » animée par le Dr BEYER
- La première réunion des familles en collaboration avec la Direction, la Direction des Soins et l'équipe d'animation
- Le Conseil de la Vie Sociale, rassemblant les représentants des usagers, des familles et de la direction de l'Etablissement où ont été exposé la situation financière, le bilan de l'activité d'animation, des données relatives à la gestion des risques, s'est réuni 2 fois.
- La Gestion d'une épidémie d'EPC (Entérobactéries Productrices de Carbapénèmases) sur le secteur d'hospitalisation.

Déclinaison du projet médical d'établissement

Le pôle gériatrique a axé ses actions principalement autour de :

- L'optimisation du parcours de la personne âgée hospitalisée,
- La favorisation des entrées directes sur le pôle gériatrie,
- La promotion de la culture palliative, de l'accompagnement en fin de vie et du questionnement éthique,
- Le développement et la formalisation des relations avec les EHPAD extérieurs.

Déclinaison du projet de soins

Conformément au projet de soins 2015-2019, ont été mises en œuvre, en 2016, les actions suivantes :

- Formation polaire à destination du personnel médical et non médical portant sur la « Culture palliative et le questionnement éthique en Gériatrie ».
- Poursuite du groupe de travail polaire et pluridisciplinaire visant à développer la démarche palliative en gériatrie au sein des unités, en collaboration avec l'EMSP.
- Poursuite de la formation polaire portant sur « la prise en charge de la personne démente ».
- Poursuite de la participation au Chantier « Articulation entre Etablissements Sanitaires et Etablissements médico-sociaux ».
- Formation à l'utilisation du MEOPA des agents de toutes les unités du pôle afin de garantir une prise en charge de la douleur spécifique en gériatrie
- Intervention de représentants de l'UDAF dans le but de promouvoir les droits des majeurs protégés auprès des professionnels soignants.

Ressources humaines

Les effectifs sont relativement stables au sein des différentes unités du pôle

Grade	Effectifs Travaillés Dec 2016	Effectifs Travaillés Dec 2015	Ecart en ETP	Ecart en %
Médecin	5.81	5.70	+0.11	+1.93%
IDE	28.51	29.26	-0.75	-2.58%
AS	61.31	59.52	+1.79	+3%
ASH	26.52	26.70	-0.18	-0.69%
AMA	4.98	5.41	-0.43	-8.01%
Pers. éducat	0.80	0.80	0	0%
ergo	0.70	0.70	0	0%
psycho	1.65	1.65	0	0%
kiné	1.35	1.34	+0.01	0.7%
TOTAL	131.63	131.08		+0.4%

Un taux d'absentéisme, supérieur à la moyenne de l'établissement, a conduit le pôle à intégrer un groupe de travail institutionnel portant sur la gestion de l'absentéisme.

Principales réalisations en matière de démarche qualité

Mesure de la satisfaction des usagers

- Poursuite du groupe de travail sur la satisfaction des résidents non communicants, dans le cadre d'un travail régional.

Gestion des risques

- Poursuite de la participation à un groupe de travail régional(REQUA) portant sur :
 - o l'analyse des risques liés à l'hospitalisation d'un résident d'EHPAD,
 - o l'élaboration d'une cartographie des risques
 - o l'organisation d'une prise en soins adaptée et sécurisante.
- Analyse des chutes par un Groupe interdisciplinaire en secteur Hébergement; 3 réunions ont permis d'analyser 85 chutes
- Réflexion portant sur l'amélioration des pratiques professionnelles et la prévention des troubles musculo-squelettiques des soignants
- Développement de l'analyse des risques à travers l'analyse de scénario, en collaboration avec l'équipe d'hygiène
- Sensibilisation des patients/résidents au lavage des mains par l'IDE hygiéniste de territoire, en secteur hébergement, à travers un jeu collectif.

Indicateurs polaires et résultats

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

Tracabilité de la personne de confiance	IMC	Douleur	Evaluation du Risques d'escarres	Délai d'envoi du courrier(MCO)	Critères d'accueil personnalisé	Entretien D'adaptation	Tracabilité de la personne de confiance	Tracabilité des directives anticipées
73 %	90%	96%	91%	5.3j	83%	83%	76%	45%
En secteur d'hospitalisation					En secteur Hébergement			

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

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.
- Les unités ont participé à des EPP institutionnelles portant sur :
 - o Le port de gants
 - o L'interruption de tâches lors de la distribution des médicaments
 - o La distribution des repas
- En 2016, des CREX ont été conduits au sein des unités :
 - o 1 CREX en Médecine gériatrique, qui concernait une situation de violence physique d'un patient à l'encontre d'un personnel soignant,
 - o 1 CREX en SSR, qui concernait la délivrance et l'administration de produits stupéfiants.
- Des analyses de situations professionnelles sont initiées au sein des différentes unités, en collaboration avec le Dr SCHNEIDER, médecin de l'EMSP. Elles concernent les personnels médicaux et non médicaux et 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 : **Jean-Philippe Meyer**

Activités médicales

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

Evolution de l'activité

	2015	2016	Ecart
Séjours	2489	2375	-4,58 %
Séjours ambulat.	1517	1456	-5,93%
Tx chir ambu	52,22 %	51,71%	-0,5%
HDJ	1571	1378	-12,3%
DMS	7,38j	7,98j	+0,6j
Tx occupation	76,52 %	86,07%	+9,55%
Consultations	13121	12901	-1,68%

Séjours ambula. : nombre de séjours en chirurgie ambulatoire

Tx chir. Ambu : taux de chirurgie ambulatoire

HDJ : nombre de journées en hospitalisation de jour en rééducation

DMS : durée moyenne de séjour

On note, sur l'ensemble du pôle une diminution de l'activité sur tous les secteurs en 2016, ceci avait déjà été le cas en 2015.

Le taux d'occupation est amélioré et à mettre en lien avec la diminution capacitaire de l'unité de chirurgie.

Alors que le virage ambulatoire était bien amorcé sur ce pôle, on constate un taux de chirurgie ambulatoire qui s'infléchit pour la 1ère fois. La diminution des prises en charge en HDJ de rééducation est à relier à une diminution des effectifs médicaux.

Hospitalisation	58 + 4 lits tampons	
Chirurgie ambulatoire		17
HDJ de rééducation		4
	lits	places

Capacités

Evénements majeurs de l'année

L'année 2016 a vu s'engager les réflexions et actions suivantes :

- En Mars 2016, l'unité de chirurgie commune a intégré ses locaux rénovés. Les organisations prédéfinies ont été évaluées et revisitées. L'orientation préférentielle des patients par spécialité a été mise en place ;
- Une coopération d'ophtalmologie avec le CHRUB s'est instaurée en début d'année, revitalisant ainsi l'activité d'ophtalmologie ;
- Depuis janvier 2016, les CDAG se sont transformés en CeGIDD. Les missions sont élargies et la démarche qualité revisitée ;
- La mise en place d'une consultation dédiée à la réalisation d'électromyogrammes est effective depuis juin 2016 ;
- Pour l'UPOT, l'année 2016 a vu se mettre en place le don de membranes amniotiques ainsi que l'attribution de Cristal Action qui permet d'optimiser le recensement de donneurs potentiels ;
- Au bloc opératoire, les concertations avec le personnel ont permis de supprimer le système mixte astreinte/garde au profit d'une compensation équitable de l'astreinte.

Déclinaisons du projet médical d'établissement

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

- Prise en charge de nouveaux types d'interventions sur un mode ambulatoire ;
- Extension du dispositif PRADO à la chirurgie viscérale et vasculaire. Evaluation de la procédure PRADO Orthopédie en collaboration avec la CPAM à laquelle a fait suite une nouvelle simplification de la démarche.

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

- Réintégration dans des locaux rénovés de l'unité de chirurgie en mars qui donne corps à la mise en œuvre du rapprochement des unités de chirurgie conventionnelle (diminution capacitaire avec possibilité d'ouvrir des lits tampons en cas de pics 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 2016, les actions suivantes ont été mises en place au niveau du pôle BASCC/MPR :

- Pérennisation du groupe pluri-professionnel « prise en charge de la douleur péri-opératoire » avec notamment en 2016 la mise en place d'une formation au sein d'une collaboration étudiants infirmiers/professionnels experts ;
- En USC, instauration d'une réflexion systématiquement partagée avec l'EMSCA lors de toute décision de LATA ;
- Mise en place du passeport patient en HDJ de rééducation et pré-programmation des entrées ;
- Formation des rééducateurs à l'utilisation du MEOPA
- Accès aux 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 professionnels avec revue de littérature ;
- Travail sur l'amélioration des fonctionnalités du DPI en USC avec la révision de la pancarte entrées/sorties
- Participation de professionnels du pôle au chantier FAM/MAS piloté par l'ARS

Ressources humaines

Grade	ETP Décemb re 2015	ETP Décemb re 2016	Ecart en ETP rémunér és
Cadres de santé	4,07	2,67	-1,40
IDE	69,27	69,36	0,09
Rééduca teurs	12,29	12,42	0,13
AS	37,39	32,80	-4,59
ASH	16,08	15,83	-0,25
AMA	12,46	11,62	-0,84
TOTAL	151,56	144,7	-6,86

La diminution des effectifs rémunérés du pôle BASCC/MPR est à relier à l'effet en année pleine des suppressions de postes opérées lors du rapprochement des deux unités de chirurgie.

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 3951h.

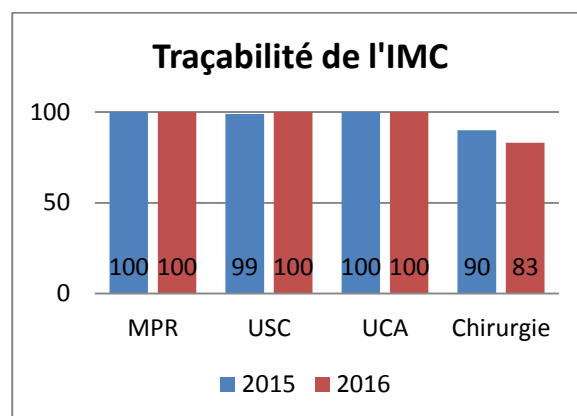
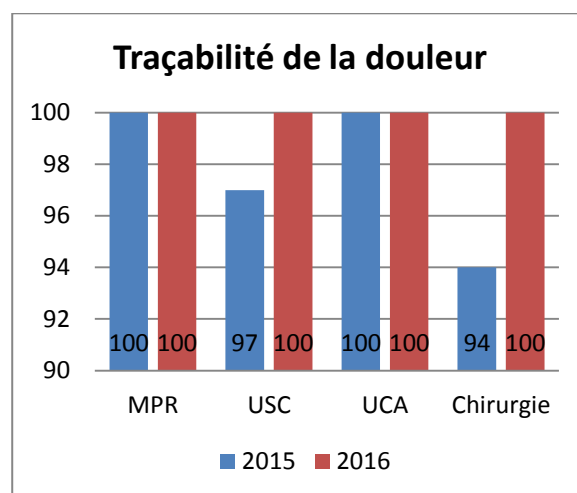
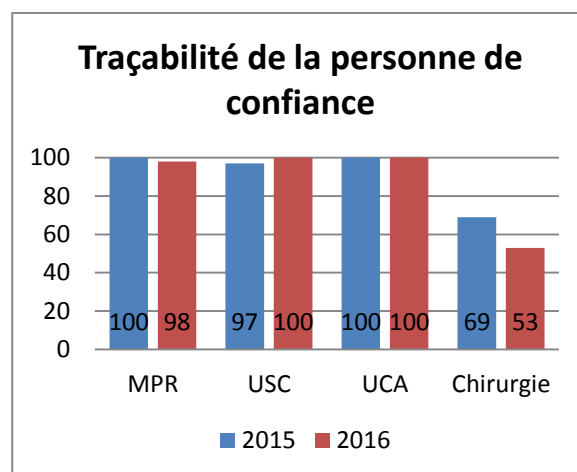
Le taux d'absentéisme se situe aux alentours des 6%

On observe une meilleure couverture de l'absentéisme puisqu'elle passe de 9,41 % en 2015 à 16,6 % en 2016 sur l'ensemble du pôle. Néanmoins le service de chirurgie a bénéficié à lui seul de la moitié de la couverture de l'absentéisme.

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 :



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 2016, des évaluations ont été réalisées sur les thématiques suivantes :

- Prise en charge des troubles de la déglutition
- Suivis des recommandations HAS dans les PEC des lombalgiques
- Prise en charge des RFR
- Tenues des macro-cibles « entrées et sorties » dans le DPI
- Dispensation des médicaments per-os en MPR
- Satisfaction de l'utilisation du passeport ambulatoire par les usagers et par les professionnels
- Traçabilité de la surveillance des cathéters courts en USC
- Tenue de la feuille d'écologie au bloc opératoire
- Tenue de la check-list au bloc opératoire
- Présence du formulaire « MEOPA » aux consultations externes.
- IPAQSS DAN (tenue du dossier d'anesthésie)

La satisfaction des usagers a été mesurée pour le service des consultations externes. Les résultats sont tout à fait conformes aux attendus.

Les chartes et règlements sont révisés annuellement.

La cartographie des risques selon le parcours patient est revue ou en cours de formalisation pour tous les secteurs.

En collaboration avec la cellule qualité, les analyses de scénarii ont été mises en place dans la plupart des unités du pôle en 2016

Plaintes, réclamations, satisfaction :

Le pôle BASCC/MPR a fait l'objet de 17 réclamations sur un total annuel de 85 réclamations (soit 20 %). Celles-ci concernent essentiellement le service de chirurgie.

Le taux de retour des questionnaires de sortie est à 17 %, il a diminué de 3 % en 2016.

Quelques autres indicateurs plus spécifiques suivis

Chirurgie ambulatoire :

Indicateurs -en %-	2015	2016
Taux de conversion	1,74	1,57
Taux d'annulation	10,03	12,44
Taux de ré-hospitalisation	0,22	0,07

Le taux important d'annulations s'est encore majoré en 2016. Son analyse met en exergue que la première cause reste l'annulation par le patient même si celle ci a diminué de 22 % en 2016. Les annulations/report par les chirurgiens ont augmenté.

Le taux de conversion se rapproche de la cible fixée à 1,5 %.

Cette année, on note une baisse du taux de ré-hospitalisation qui peut, peut-être, être reliée à une meilleure gestion de la douleur post-opératoire

Unité de surveillance continue :

Indicateurs -en %-	2015	2016
% patients ventilés	16,4	23,20
% patients sous VNI	22,44	24,57
% patients sous amines	13,91	15,68
IGS moyen		22,02

Si le pourcentage de patients ventilés a augmenté, la durée de la ventilation est quasiment toujours inférieure à 48h ce qui témoigne de l'adéquation du profil des patients aux recommandations.

Bloc opératoire :

En 2016, le taux de performance du bloc opératoire s'est dégradé puisqu'il est passé de 71 % en 2015 à 64 % en 2016.

Ceci peut s'expliquer par la réouverture d'une salle pour enchaînement des programmes opératoires.

Une salle a à nouveau été fermée depuis.

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 aux cinq dernières années qui affichaient une hausse constante de l'activité du service d'urgence, l'année 2016 montre une diminution au recours de ce service de - 1,7% par rapport à 2015. Le nombre moyen de passages quotidiens est de 77 (78 en 2015). Nous remarquons un fléchissement de -3,4% des passages externes, ce qui peut expliquer la baisse globale de l'activité. Par contre, les passages suivis d'une hospitalisation sont en hausse de 2,6%. 29,5% des patients admis aux urgences sont hospitalisés après leur passage. La majorité de ces patients sont accueillis dans le pôle médecine (62,37%). L'activité d'UHTCD a également accusé une réduction de -1,9% en 2016. La moyenne mensuelle des entrées est de 122. La DMS reste stable à 1,5 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.

	2015	2016	Ecart
Passages hospitalisés et transferts	8 112	8 330	2,6%
Passages externes et décès	20 520	19 819	-3,4%
Totaux passages	28 632	28 149	-1,7 %
Entrées UHTCD	1 500	1 471	-1,9%
Nombre journées UHTCD	2 304	2 271	-1,4%
DMS UHTCD	1,5	1,5	
Taux occupation UHTCD	157,81%	155,12%	

L'activité du SMUR poursuit sa baisse en 2016 : 1 209 sorties (1 464 sorties en 2015, 1590 sorties en 2014), soit une moyenne de 3,31 sorties journalières. Ces interventions se décomposent ainsi : 1 094 sorties primaires, 114 sorties secondaires et 1 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 173 fois en 2016 (140 fois en 2015) pour des transferts du CHLP vers d'autres établissements.

Par ailleurs, le nombre de PSL transfusés sur l'année 2016 a nettement augmenté : 2 358 (1887 en 2015). Cette hausse s'explique en partie par l'activité d'onco-hématologie.

L'activité du CESU affiche encore en 2016 une hausse par rapport à 2015. Au total, toutes formations confondues sur les deux sites (Lons et Dole), 831 personnes ont été formées (799 en 2015, 644 en 2014).

L'activité de la PASS est stable en 2016 par rapport à 2015. Sur les 332 personnes reçues, 244 sont nouvelles, soit 73,3%. Cette année, les professionnelles de la PASS ont dû gérer des situations très complexes avec des prises en charge longues, ceci explique la hausse des consultations sociales.

	2015	2016	Ecart
Nombre d'utilisateurs accueillis à la PASS	339	332	-2%
Consultations sociales	639	651	1,8%
Consultations PASS dentaire	68	64	-6%
Consultations médicales	74	70	-5,5%
Consultations psychologiques	142	174	18%

Événements majeurs de l'année

Divers événements ont ponctué le pôle urgences en 2016 :

- Les mouvements médicaux : départs du Dr GORA Véronique (temps plein) le 1^{er} septembre, du Dr ELOUAZZANI (mi-temps) le 1^{er} octobre et du Dr LEMARCHANT (temps plein) au 31 décembre.
- Organisation de staffs médicaux hebdomadaires en visioconférence avec le service d'urgence du CHU de BESANCON.
- Mise en œuvre du logiciel informatique national SIGESSE. Cet outil correspond à un logiciel de gestion des stocks tactiques et autres moyens dédiés à la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle. Mmes TOGNI (cadre des urgences) et JEANMAIRE (cadre de la pharmacie) sont les deux référentes de l'établissement.
- Une réflexion sur l'application SIVIC permettant de recueillir l'identité des patients touchés par un attentat a été initiée par un groupe de travail ad hoc.
- Modification des procédures plan blanc au regard des différents exercices programmés et des injonctions ministérielles.
- Un exercice AMAVI (afflux massif de victimes) et un exercice relatif à l'armement de l'UFDH (unité de décontamination hospitalière) avec prise en charge de victimes contaminées par un produit chimique ont été réalisés en 2016. Des axes d'améliorations ont été définis.
- Au niveau du CESU :
 - renouvellement de l'agrément pour une période de 5 ans,
 - suppression de la MIG dédiée au CESU. Cette absence de financement a conduit l'établissement à prendre deux mesures pour l'année 2017 : augmentation des tarifs et facturation des formations dispensées pour les agents du CHLP.
 - Organisation de deux sessions de formation AFGSU spécialisée spécifique aux situations sanitaires exceptionnelles. Les personnels du service d'urgence/SMUR et les ambulanciers SMUR ont été les principaux bénéficiaires.
 - Intervention relative à la prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire par le CESU aux assises nationales des aides-soignantes le 17 juin 2016, salle de la Commanderie à Dole.
- Au niveau du dépôt de sang, Mme le Dr COQUET a dû assurer seule à compter du 1^{er} septembre les missions de responsable et d'hémovigilance suite au départ de Mme

le Dr GORA. Départ également au 1^{er} octobre de Mme RODRIGUES-RIO, infirmière chargée d'assurer le fonctionnement du dépôt de sang. Le remplacement est à présent assumé par Mme DA MOTA.

- Depuis 2016, l'accès au plateau technique du CHLP est désormais possible pour les personnes présentes en charge au niveau de la PASS.
- Signature d'une convention de partenariat entre la PASS et la CPAM.

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 2016. Le contexte institutionnel et régional n'a pas permis d'avancer sur deux axes qui sont le renforcement de la présence médicale aux services d'urgence/SMUR/UHTCD et la réorganisation des 2 lignes SMUR au CHLP. L'augmentation de la capacité en lits de l'UHTCD n'a pas encore été décidée.

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 :

- Promouvoir la bientraitance au sein des unités et services de soins : afin d'évaluer les mesures déclinées dans le micro-projet de bientraitance du service d'urgence, réalisation d'une Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) en 2016 avec proposition d'un axe d'amélioration concernant la traçabilité des soins de confort dans le DPI.
- Assurer une prise en charge efficace de la douleur : conduite d'une EPP "prise en charge de la douleur chez l'enfant" au service d'urgence. Sensibilisation des brancardiers et exigences à respecter quant à la prise en charge de la douleur durant le transport et à la mobilisation.
- 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".

- Evaluer les pratiques de soins : poursuite des formations relatives à "la gestion de l'arrêt cardio-respiratoire en unité de soins" par l'équipe du CESU (formation dans les services).
- Rendre plus efficient l'utilisation du DPI : EPP "Firsnet", EPP "DPI UHTCD". Des axes d'amélioration ont été définis sur 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. 2015	Evolution 2016/2015
Médecin	12,13	12,54	-3,27%
IDE	25,95	26,20	-0,95%
AS	11,86	12,04	-1,51%
ASH	12,87	12,78	0,70%
Cadre de santé	2	2	0,00%
Personnel administratif et direction	6,51	6,38	2,04%
CESF	1,00	1,00	0,00%
Personnel ouvrier	2,00	2,00	0,00%
Psychologue	0,17	0,00	
TOTAL	74,49	74,94	-0,60%

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 2016 s'élève à 2,78% (donnée issue du tableau de bord absentéisme).

Les heures supplémentaires des personnels non médicaux pour l'année 2016 se montent à 2 359,26 heures (2 412,15 heures en 2015). Cette diminution s'explique par une baisse de l'absentéisme IDE et AS en 2016 (professionnels moins sollicités pour combler les absences), mais aussi par une régularisation des effectifs IDE à compter de mars.

Principales réalisations en matière de démarche qualité

En 2016, les différents services du pôle urgences se sont attachés à maintenir leur démarche qualité/gestion des risques avec pour principales réalisations :

- des Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) dont les principales sont : EPP "temps d'attente aux urgences", EPP « pose de cathéter veineux périphérique aux urgences », EPP « pertinence de la prescription de voie veineuse périphérique aux urgences », EPP « délivrance de produits sanguins labiles en urgence vitale immédiate ou urgence vitale » ;
- poursuite des actions du groupe de travail relatif au tutorat des étudiants aux urgences avec la réalisation de trois films sur la pose d'un cathéter veineux périphérique ;
- enquête de satisfaction des patients debout aux urgences qui a démontré que les usagers sont très satisfaits de la prise en charge tant médicale (88,1%) que paramédicale (95,1%) de ce service ;
- mise en place de formations internes au service d'urgence afin de développer les connaissances et compétences des professionnels ;
- révision du protocole de transfusion sanguine ;
- programmation de formations relatives à l'acte transfusionnel et aux bonnes pratiques transfusionnelles ;
- formalisation de procédures de prise en charge à la PASS ;
- 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 : Lise CHANAY
Directeur référent : Clotilde BANCEL

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 de radiologie conventionnelle, l'activité du service d'imagerie médicale (hospitalisés/externes) est en nette progression en 2016. La stabilisation de la présence médicale, que ce soit par les libéraux, les remplaçants et les radiologues du CHU de Besançon dans le cadre de la fédération de radiologie a contribué à une hausse importante des activités de scanner, d'IRM et d'échographie.

Imagerie médicale			
	2016	2015	Ecart
Scanner	14 516	13 573	6,9%
Radiographie	31 668	32 580	-2,8%
Echographie	4 148	3 434	20,8%
IRM	979	749	30,7%

Scanner : nombre de forfait technique
Radiographie : nombre d'actes – externes
Échographie : 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 260 (259 en 2015). L'augmentation de l'activité de biologie médicale se justifie par : l'accueil d'un plus grand nombre de dossiers, la modification du paramétrage des BHN (B Hors Nomenclature) en août 2016 qui a permis de valoriser cette activité de manière significative.

Biologie médicale			
	2016	2015	Ecart
Total actes transmis à l'ARS	738 902	741 656	-0,37%
Total B	13 571 829	13 256 802	2,3%

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 2016. Par contre, l'activité relative à l'analyse pharmaceutique des prescriptions médicales informatisées (nombre de lignes** dans le tableau ci-dessous) est nettement baisse (-21%). Les pharmaciens ont fait le choix cette année de privilégier la relation directe avec les unités de soins ainsi que la démarche qualité (procédures, protocoles) ; ce qui explique cette diminution. Enfin, il est à noter encore cette année une augmentation du nombre de préparations réalisées à l'Unité de Reconstitution des Cytostatiques (UCR). Ceci se justifie aisément par l'augmentation d'activité des oncologues du CHU de Besançon au CHLP.

Pharmacie			
	2016	2015	Ecart
colis	7 526	7 544	-0,23%
Palettes	643	577	10,26%
Lignes de commandes	13 934	17 920	-22%
Nombre de lignes**	117 160	141 808	-21%
Rétrocessions	1 077	931	16%
Nombre de préparations à l'UCR	2 831	2 634	7,4%

Concernant la stérilisation, les données présentées ci-dessous mettent en exergue une augmentation de l'activité de lavage. La hausse de cycles relatifs aux « sabots » s'explique par la multiplicité des intervenants au bloc opératoire. L'activité des autoclaves est également en progression.

Laveurs désinfecteurs			
	2016	2015	Ecart
Nombre cycles	3 981	3 683	7,48%
Nombre paniers	24 512	22 216	10%
Nombre paniers coelio	514	481	6,42%
Nombre sabots	21 695	17 694	14,65%
Autoclaves			
Test vide	121	107	13%
Test BD	352	355	-0,84%
Cycles containers	1 475	1 439	2,5%
Volume en m³	478	466	2,57%
Nombre paniers	3 203	3 363	-4,75%
Packs + conteneurs	8 276	7 891	4,65%

Pour terminer, les données relatives aux consultations individuelles réalisées par les diététiciennes en externe, en hospitalisation complète et en hospitalisation sont en forte hausse en 2016, notamment en ce qui concerne la prise en charge nutritionnelle des patients de chimiothérapie, de néphrologie et d'hémodialyse. La création de 0,5 ETP diététicienne fin 2015 sur le pôle médecine a eu un impact positif indéniable sur l'année 2016.

Événements majeurs de l'année

Plusieurs événements ont marqué le pôle médico-technique en 2016 :

- mise en service de la nouvelle salle de radiologie dont le renouvellement des équipements (table télécommandée avec capteur plan dynamique Siemens) et le réaménagement des locaux ont été réalisés fin 2015. Les membres de l'équipe sont satisfaits de ce nouveau matériel.
- Concernant les mouvements médicaux dans le cadre de la fédération inter-hospitalière d'imagerie médicale : Mr le Dr RUNGE assure des vacations au scanner tous les jeudis après-midi depuis janvier. Ceci a permis de réaliser des actes tels que des ponctions osseuses, des arthroscanners, des infiltrations, des radiculographies. Départ de Mme le Dr DAVID en août. Départ de Mr le Dr KOVACS le 1^{er} mai. Mme le Dr CHARTIER a pris ses fonctions d'assistant partagé avec le CHU de Besançon en novembre. Elle est présente les lundis, mercredis, vendredis et assure une garde de nuit par semaine. Son arrivée a permis de limiter le recours aux radiologues intérimaires ou remplaçants. Concernant Mme le Dr REVEL, elle poursuit ses vacations tous les lundis.
- Renouvellement en 2016 de la collaboration avec les radiologues libéraux du cabinet IM2P.
- Mme Sylviane RAULET (manipulatrice) quitte ses missions de PCR (Personne Compétente en Radioprotection) en novembre 2016, son remplacement est désormais assuré par Mme Lydie GONNOT (manipulatrice).
- Départ en septembre de Mme Audrey FRATCZAK à l'institut de formation des cadres de santé de Besançon. Durant cette absence, Mr Benjamin GONNOT a assuré les fonctions de manipulateur référent.
- Départ de Mr Thierry MONDON, cadre à la pharmacie et stérilisation. Son remplacement est à présent assuré par Mme Sandrine JEANMAIRE.
- Deux préparateurs en pharmacie ont été formés à la mise en place des armoires à pharmacie dans les unités de soins.
- Les événements 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 : greffe d'un module e601 sur le COBAS 501-2 en biochimie en février, remplacement d'un automate en mars en hémato-sérologie,

remplacement de deux automates en avril en immunochimie. Ces évolutions de matériel de biologie médicale permettent de maintenir un niveau de qualité matérielle indispensable pour rendre les résultats d'analyses et assurer l'activité 24H/24 des paramètres vitaux en cas de panne. Nous pouvons ainsi répondre aux exigences du COFRAC et d'optimiser les performances aux postes de travail. Echange des lecteurs de glycémie. Installation d'une armoire sérothèque associée à l'utilisation de tubes gel avec séparateur de sérum. Cette armoire limite les décantations et permet la gestion informatique du stockage des tubes (système beaucoup plus sécurisé).

- Au niveau de l'activité : transfert d'activités du VIDAS sur le 601-2 (hépatites B, facteurs rhumatoïdes, bêta 2 microglobuline, cortisol), distribution du manuel de prélèvements 2016/2017, arrêt des alcoolémies médicolégales, création de l'analyse GDH détection antigénique de Clostridium Difficile, passage au référentiel européen de la méthode d'antibiogrammes, installation et paramétrage du nouveau fonctionnement. Une réorganisation de tous les postes de travail dans les trois secteurs d'activité, au secrétariat et au préparatoire a été conduite en 2016.

- En ce qui concerne la poursuite de l'accréditation de la biologie, la 2^{ème} visite de suivi et extensions a permis de faire valoir les acquis, grâce aux efforts soutenus de toute l'équipe, et de franchir ainsi la barre des 50% d'examens accrédités sur les 3 familles principales, niveau qui conditionne la poursuite de l'autorisation d'activité de tous les laboratoires de biologie médicale à compter du 1^{er} novembre 2016. Le laboratoire est accrédité maintenant sur 76% de ses examens.

- L'équipe d'Hygiène a assuré la gestion de trois cas de patients porteurs d'une Bactérie Hautement Résistante aux antibiotiques (EPC) et de 414 cas « contact ».
- Au niveau du service diététique : formation de deux intendantes pour la prise de commande au A1/B1, réorganisation de la répartition des unités de soins entre les diététiciennes, optimisation de l'utilisation de la « tablette » par le service diététique (évite les recopiations et par conséquent les erreurs, harmonisation des pratiques), réactualisation du cahier de grammage.

Déclinaison du projet médical d'établissement

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

- Assurer l'accréditation du service de biologie médicale à la norme NF EN ISO 15 189 : un auditeur COFRAC est intervenu les 27 et 28 avril en tant que qualificateur et auditeur technique. Un écart non critique a été relevé au cours de cet audit (11 en 2015). Un plan d'actions a été élaboré afin de lever cet écart. Par ailleurs, les journées d'accompagnement par Accrélab se sont poursuivies en 2016. Un audit à blanc a été conduit les 07 et 08 décembre. Des points positifs tant sur les exigences qualité que sur les exigences techniques ont été communiqués au cours de cet audit. Des points d'amélioration ont également été soulevés. Ceux-ci ont alimentés le plan d'actions du laboratoire dont l'objectif est l'amélioration de la qualité des services rendus aux patients.
- Optimiser le fonctionnement du service d'imagerie médicale : l'installation d'une nouvelle salle a été réalisée et est fonctionnelle. Concernant la fédération inter-hospitalière, elle reste encore à consolider davantage. Il est prévu que Mme PETITBOULANGER rencontre le Professeur DELABROUSSE (début 2017).
- Développer le partenariat avec la Polyclinique du parc concernant l'activité de pharmacie, de stérilisation et de biologie médicale : le contexte n'a pas permis d'avancer sur cet axe.

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 2016. Il s'agit notamment de :

- la conduite de différentes Evaluations de Pratiques Professionnelles (EPP) :
 - EPP relative aux rangements des DMS « ophtalmologie » et une partie des DMS d'orthopédie au bloc opératoire ;

- EPP flash "armoires à pharmacie" (évaluation fermeture des armoires à pharmacie dans les US) ;
- EPP "stérilisation/Unités de Soins (évaluation des stocks 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.

- Réorganisation des cycles de diabétologie en ateliers.
- Poursuite de l'investissement des cellules d'éducation nutritionnelle existantes.

Ressources humaines

Le pôle est composé de 83,86 équivalents temps plein (ETP), dont 7,59 personnels médicaux (données issues du service DRH). Une hausse de 0,60% des effectifs est constatée en 2016. Cette augmentation s'explique en grande partie par le reclassement d'une aide-soignante sur le pôle (service diététique (personnel ouvrier) dans un 1^{er} temps, service d'imagerie ensuite).

Grade	Effectifs rémunérés Déc. 2016	Effectifs rémunérés Déc. 2015	Ecart en %
Médecin	7,59	7,50	1,20%
Cadre de santé	3,29	3,00	9,81%
Personnel médico-technique	44,83	45,67	-1,84%
Personnel administratif	7,73	7,51	2,99%
Personnel ouvrier	9,32	8,96	4,05%
Personnel éducatif	2,00	2,00	0,00%
Aide-soignant	3,74	3,25	15,31%
ASHQ	5,35	5,48	-2,36%
TOTAL	83,86	83,70	0,60%

Le taux d'absentéisme des personnels non médicaux du pôle pour l'année 2016 se monte à 7,33% (donnée issue du tableau de bord absentéisme).

Les heures supplémentaires des personnels non médicaux en 2016 s'élèvent à 3 240,08 heures (3 340,77 heures en 2015). Les heures supplémentaires de ce pôle s'expliquent majoritairement par la compensation de l'absentéisme.

Principales réalisations en matière de démarche qualité

La démarche qualité/gestion des risques fait partie des préoccupations des services du pôle. En 2016, les principales actions ont été les suivantes :

- le suivi des délais de rendez-vous des examens radiologiques programmés. Les délais de rendez-vous des échographies se sont allongés en 2016 du fait de l'absence médicale à certains moments sur cette activité. Les délais concernant les scanners restent identiques à 2015.
- Réactualisation et rédaction de protocoles et procédures dans le service d'imagerie.
- Le suivi des Non-Conformités (NC) au laboratoire : malgré la création de nouvelles NC (pré-analytiques en l'occurrence), les données relevées en 2016 sont stables par rapport à 2015. Ce suivi permet de mettre en place de façon continue des actions correctives permettant d'améliorer le service rendu.
- Le suivi des NC relatives au risque de validation des cycles de stérilisation. Le résultat de 2016 est en nette augmentation : 1,03% (0,26% en 2015). Cela s'explique par des pannes récurrentes au niveau des autoclaves au dernier trimestre de l'année.
- Le suivi de la validation des cycles réalisés hors des heures d'ouverture du service de stérilisation. En 2016, nous notons encore une baisse de 7% du nombre de cycles validés en dehors des heures d'ouverture (183 charges en 2015 - 170 charges en 2016). Les dysfonctionnements relevés concernent majoritairement l'absence d'identification et d'horaires au déchargement.
- Le suivi des Dispositifs Médicaux Implantables (DMI) sur le serveur de vigilance.
- Evaluation des conformités et NC des étiquettes apposées sur les packs et conteneurs en stérilisation.
- Les activités spécifiques à l'EOH : le suivi du tableau de bord (ICALIN 2 : classe A, ICSHA 2 : classe A, ICATB : classe A, ICABMR : classe A, BN à SARM : aucune bactériémie nosocomiale à SARM au cours de l'année), 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), les formations et accompagnements des professionnels, mise en place et déploiement dans tous les pôles cliniques d'analyses de scénarios.
- Création de nouveaux documents au service diététique : conseils alimentaires pour la dénutrition, conseils alimentaires pour les patients coronariens.
- En 2016, tous les patients de néphrologie et d'hémodialyse ont bénéficié d'un bilan nutritionnel complet. La qualité de la prise en charge nutritionnelle de ces patients s'est nettement améliorée. Par ailleurs, l'augmentation des consultations des patients hospitalisés dans le service de chimiothérapie a permis également d'optimiser ces prises en charge et notamment les problématiques de dénutrition.



Les ressources

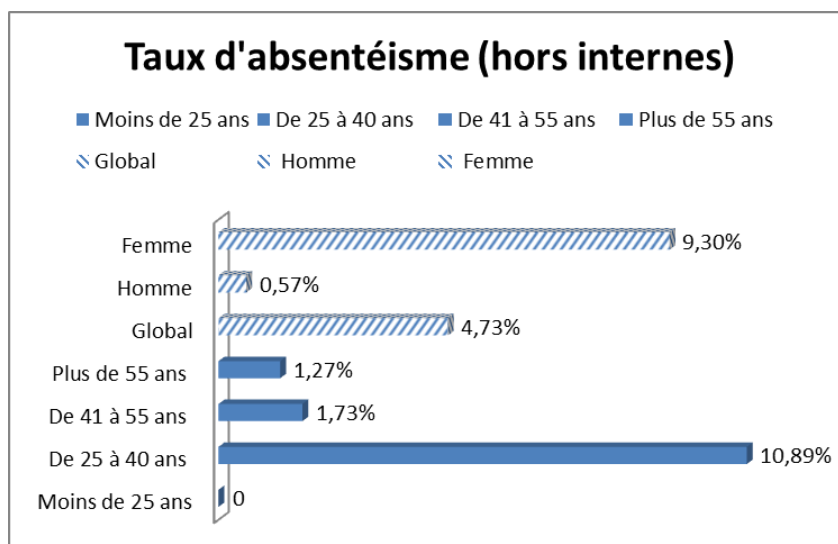
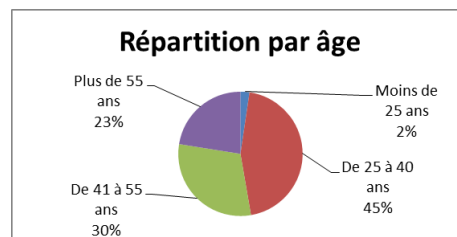
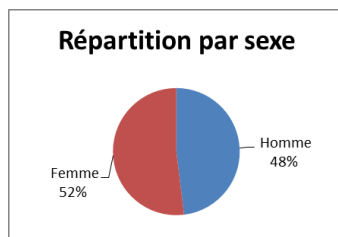
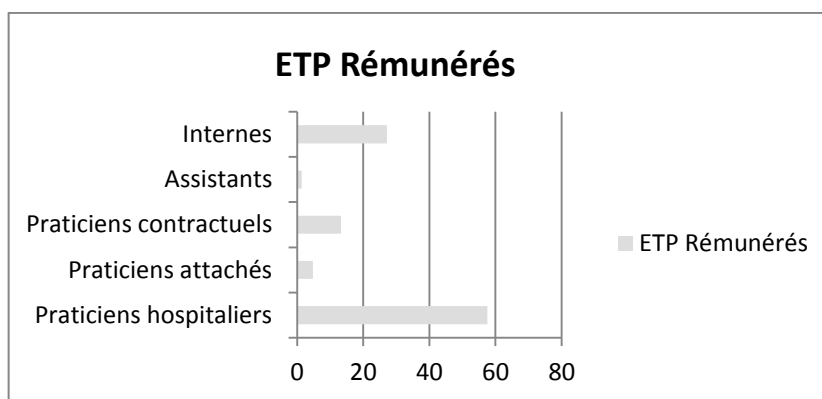
Ressources humaines

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

Au total l'effectif de l'établissement est de 1 039,13 équivalents temps plein rémunérés (dont internes).

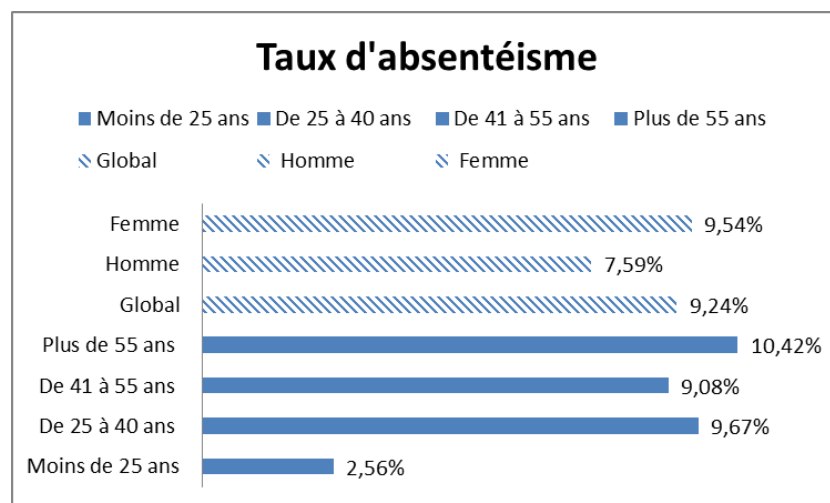
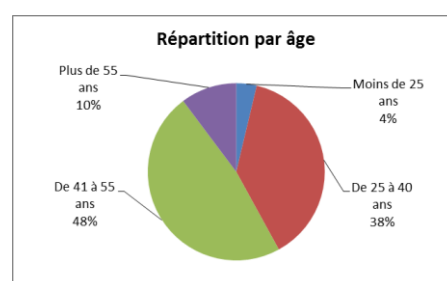
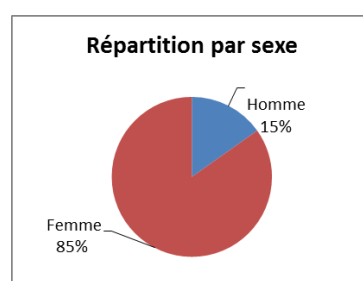
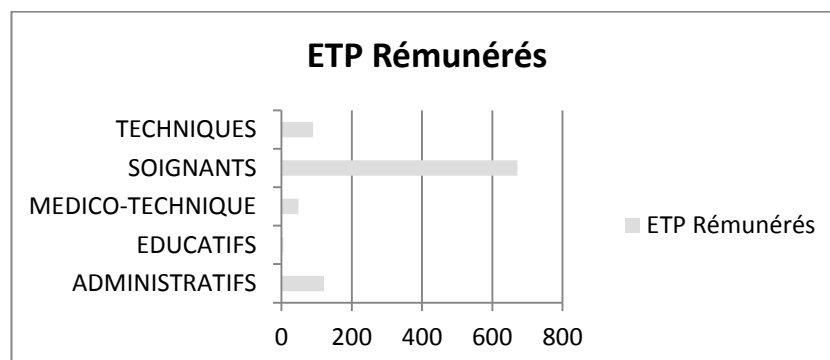
Personnel médical

L'effectif est de 104,23 ETPR (dont internes) et répartis comme suit :

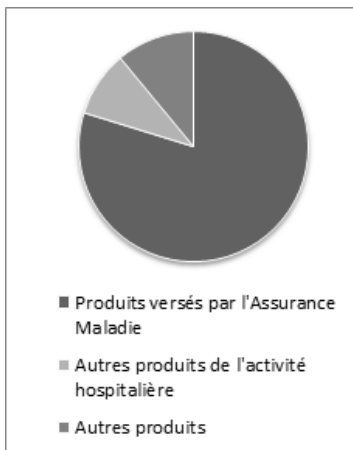


Personnel non médical

L'effectif est de 934,90 équivalents temps plein rémunérés, répartis comme suit :



Ressources financières



Produits d'exploitation - budget principal

Produits versés par l'Assurance Maladie	58 668 064 €
T2A	36 969 874 €
DAF	8 063 719 €
MIGAC & FIR	5 125 659 €
Autres produits versés par l'Assurance Maladie	8 508 812 €
Autres produits de l'activité hospitalière	6 773 219 €
Autres produits	8 119 654 €
Total	73 560 937 €

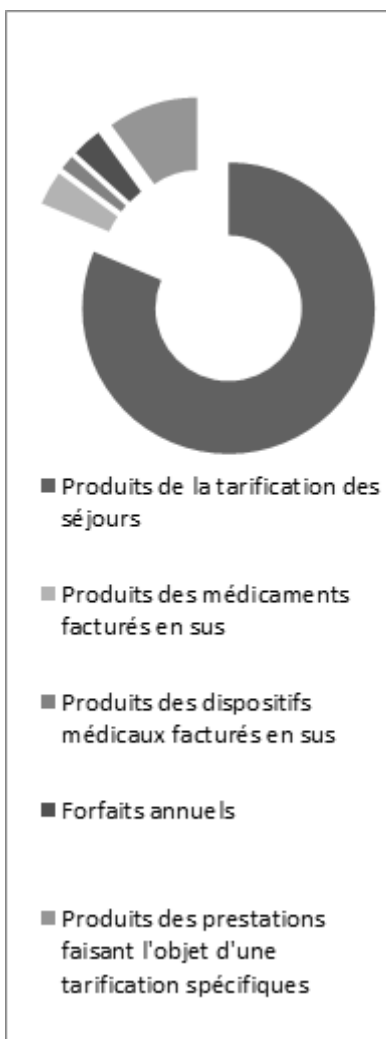
Les « autres produits de l'activité hospitalière » regroupent les sommes du ticket modérateur (à la charge des mutuelles, des patients, des étrangers non couverts par une convention internationale).

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.

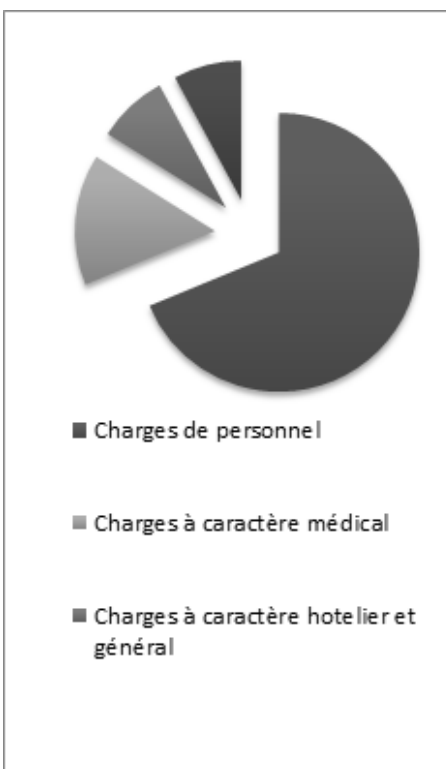
Détail des produits AM (hors T2A/SSR)

Produits de la tarification des séjours	36 969 874 €
Produits des médicaments facturés en sus	1 715 005 €
Produits des dispositifs médicaux facturés en sus	735 107 €
Forfaits annuels	1 505 615 €
Produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifiques	4 529 491 €
Total	45 455 092 €

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	52 666 906€
Charges à caractère médical	11 565 326€
Charges à caractère hôtelier et général	6 291 169€
Amortissements, provisions, charges financières et exceptionnelles	6 050 644€
Total	76 574 047€

Ressources du tableau de financement

Capacité d'autofinancement	426 008 €
Emprunts	1 500 000 €
Dotations et subventions	965 573 €
Autres ressources	45 791 €
Fond de roulement (prélèvement)	3 155 005 €
Total	6 092 379€

Emploi du tableau de financement

Remboursement des dettes financières	2 962 828 €
Immobilisations	3 110 840 €
Autres emplois	18 709 €
Total	6 092 379 €



Fonctions
support

Direction des ressources humaines

Responsable :

M. Durand

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 travers 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 2016, des mouvements de personnel ont été opérés au sein de la Direction : arrivée d'un adjoint administratif en remplacement d'un arrêt maladie long, qui a été pérennisée en poste à mi-temps aux ressources humaines, et recrutement du responsable du service formation.

Principales réalisations :

L'année 2016 a vu se finaliser l'élaboration du Projet social 2016-2020 avec la rédaction des dernières fiches action et la préparation à la validation du projet dans les instances.

Dans ce cadre a été également mis en place un groupe de travail sur la gestion de l'absentéisme avec un accompagnement par l'ANAP dans le cadre du Plan triennal ONDAM. La démarche consiste à analyser la gestion de l'absentéisme au sein de l'établissement ainsi que le niveau de prévention, avec à la clé, en objectif 2017 un plan d'action à mettre en œuvre.

En réponse, d'une part, aux attentes de la démarche de fiabilisation des comptes entreprise avec la Trésorerie et les Services financiers, et d'autre part aux objectifs du Projet social et à l'amélioration et la sécurisation des processus RH, une formalisation des pratiques a été engagée. Des contrôles internes institués en sus des contrôles effectués par le Trésorier hospitalier ont également conduit à la mise en place d'actions correctives.

Des réformes ont été préparées ou mises en place : la permanence médicale (nouvelles modalités d'indemnisation) avec élaboration d'un règlement intérieur, décisions du directeur...) ou encore la réforme du temps de travail des urgentistes.

En septembre, le service RH a évolué de CPAGE V2 à CPAGE I impliquant une formation du personnel et un ajustement des organisations.

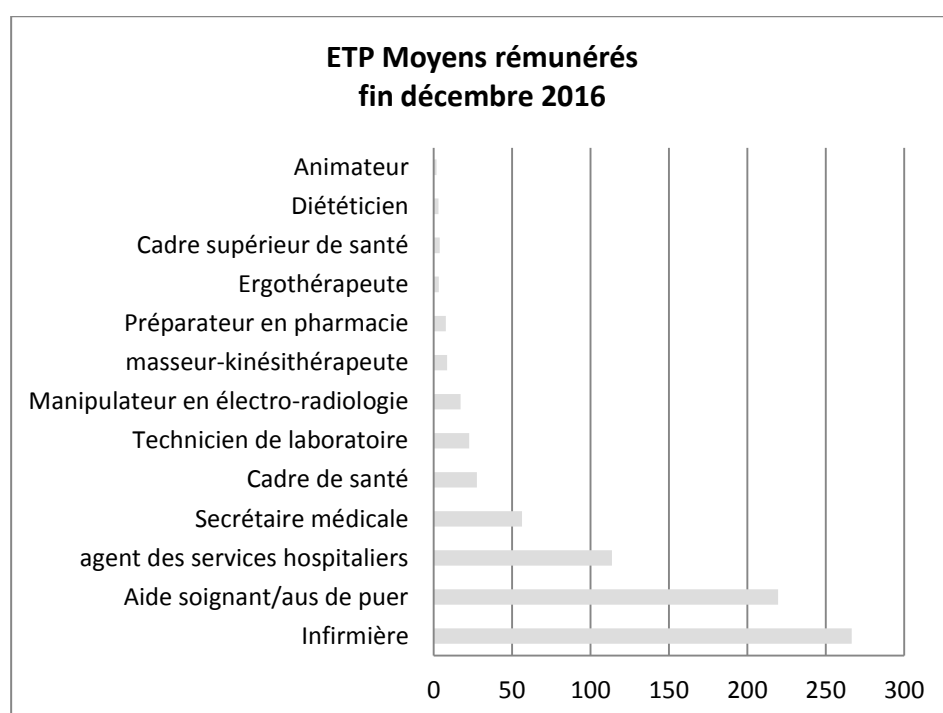
Coordination générale des soins

Responsable :

Mme. Derome, Directeur coordonnateur général des soins

Effectif :

- quatre cadres supérieurs de santé,
- une sage-femme supérieure,
- 28 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, assistants 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 2016 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 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.
- la co-construction du projet intégré de prise en charge du patient 2016-2020. Orienté selon les 4 axes suivants, il traduit la recherche permanente d'efficacité, de cohérence et de complémentarité de l'ensemble des actions prévues au projet médical et au projet de soins élaborés précédemment :
 - o Améliorer la pertinence de l'organisation et des soins ?
 - o Promouvoir la qualité et la sécurité des prises en charge
 - o Renforcer l'ancrage du centre hospitalier dans le territoire et développer la médecine de parcours
 - o Assurer une prise en charge respectueuse du patient et de ses proches.
- la participation à l'élaboration du projet social 2015-2019, en collaboration étroite avec la DRH
- la préparation et l'accompagnement de la visite de risques de la SHAM, le 24/06/2016.

Chiffres clés

5 réunions CSIRMT

9 réunions cadres dont 4 centrées sur la qualité

480 étudiants accueillis en stage (Cadres de santé- IDE-IADE-IBODE-IPDE-AS-MK-autres) pour 12 132 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, elle a inscrit son action dans plusieurs chantiers d'amélioration de la performance hospitalière : plan triennal ONDAM, redimensionnement capacitaire, maîtrise de la masse salariale et absentéisme, optimisation du parcours patient externe, maîtrise médicalisée des dépenses de transports sanitaires, rappel de rendez-vous par SMS...

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

- la 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,
- l'inscription de l'ensemble des cadres et cadres supérieures paramédicaux dans une démarche d'optimisation des effectifs de remplacement,

- l'ajustement des effectifs en personnel soignant au dimensionnement cible et à l'évaluation de la charge de travail, en semaine, les week-ends et jours fériés.

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, dès novembre 2016,
 - ✓ l'accompagnement du projet de redimensionnement des lits et des effectifs paramédicaux en gériatrie,
 - ✓ l'évaluation de l'organisation et du fonctionnement de l'unité de chirurgie commune, ouverte en début d'année,
 - ✓ l'initiation d'une réflexion sur la gestion des situations de tension en lits et la constitution d'un groupe de travail pluridisciplinaire pluriprofessionnel.
- 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 ;
- l'analyse descriptive du fonctionnement de l'unité de surveillance continue, ouverte en 2014 ;
- le lancement et le suivi du projet d'uniformisation des astreintes au bloc opératoire ;
- l'initiation d'une réflexion sur la relocalisation des lits identifiés soins palliatifs (LISP) en médecine ;
- l'ouverture d'un centre de prélèvements externes au laboratoire d'analyses médicales ;
- l'organisation de la continuité des services en période estivale : programmation, mise en œuvre et bilan des fermetures de service ;
- la structuration d'une démarche institutionnelle d'accompagnement des équipes paramédicales à l'utilisation du dossier patient informatisé (DPI) ;
- La mise en place d'un partenariat avec l'institut de formation AMA de SEURRE « BOOST COMPETENCES » ;
- La préparation et l'ouverture de colloques ou congrès professionnels organisés à DOLE: 4^{ème} Journée d'échanges sur la prise en charge des plaies, 23^{ème} Assises nationales des aides-soignantes.

Au plan régional ensuite, avec :

l'intégration du CHLP dans le Groupement Hospitalier de Territoire Centre Franche-Comté : participation au Comité Stratégique et au Collège Médical de groupement, ainsi qu'à la Conférence Territoriale de Dialogue Social - constitution et installation de la CSIRMT de territoire- rédaction de son règlement intérieur -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 fiches-action de ce projet de soins partagé;

- La poursuite du projet de coopération avec la Polyclinique du Parc en vue du regroupement définitif des activités de chirurgie sur le site de l'hôpital : élaboration de l'avant-projet médical partagé, participation à l'élaboration du schéma directeur des investissements et aux diverses réunions du comité de pilotage;
- Le pilotage et l'animation du chantier régional « Articulations entre établissements sanitaires et établissements médico-sociaux », centré sur l'amélioration de la prise en charge hospitalière des personnes handicapées. Celui-ci a débouché sur la mise en place d'outils de liaison, de protocoles et d'une grille d'évaluation de la satisfaction des personnes handicapées, visant à mieux répondre aux besoins de soins des personnes handicapées en renforçant la continuité de la prise en charge entre tous les acteurs du secteur sanitaire et du secteur médicosocial. Le projet a fait l'objet d'une présentation à la Journée régionale d'accès aux soins des personnes handicapées qui s'est tenue à BEAUNE, le 18 mai 2016 ;
- L'initiation d'un partenariat avec la clinique du Val d'Amour à Mont Sous Vaudrey, dans le but de favoriser l'accès aux soins des patients du bassin de vie du Val d'Amour, en facilitant la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaire et ambulatoire ;
- La participation à la mise en œuvre de la coopération avec l'Association SANTELYS, opérateur de dialyse hors centre : actualisation de la convention socle et lancement d'une réflexion sur l'organisation d'une équipe paramédicale mixte CHLP-SANTELYS;
- La participation à la construction du dispositif régional ANFH de formation des responsables-formation : étude et sélection des offres de formation.

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.

Principales réalisations :

Poursuite du projet de codage avec formations des services pour l'activité externe

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.

Principales réalisations :

- Déménagement des archives papiers du service de Cardiologie
- Destruction d'ancien dossier pour minimiser la taille des archives papier

Séjours MCO	26 011
Journées MCO	83 531
Journées SSR	29156

7 222 créations
d'identité
5937 créations de
pochette
2 fusions de dossier
34 299 sorties de
dossier

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 :

- Généralisation du déploiement de la dictée numérique dans tous les services de soins
- Mise en place de la reconnaissance vocale en gynécologie-obstétrique et en pédiatrie

Direction des finances, des achats et du patrimoine

Responsable :

Mme. Bancel

Service financier

Effectif : 2,3 ETP

Responsable :

Mme Robert, 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 ;

20 342 mandats

118 341 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 :

Gestion du risque comptable et financier

Lors de la première partie de l'année, le service a continué en étroite collaboration avec le Trésor Public les travaux entrepris sur la démarche de fiabilisation des comptes ; l'indicateur de la qualité des comptes locaux décerné par la Direction Générale des Finances Publiques s'établit en 2015 (dernier chiffre connu) à 18,4 vs 18.3 en 2014 ; l'EPRD 2016 a été intégré avant le 30/0/2016 ce qui devrait de permettre d'améliorer encore la note.

Amélioration de la performance

D'autre part le service s'est investi sur les travaux relatifs au plan d'amélioration de la performance ainsi que dans les travaux menés par l'ANAP dans le cadre du plan triennal (portant essentiellement sur la prévention de l'absentéisme).

Service biomédical

Investissement :
653 570 €

Effectif : 4,65 ETP

Maintenance:
527 566 €

Responsable :

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

Nombre
d'équipements
biomédicaux :
3 500

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 acquisition d'équipements biomédicaux :

- Système de production d'eau pour hémodialyse

Ce système remplace un équipement datant de 2004.

Il permet de distribuer une eau osmosée à la fois pour le centre lourd que pour l'unité de dialyse médicalisée.

SERVICE HEMODIALYSE

- Equipement de radiodiagnostic (tranche conditionnelle)

SERVICE RADIOLOGIE

- Moniteurs de surveillance pédiatrique et centralisation :

5 moniteurs pour la surveillance des paramètres vitaux et sa centrale de surveillance

SERVICE DE PEDIATRIE

- Cardiotocographes et centralisation :

Renouvellement du parc existant. Ajout d'un poste central et d'une configuration permettant un fonctionnement digital

SERVICE OBSTETRIQUE

Service travaux

Effectif : 26,3 ETP

Responsable :

M. Bruneau, ingénieur

travaux cumulés :

2 115 037 € TTC

dont SSI ph2 : 743 975 € TTC

et CHIR 449 095 € TTC

dont début cardio-neuro :

900k€ TTC env.

maintenance contrats:

261 954 € TTC

réparations: 142 756 € TTC

cumul factures énergies:

959 106 € TTC

déchets: 165 991 € TTC

bons GMAO: 7700

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 déménagements de plus de 10 services complets qui ont suivi les impératifs des travaux de sécurité incendie phase 2 (désenfumage du bâtiment principal) et de restructuration de la chirurgie. Cela est réalisé en plus des tâches habituelles.

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 :** poursuite des travaux engagés en 2015 avec validation par la Commission de Sécurité des étapes du noyau central et de l'aille C. Avis défavorable maintenu en attente du solde des travaux de l'aille B (*gainages en façades : repère 1*)

montant en € TTC: 743 975

- chirurgie: fusion des deux unités existantes (services 4B et 4C) : travaux terminés en mars 2016 et service inauguré en juin 2016

montant en € TTC: 449 095

- 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. Début des travaux le 15/10/2016 et délai objectif de fin des travaux début 04/2017 (*secrétariat unique de cardio: repère 2*)

montant en € TTC: environ 900000

- maternité: travaux dans le cadre du projet OPPE (Optimisation du Parcours Patient Externe) en plusieurs phases fin 2016 pour une mise en service en 01/2017 (*entrée maternité: repère 3*)

montant en € TTC: 13 500



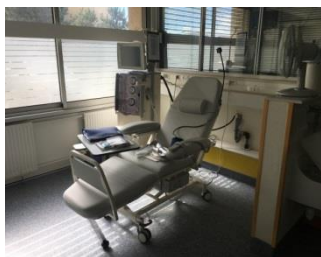
Repère 1



Repère 2



Repère 3



Repère 4

- Dialyse et SANTELYS : dans le cadre du projet biomédical de remplacement du traitement d'eau de dialyse, un nouveau local technique a été créé. Il est dorénavant commun au centre lourd et à l'activité de Santélyls avec deux boucles distinctes. Travaux en horaires décalés

montant en € TTC: 27 000

Rénovation et extension des locaux de dialyse mis à disposition de Santélyls avec passage de 6 à 9 postes + 1 d'entraînement. Travaux réalisés de fin août à mi-novembre 2016 en 5 phases successives avec une ingénierie interne des ST du CHLP. (locaux Santélyls: repère 4)

montant en € TTC: 113000
(dotation intégrale de Santélyls)

Service logistique

Effectif : 42 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.

Toujours engagée dans le plan ONDAM (Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie), La direction des achats et de la logistique s'est par ailleurs beaucoup investie dans les travaux préparatoires du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Achats en vue de préparer le transfert de compétences d'attribution des marchés à l'établissement support au 01/01/2018.

Principales réalisations :

Principales réalisations de l'année 2016 :

- 1) Massification de l'achat de mobilier pour services de soins
- 2) Remplacement d'un véhicule
- 3) Adhésion au groupement coordonné par le CHS de St Ylie pour l'achat de linge mutualisé et de tenues professionnelles
- 4) Mise en place de pénalités incitatives dans le cadre du marché des transports intra, ceci en vue d'améliorer la qualité du service rendu
- 5) Informatisation de la gestion de production en Restauration
- 6) Adhésion au groupement d'achat des fluides médicaux, coordonné par le CHI de Vesoul
- 7) Contractualisation de l'achat d'orthèses ou prothèses pour les patients hospitalisés, par le biais d'un marché public
- 8) Adhésion au groupement d'achat relatif aux produits d'entretien, coordonné par le CH du Val de Saône (Gray)
- 9) Adhésion au groupement d'achat relatif aux produits d'incontinence, coordonné par le CH du Val de Saône (Gray)
- 10) Contractualisation d'un marché négocié pour les réactifs d'immunologie
- 11) Mise en place de clauses de remboursement des échecs de pose dans le marché des dispositifs médicaux implantables d'orthopédie
- 12) Harmonisation des pratiques entre établissements de la région avec mise en place d'une dotation de 5 tenues pour les agents à temps plein.

**43 206 euros : dépenses consacrées
Aux achats mobiliers au titre de la
Prévention des risques professionnels**

319 976 repas servis par le service Restauration

161 585 euros de gains achat pour l'année 2016

497 547 kg de linge traité pour 714 685 euros

8 155 commandes passées en 2016 pour un montant de 9 482 551 euros

123 975 plis pour un total de 96 715 euros

Direction de l'organisation

Responsable :

Xavier Huard, directeur adjoint

Qualité et relations usagers

Responsable :

M. Huard puis M. Durand

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 :

On se reportera à la partie « Démarche qualité » de ce rapport.

Accueil et facturation

Responsable :

Mme. Boillot

Description du service :

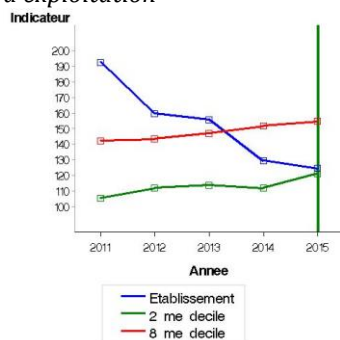
Ce service couvre deux champs différents : l'accueil de l'hôpital et le bureau des admissions. L'accueil assure à la fois l'accueil physique et téléphonique. Le bureau des admissions accueille également les patients, identifie leurs droits, recueille l'activité réalisée, facture cette dernière et gère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

Principales réalisations :

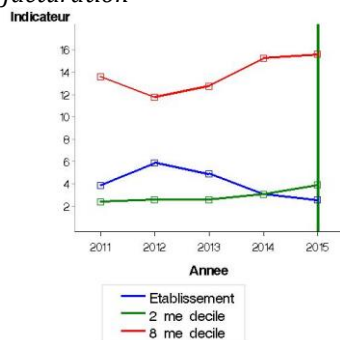
Les horaires du standard ont été restreints afin d'améliorer l'efficacité du service, en lien avec la loge.

Au bureau des admissions l'année a été marquée par la préparation puis le basculement vers la facturation FIDES. La préparation antérieure et notamment la création systématique d'un dossier pour chaque venue ont permis à ce changement de modalité de facturation de se passer de façon fluide.

Créances patients et mutuelles non recouvrées en nombre de jours d'exploitation



Manque à gagner suite à une vitesse trop faible de facturation



La préparation de FIDES a également conduit le bureau des admissions à mettre en place, en lien avec le service informatique et le laboratoire, la première interface automatique d'encodage des actes (pour les actes NABM).

Sur le plan du recouvrement, TIPI a été mis en place ainsi que le talon optique deux lignes (en relation étroite avec le Trésor Public). D'autre part le site internet de l'hôpital a été remis à jour sur le sujet.

Les travaux étroits menés avec le Trésor Public ont permis à l'établissement d'obtenir des indicateurs de facturation par rapport aux établissements de même typologie (source : Hospidiag 2015); il a notamment amélioré son rythme de facturation.

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.

Service social

Effectif :

Le service social a vu son effectif renforcé au 1er août 2016. Il se compose aujourd'hui de trois assistantes sociales, représentant au total 2.5 ETP, et d'un mi-temps de secrétariat.

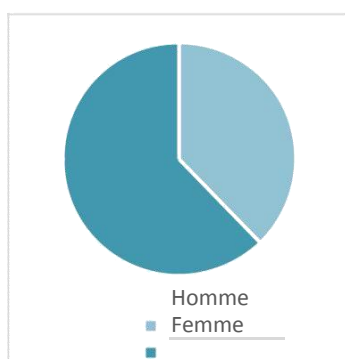
Responsable :

M. Huard

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 2016, le service social a traité **1439 dossiers**, soit 256 dossiers de plus qu'en 2015. Cette augmentation conséquente de 21.63% s'est produite alors même que le nombre total d'entrées en hospitalisation a légèrement baissé en 2016, comparativement à 2015 (14 906 en 2016 contre 14 526 en 2015). Elle s'explique par l'augmentation exponentielle du nombre de demandes formulées par les services de soins et par le renforcement du service social en cours d'année, rendu nécessaire eu égard à l'inflation du nombre de demandes et à la complexité des situations traitées.

Le service social intervient sur la totalité des hospitalisations pour **9.65%** des patients (contre 7,93% en 2014).

Sur ces 1439 dossiers, 140 ont été traités en urgence, soit 9.73 % de l'ensemble des dossiers traités, pour des situations signalées à moins de 48 heures de la sortie.

Ces dossiers concernent majoritairement des femmes (866 dossiers de femmes pour 573 dossiers d'hommes).

Le SSR gériatrique (491 dossiers), la MPR (196 dossiers) et le Court séjour gériatrique (154 dossiers) restent les services pour lesquels le service social est le plus sollicité (58,44 % de l'activité totale).

Viennent ensuite le service de chirurgie polyvalente (113 dossiers), suivi par le, service de diabéto-endocrino-néphrologie (105 dossiers) et celui de médecine de polyvalente (102 dossiers) qui représentent ensemble 22,23% des dossiers traités.

A l'exception du service de chirurgie qui connaît une diminution de 13.08% pouvant s'expliquer par la réduction capacitaire de ce service, le nombre de dossiers traités est en augmentation constantes sur la quasi-totalité des autres services.

Contrôle de gestion

Effectif :

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

Responsable :

Mme. Chanay, attachée d'administration hospitalière

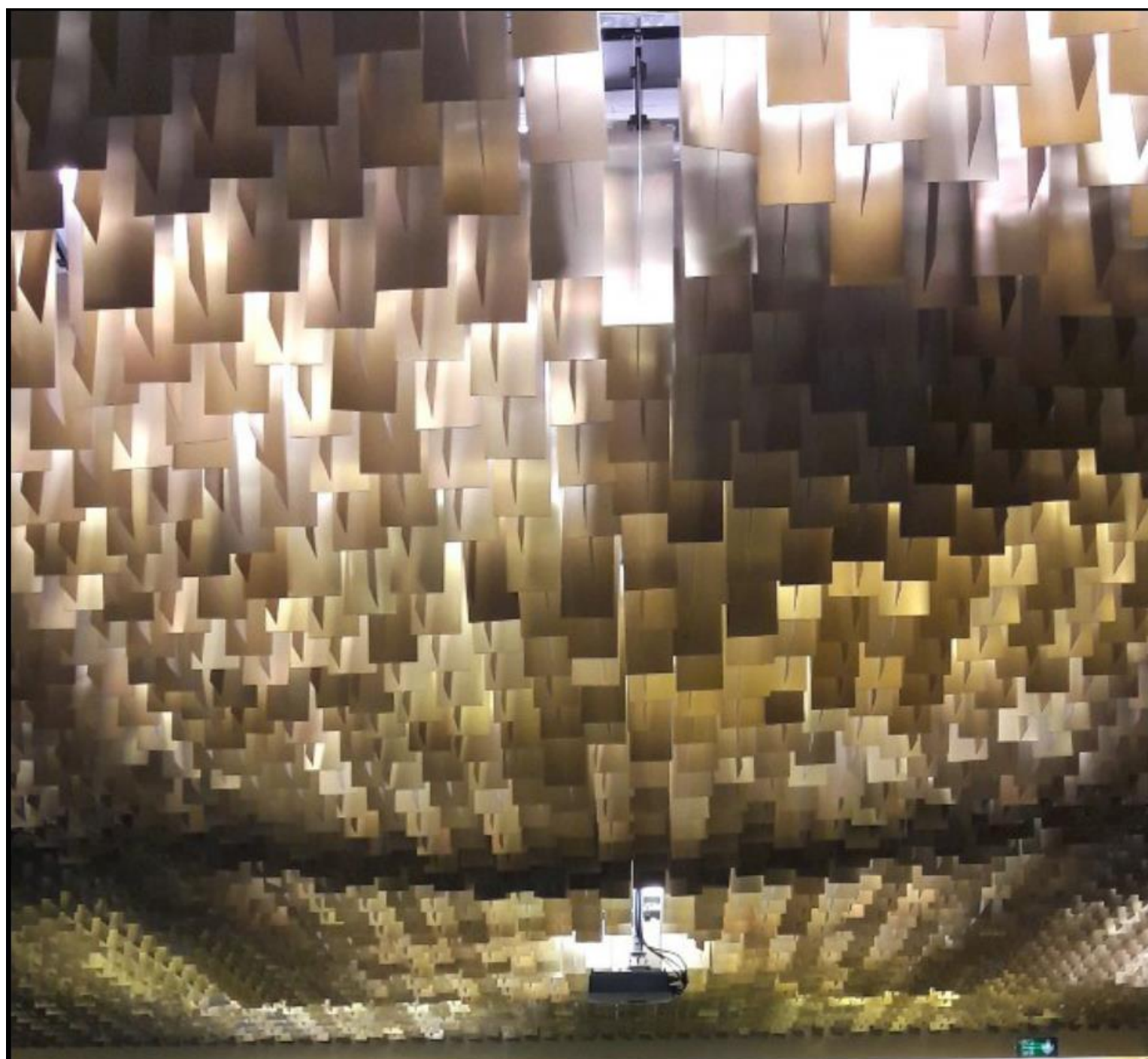
Description du service :

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.

L'année a été marquée par le recrutement d'un agent à mi-temps sur le contrôle de gestion et à mi-temps sur les ressources humaines, ainsi que par le développement d'un tableau de bord synthétique par pôle, CR et UF en utilisant le décisionnel et en lien étroit avec l'éditeur de manière à fiabiliser les extractions.



Le Conseil de Surveillance

Composition

(arrêté ARSBFC/DOS/PSH/2016-1102 du 29/11/2016)

Voix délibérative

En qualité de représentant des collectivités territoriales :

M. Jean-Marie Sermier *Président – Maire de DOLE*

M. Pascal Jobez *représentant la Mairie de DOLE*

M. Jean-Pascal Fichère et M. Félix Macard

Communauté d'Agglomération du Grand DOLE représentants la

M. Jean Baptiste Gagnoux *représentant du Conseil*

Département 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^{me} Céline WEBER et M. Michel Gerbod *représentants désignés 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*

Mme. le Dr Ravix *Représentant le Comité d'Ethique*

Mme. Maryse Lame *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,

MM. les Directeurs adjoints,

M^{me} la Directrice adjointe,

M^{me} la Directrice Coordinatrice Générale des Soins

En 2016, le Conseil de Surveillance a tenu 5 séances

Le Directoire

Composition

(décision du directeur du 12 février 2014)

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 Hazem KHALIFE

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 2016, le Directoire a tenu 9 séances.

La Commission Médicale d'Etablissement

Composition

(décision du directeur du 15 décembre 2015)

La composition de la Commission Médicale d'Etablissement a été renouvelée suite aux élections des 26 novembre et 8 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 Khalifé - M^{me} le Dr. Le Guillouzic

– M. le Dr. Taurand - M^{me} le Dr. Tschudnosky -
M^{me} Petitboulanger

Représentants élus des responsables de structures

internes, services ou unités fonctionnelles (Collège 2)

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 – M. le Dr. Motte- M^{me} le Dr Coquet

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. Meyer, 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. Durand, directeur adjoint
- M. Huard, directeur adjoint
- M^{me} Bancel, directrice adjointe

En 2016, la Commission Médicale d'Etablissement a tenu 6 séances.

LES AUTRES INSTANCES

La Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge.

Président : M. Luigi ou son représentant
En 2016, la Commission a tenu 4 séances.

Le Comité Technique d'Etablissement

Président : M. Luigi ou son représentant
En 2016, le Comité Technique d'Etablissement a tenu 7 séances.

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

Président : M. Luigi – Secrétaire : M. Zante
En 2016, la Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail a tenu 9 séances dont 2 séances extra-ordinaires.

La Commission des Soins Infirmiers et Rééducation Médico-Techniques

Président : M^{me} Derome
En 2016, la Commission des Soins Infirmiers et Rééducation Médico-Techniques a tenu 5 séances.