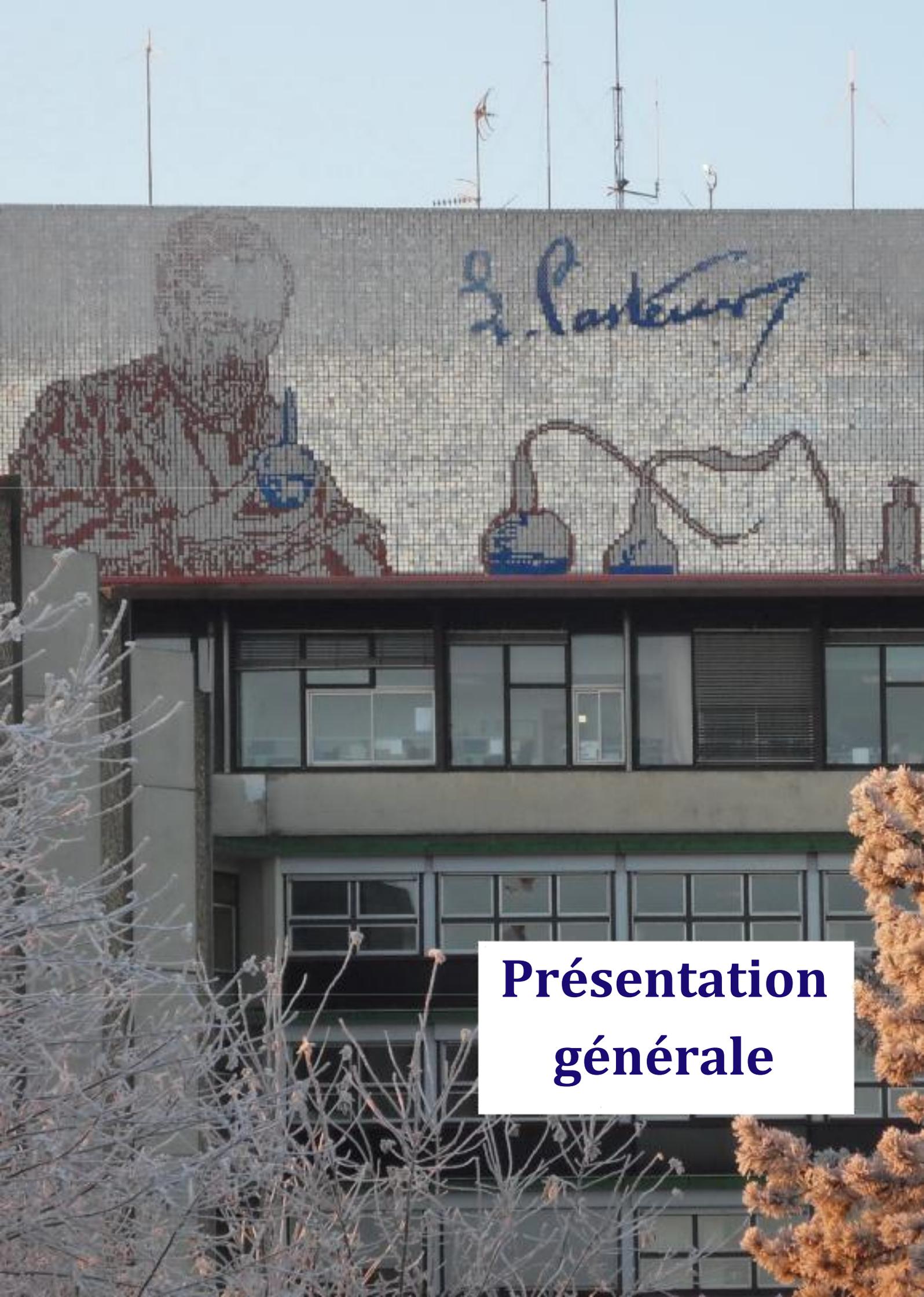




Centre hospitalier Louis Pasteur

Rapport d'activité 2015



Présentation générale

Editorial

En 2014, l'édito du rapport d'activité était consacré au « Centre Hospitalier Louis Pasteur, centre hospitalier en mouvement ». En 2015 encore, le **Centre Hospitalier Louis Pasteur** s'est transformé et adapté à un environnement toujours plus exigeant pour offrir à la population les soins de qualité dont elle a besoin.

L'amélioration de la **qualité et de la sécurité des soins** reste l'objectif premier et la motivation principale des personnels du centre Hospitalier Louis Pasteur. La visite de certification menée en toute indépendance par les experts de la Haute Autorité de Santé a permis de démontrer l'implication et le professionnalisme de tous, alors même que nous étions soumis à une procédure nouvelle, dite V 2014, particulièrement stricte. Certifié du premier coup, le CHLP a été comme en 2014 récompensé en 2015 par l'enveloppe nationale d'incitation financière à la qualité.

L'accueil des patients et la sécurité de tous ont en outre connu un net progrès grâce à la poursuite d'une politique de travaux responsable. La **mise en sécurité incendie** s'est poursuivie conformément aux objectifs assignés par les pouvoirs publics. L'accueil en chirurgie a été amélioré grâce aux travaux entamés dans les services de chirurgie digestive et orthopédique. En 2016, ces services fusionnés offriront plus de chambres individuelles, plus de chambres équipées de cabinet de toilette, **plus de confort et des locaux rénovés**.

La clarification des objectifs stratégiques s'est poursuivie, avec les premiers travaux concrets relatifs au rapprochement avec la Polyclinique du Parc, mais également l'intensification des **coopérations hospitalières**, notamment avec le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Besançon, en neurologie, imagerie, ophtalmologie. Ces dernières annoncent la constitution d'un Groupement Hospitalier du Territoire centre franc-comtois, découlant de la loi de modernisation de notre système de santé promulguée tout début 2016. Parallèlement, le CHLP a adopté son **projet de soins**. Enfin, il a entamé les travaux d'élaboration du **projet social**, de façon à apporter une réponse aux inquiétudes sociales générées par les mutations de plus en plus rapides imposées au système hospitalier.

Notre engagement ne doit donc pas occulter les moments difficiles que le CHLP et ses personnels ont eu à surmonter. 2015 s'est singularisée par les agressions commises contre notre société et notre démocratie, qui nous ont touchés de près. Dans ce contexte douloureux, le CHLP se mobilise pour éviter la réapparition de tensions financières qui posent question à beaucoup de soignants.

Mais ces difficultés et ces défis, les équipes médicales, paramédicales, techniques, logistiques, administratives et sociales du CHLP entendent les affronter chaque jour **collectivement**. Car c'est en agissant collectivement que nous pourrons toujours mieux répondre aux attentes des **usagers**.

Sommaire

Présentation générale	
Synthèse	1
Positionnement et rôle du centre hospitalier	2
Les missions de service public confiées au centre hospitalier	8
La Maison des Adolescents	11
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 est un des premiers établissements à s'engager dans la certification V2014	27
Une dynamique collective positive	28
Un établissement récompensé pour sa qualité	30
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	85
Le Directoire	86
La Commission Médicale d'Etablissement	87
Les autres instances	88

Synthèse

Les chiffres clefs ci-dessous sont développés dans les différentes parties du rapport (données générales d'activité et activités des pôles, notamment).

1044 ETP
rémunérés

424 lits et places
soit 377 lits et
47 places

Budget de
79 millions
d'euros



1464 sorties
SMUR

1001 naissances



28 632 passages
aux urgences

63 493
consultations



30 031
actes externes

16 164 séjours
(hors séances)



3988 interventions
chirurgicales

8 501 séances
de dialyse



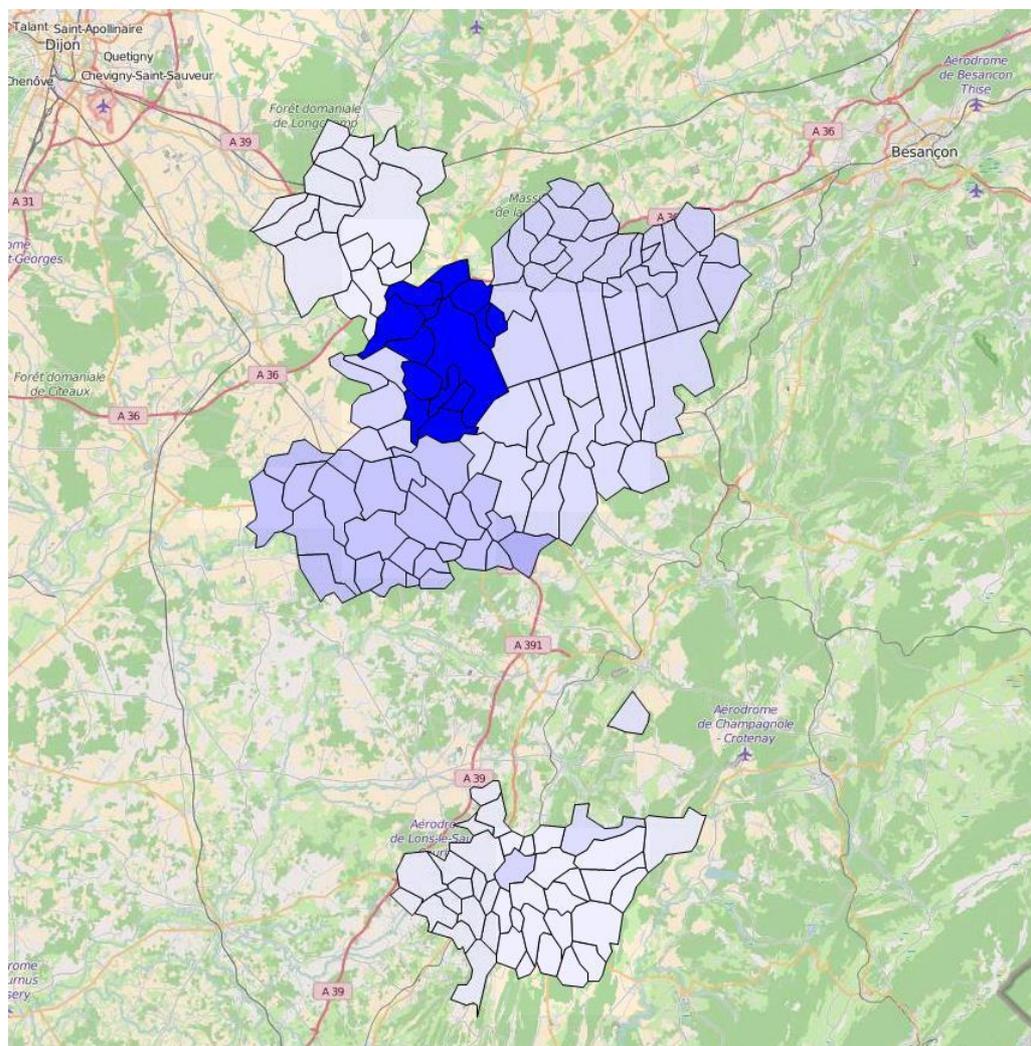
2 389 autres
séances

Positionnement et rôle du centre hospitalier

Site et bassin de recrutement

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 Moissy : lorsqu'ils doivent être hospitalisés, 43,3 % des habitants de cette zone se tournent vers le centre hospitalier (source : ATIH).

Une zone
d'attractivité pour
l'hospitalisation
rassemblant 99 193
personnes en 2015



Pour compléter, la présente carte présente la zone d'attractivité des patients pour des séjours et séances en 2015 (zone 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.

282 patients suivis pour cancer au sein de l'établissement

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, pour un total de 1 388 activités).

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.

14 cornées prélevées

1468 consultations douleur (médicales, paramédicales, psychologue)

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, qui intervient également par convention dans plusieurs établissements voisins, a suivi, malgré un absentéisme médical, une file active de 308 patients, et organisé 43 séjours en hôpital de jour afin de traiter des patients souffrant de douleur chronique.

Au pôle Femme-Mère-Enfant, une psychologue en périnatalité suit une file active de 210 patients (dont 141 nouveaux patients, à rapporter aux 1007 accouchements).

471 consultations en addictologie et tabacologie

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, 654 consultations mémoires et 315 consultations neuro-psychologiques ont été conduites.

1 887 produits sanguins labiles transfusés

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 ; en 2015 a été demandé le renouvellement des autorisations de médecine et chirurgie en hospitalisation complète, de traitement de l'insuffisance rénale par épuration extra corporelle (IRCT), d'éducation thérapeutique du patient, de soins de longue durée, et de scanner.

Un établissement inscrit dans de nombreuses coopérations.

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

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

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 ont 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 sont appelées à se développer dans de nouvelles spécialités (néphrologie, ophtalmologie, gastroentérologie...), et à se renforcer dans celles déjà mises en place, favorisant le cas échéant un développement d'activité du CHLP. Elles pourraient, en fonction de l'évolution du projet de loi relatif à la modernisation de notre système de santé, préfigurer le projet médical partagé qui doit constituer le cœur des futurs groupements hospitaliers de territoire.

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.

Ainsi la coopération entre les deux établissements vise à développer, à horizon 2020, l'activité sur un site chirurgical unique en permettant le rapprochement du plateau technique unique chirurgical avec celui des urgences et de la maternité du centre hospitalier Louis Pasteur, dans le respect des identités et statuts propres à chacun des deux établissements.

A ce stade, le dimensionnement cible envisagé est le suivant :

- 7 salles de bloc opératoire
- 1 salle pour les endoscopies
- 2 unités d'hospitalisation, chacune de 30 lits environ dont une unité pour l'hospitalisation publique
- 1 unité de chirurgie ambulatoire de 25 places.

Le fonctionnement du futur plateau technique unique sera coordonné par la Polyclinique du Parc, celle-ci devant garantir un accès aux activités du CHLP appelées à être effectuées sur le plateau technique unique.

Le volume total prévisionnel des interventions chirurgicales pour les deux établissements est de 10 000 interventions par an environ, 60% pour la polyclinique du parc, 40% pour le CHLP. Pour le CHLP, les 2/3 des interventions relèvent du non programmé.

Le schéma proposé en 2012 prévoyait une possibilité de gains de 10% sur les taux de fuite, soit +600 séjours chirurgicaux, mais il paraît plus adapté à ce jour de tableur sur une stabilité de l'activité pour les spécialités de chirurgie exercées au CHLP et à la polyclinique du Parc.

Autres coopérations

Des liens sont 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, doit consolider ses premières réalisations (annuaire d'accès direct, intranet partagé...). Les nouveaux outils numériques dédiés à la coopération seront mobilisés : messagerie sécurisée en santé, lettre de liaison dématérialisée, à terme utilisation commune du dossier médical partagé.

Les coopérations développées avec le CHS Saint-Ylie Jura sont susceptibles d'évoluer dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées à l'échelle du bassin dolois. En effet, le projet de regroupement des EHPAD hospitaliers sur le site du CHS Saint-Ylie Jura permet d'envisager la constitution d'une filière personnes âgées articulée entre la gériatrie au CHLP et la gérontologie au CHS. Dès lors, la filière de prise en charge gériatrique déjà constituée au CHLP par une unité de court séjour gériatrique, une activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) gériatrique comprenant une unité cognitivo-comportementale, et une unité de soins de longue durée (USLD, serait renforcée avec la création d'une équipe mobile de gériatrie, et d'une unité d'hébergement renforcé (UHR) de 12 à 14 lits.

D'autres coopérations sur les fonctions supports pourront également être travaillées en partenariat avec le CHS, notamment en matière de restauration ou de transports.

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, à l'exception de l'ophtalmologie.

La prise en charge des soins palliatifs

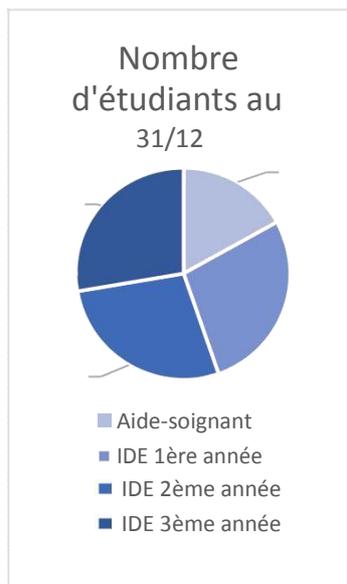
L'établissement dispose d'une équipe mobile de soins palliatifs. Cette équipe intervient au profit du centre hospitalier ainsi qu'avec d'autres structures hospitalières ou médico-sociales, avec lesquelles quatorze conventions ont été signées.

Son activité consiste d'abord à apporter un soutien clinique, un compagnonnage, afin de permettre réflexion pluridisciplinaire et questionnement éthique, soit en intervenant directement auprès des patients, soit en concertation avec les équipes.

En interne, une intervention spécifique est dédiée aux équipes affectées sur les soins palliatifs et en gériatrie. Par ailleurs l'équipe collabore avec les cancérologues de l'IRFC intervenant au centre hospitalier.

En plus des interventions dans les établissements extérieurs, l'équipe est en contact avec le service social de l'établissement, ainsi que les associations JALMALV (Jusqu'à La Mort Accompagner la Vie) et ARESPA (Association du Réseau de Santé, de Proximité et d'Appui). Elle contribue au comité d'éthique, à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, 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.

Enfin son action inclut un volet formation auprès de l'IFSI et de lycéens.



Le site de l'IFSI rue Flamand

1 420 patients ont bénéficié d'un programme d'éducation thérapeutique

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

L'établissement accueille en permanence 27,7 équivalents temps plein d'internes, que ce soit en médecine générale ou en spécialité (cardiologie, urgences, pédiatrie, diabétologie, rhumatologie, gynécologie-obstétrique, rééducation fonctionnelle, gériatrie, néphrologie, soins de suite et de réadaptation, pharmacie, laboratoire).

La formation initiale du personnel paramédical

L'établissement dispose de deux structures contribuant à cette mission : l'Institut de Formation en Soins Infirmiers - Institut de Formation des Aides-Soignants, et le Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence. Ces deux structures délivrent aussi des formations aux professionnels déjà en activité.

L'IFSI accueille 240 étudiants, en formation sur un site distant de la rue Flamand (à Dole), mais également sur 57 lieux de stage pour les infirmiers et 39 pour les aides-soignants. 87 % des étudiants sont des femmes.

Le CESU de son côté contribue à la formation des personnels paramédicaux par l'organisation de sessions aboutissant à la délivrance aux élèves de l'IFSI d'attestations de formations aux soins d'urgences (AGFSU).

La description du CESU ne serait pas complète sans indiquer qu'au-delà de la formation initiale, celui-ci a organisé en tout 58 sessions AGFSU, 25 formations à la prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire, cinq sessions pour les internes, cinq pour les ambulanciers, deux sur les situations sanitaires exceptionnelles, et une pour les infirmières intervenant en SMUR.

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 :

- Clinique des anticoagulants,
- Education des insuffisants cardiaques,
- Cycles d'éducation thérapeutique pour patientes atteintes de diabète gestationnel,

- Patients porteurs de stomies ou de problèmes de cicatrisation,
- Polyarthrite rhumatoïde,
- Patients diabétiques insulino-dépendants et non insulino-dépendants,
- Patients en surcharge pondérale,
- Journée d'éducation pluriprofessionnelle pour patients atteints de spondylarthrite,
- Stage sport et diabète.

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. Par ailleurs il développe différentes actions d'ordre culturel favorisant le lien social au profit des familles et de leurs proches.

339 patients reçus à la PASS

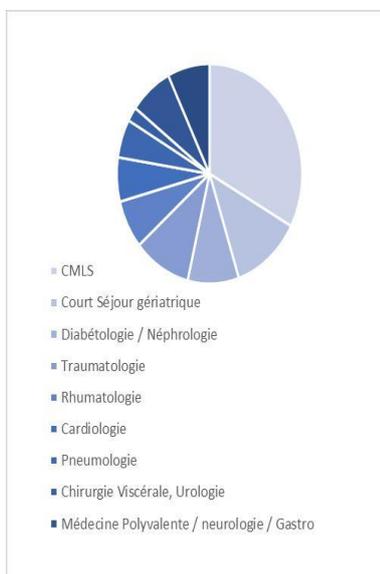
La PASS (Permanence d'Accès aux Soins en Santé) s'adresse aux personnes en situation de précarité et vise à leur faciliter l'accès au système de santé ainsi qu'à les aider dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. L'objectif est d'aider ces personnes à rentrer dans le droit commun. Un deuxième médecin bénévole, Mme le Dr LESTRADET, est venu rejoindre M. le Dr JOBEZ, ce qui a contribué à la hausse de l'activité constatée cette année.

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 traité 1 183 dossiers répartis entre les différents services comme indiqué ci-contre.

Par ailleurs, certaines activités ayant une vocation première de soins ont contribué à l'amélioration du lien social : ainsi de l'exposition de l'atelier photographique en pédiatrie ou le film « Des héros à l'hosto », ce dernier s'inscrivant dans le projet Culture à l'hôpital.

Les actions de santé publique

Dans une logique préventive, le centre hospitalier est équipé de plusieurs équipements et organisations susceptibles d'être mobilisés dans le cadre d'un afflux de victimes ou de catastrophe, d'origine chimique notamment (présence d'installations classées SEVESO à proximité du site). Le centre hospitalier a organisé 4 exercices différents en 2015.



Exercice de l'unité fixe de décontamination hospitalière

Dans un domaine tout différent, le centre hospitalier accueille au sein de son service de consultations externes un centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), ouvert le mercredi après-midi. Ce service effectue des dépistages notamment du VIH et des hépatites. 107 personnes ont bénéficié d'un dépistage, deux tests se sont révélés positifs (un VIH, un VHHB).

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'organe,
- Randonnée contre le VIH,
- Semaine de la sécurité des patients (chambre des erreurs),
- Forum des usagers.

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.



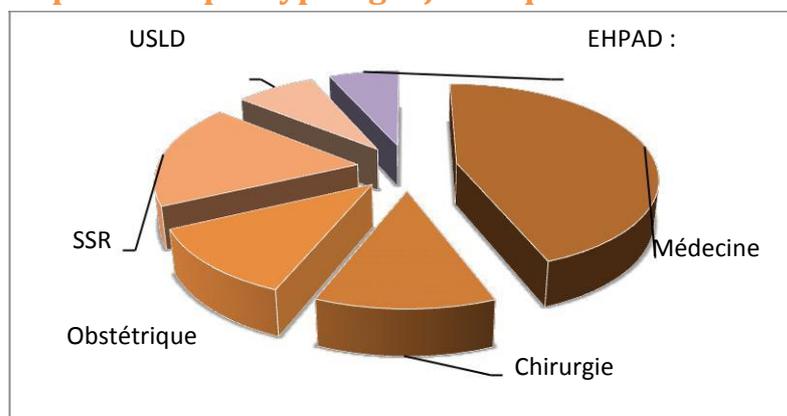
Données générales
d'activité

Tableau des lits et places

Pôle	Service	Lits	Places
MEDECINE	Endocrinologie - Diabétologie HJ		1
	Endocrinologie - Diabétologie HC & néphrologie	26	
	Rhumatologie - Médecine interne HJ		2
	Médecine polyvalente - Soins palliatifs HC	24	
	Rhumatologie - Médecine interne HC	25	
	Cardiologie HC	21	
	Cardiologie Soins Intensifs	6	
	Pneumologie - Oncologie médicale HC	25	
	Chimiothérapie		5
	Douleur HJ		1
	Hémodialyse		11
TOTAL MEDECINE		127	20
FEMME-ENFANT	Pédiatrie HC	12	
	Unité Adolescents HC	4	
	Obstétrique HC	20	
	Gynécologie HC	4	
	Maternité HJ		4
TOTAL FEMME-ENFANT		46	4
BARC MPR	Chirurgie	30	
	Surveillance continue HC	4	
	Médecine physique et réadaptation HC	26	
	Médecine physique et réadaptation HJ		4
	Chirurgie ambulatoire		17
TOTAL CHIRURGIE		60	21
GERONTOLOGIE	Gériatrie aiguë HC	24	
	Soins de suite gériatrique HC	21	
	Psycho-gériatrie HC	12	
	Soins de suite gériatrique HJ		2
	Réadaptation gériatrique HC	23	
	EHPAD	28	
TOTAL GERONTOLOGIE		140	2
URGENCES	UHTCD	4	
TOTAL URGENCES		4	
TOTAL GENERAL		377	47
TOTAL LITS ET PLACES			424

14 lits ont été fermés en 2015

Répartition par typologie juridique d'activité



93 % des lits et places sont orientés vers le secteur sanitaire, 68 % vers le 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.

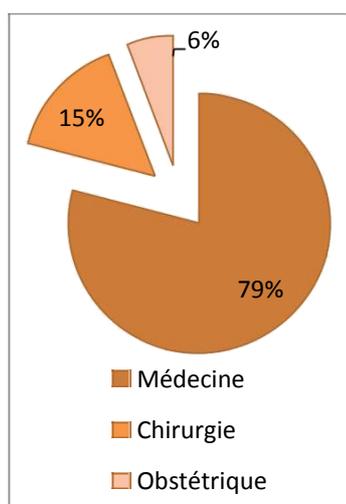
Chiffrages séjours séances dont/hors dialyse

Hospitalisations	0 nuit	> 0 nuit	Total
Nombre de RSS	14 251	11 802	26 053
RSS en %	54,70%	45,30%	
Recettes (en €)	6 929 893	33 406 263	40 336 156
Recettes en %	17,18%	82,82%	
Recettes moyenne (en €)	486,27	2830,55	1548,23

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 Diag).



Classification ASO	Effectif	Recettes (€)
Médecine	20 601	27 013 058
Chirurgie	3 956	10 651 574
Obstétrique	1 496	2 671 524
Total	26 053	40 336 156

Classification CAS	Effectif	Recettes (€)
X Autre (Médecine, ...)	8 932	22 618 370
C Chirurgie	3 111	9 244 880
S Séances	10 896	3 742 228
O Obstétrique	1 496	2 671 524
N Nouveau-nés	1 020	1 466 300
K Peu invasif	598	592 853
Total	26 053	40 336 156

Caractéristiques des séjours selon l'origine géographique des patients.

Origine	effectifs	Recettes (€)
39 Jura	23 095	35 789 351
21 Côte d'or	1 333	2 433 190
70 Haute-Saône	781	720 235
71 Saône et loire	437	734 676
25 Doubs	157	287 770
autres	250	370 934
Total	26 053	40 336 156

Focus sur l'ambulatoire (classification ASO)

Hospitalisations de moins d'une nuit

	Effectif	Recettes (€)
Médecine	1330	816 540
Chirurgie	1715	2 293 862
Obstétrique	310	77 263

Séances

	Effectif	Recettes (€)
Dialyse	8501	2 810 624
Chimiothérapie pour tumeur	1458	568 229
Chimiothérapie pour affection non tumorale	848	309 371
Transfusions	83	51 635

Séjours passés dans le service de chirurgie ambulatoire

	2014	2015	
Séjours ambu.	2 318	1 789	-22,80%
Tx chir. ambu.	47,70%	52,2 %	4,52%

Ligatures de veines :
99 % en ambulatoire,
92 % sur le canal
carpien

La baisse importante du nombre de séjours s'explique principalement par le départ d'un praticien spécialisé en ophtalmologie. Malgré cela le taux de chirurgie ambulatoire a continué à progresser. Il est à noter qu'en 2014, ce taux d'ambulatoire est en moyenne pour la Franche-Comté à 44,7 %, et la France entière à 50 %.

Prise en charge de l'urgence

Les urgences ont en moyenne admis 3 patients de plus par jour par rapport à l'année précédente

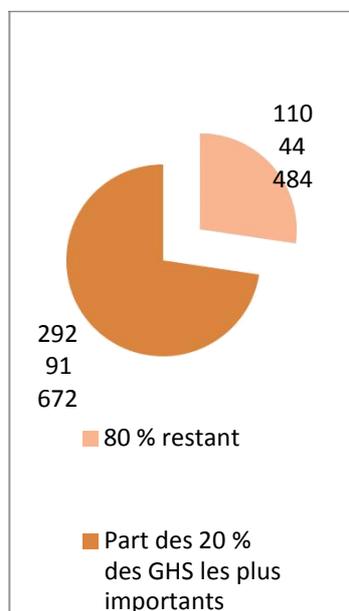
	2015	2014	Ecart
Passages hospitalisés et transfert	8 112	7 861	3,19%
Passages externes et décès	20 520	19 661	4,36%
Nombre journées UHTCD	2 304	2 229	3,36%
Totaux passages	28 632	27 522	4%

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

CMD	Effectif	%	CA T2A (€)	CA moy.
08 Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	1 357	0,11	5 275 442	3 887,58
06 Affections du tube digestif	1 230	0,10	3 700 600	3 008,62
14 Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	1 186	0,10	2 594 261	2 187,40
05 Affections de l'appareil circulatoire	1 178	0,10	3 515 769	2 984,52
04 Affections de l'appareil respiratoire	1 115	0,09	3 819 722	3 425,76
15 Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	1 004	0,09	1 460 189	1 454,37
01 Affections du système nerveux	916	0,08	2 737 683	2 988,74
23 Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	633	0,05	1 653 499	2 612,16
09 Affections de la peau, des tissus souscutanés et des seins	502	0,04	1 228 019	2 446,25
11 Affections du rein et des voies urinaires	372	0,03	1 170 604	3 146,78
10 Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	363	0,03	1 037 867	2 859,14
07 Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	321	0,03	1 125 550	3 506,39
21 Traumatismes, allergies et empoisonnements	273	0,02	488 832	1 790,59
13 Affections de l'appareil génital féminin	269	0,02	658 165	2 446,71
19 Maladies et troubles mentaux	254	0,02	920 272	3 623,12
03 Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	216	0,02	332 990	1 541,62
20 Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	214	0,02	308 084	1 439,65
18 Maladies infectieuses et parasitaires	140	0,01	381 192	2 722,80
16 Affections du sang et des organes hématopoïétiques	135	0,01	542 661	4 019,71
12 Affections de l'appareil génital masculin	44	0,00	144 706	3 288,77
02 Affections de l'oeil	37	0,00	71 209	1 924,56
17 Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	33	0,00	184 589	5 593,60
22 Brûlures	7	0,00	14 043	2 006,14
26 Traumatismes multiples graves	3	0,00	40 314	13 437,97
Total	11 802	1,00	33 406 263	2 830,56

« CA Moy. » représente le CA moyen par CMD en euros

Les 8 GHM les plus producteurs de recettes.



CMD	Effectif	Recettes
28Z04Z Hémodialyse, en séances	8 501	2 810 624
14Z14A Accouchements uniques par voie basse chez une multipare, sans complication significative	480	988 544
14Z13A Accouchements uniques par voie basse chez une primipare, sans complication significative	296	722 066
15M05A Nouveau-nés de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1), sans problème significatif	779	712 580
23Z02Z Soins Palliatifs, avec ou sans acte	82	585 307
28Z07Z Chimiothérapie pour tumeur, en séances	1 458	568 229
05M092 Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 2	134	516 078
01M34Z Anomalies de la démarche d'origine neurologique	133	477 131
05M093 Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 3	70	378 793
04M053 Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	79	366 210

Au total, l'activité du centre hospitalier en 2015 a porté sur 1 644 GHM différents : l'activité est donc très hétérogène. Ainsi, onze millions d'euros sont générés par plus de 1 300 GHM différents.

Les séjours de soins de suite et de rééducation

	Homme	Femmes	Total
Nombre de patients	316	513	829
Nombre de séjours	394	607	1 001
Nombre de semaines	2 231	3 264	5 495
Nombre de journées	12 156	18 110	30 266

Type d'hospitalisation	Nombre de semaines		Nombre de journées	
Hospitalisation complète HC	4 682	85%	27 844	92%
Hospitalisation à temps partiel HP	813	15%	2 422	8%
TOTAL	5 495	100%	30 266	100%

Caractéristiques démographiques des patients	Total	Hospitalisation complète	Hospitalisation à temps partiel
Nombre de patients	829	722	107
% de femmes	61,8	63,9	47,7
Age Moyen	77,4	80,9	54,1
Nombre de patients domiciliés dans le département	761	666	95
% patients domiciliés dans le département	91,8	92,2	88,8
Nombre de patients domiciliés hors région	54	46	8
% hors région	6,5	6,4	7,5

Classe d'âge	Effectif total	Effectif HC	Effectif HP
13-17 ans	1		1
18-29 ans	12	3	9
30-39 ans	21	6	15
40-49 ans	36	16	20
50-59 ans	59	33	26
60-69 ans	101	72	29
70-74 ans	74	64	10
75-79 ans	111	104	7
80-84 ans	205	198	7
85-89 ans	220	216	4
90-94 ans	123	120	3
95-99 ans	31	31	
> 100 ans	7	7	
Total	1 001	870	131

Catégories Majeures	Hospitalisation complète			Hospitalisation à temps partiel		
	Séjours	Journées	Age moyen	Séjours	Journées	Age moyen
01 Affections du système nerveux	255	9 199	77,4	558	1 237	71,6
02 Affections de l'œil	4	96	87,3			
03 Affections des oreilles, du nez, de la gorge	2	81	91,5			
04 Affections de l'appareil respiratoire	48	1 353	85,4	4	13	64,3
05 Affections de l'appareil circulatoire	37	1 052	85,3			
06 Affections des organes digestifs	41	1 159	84,4			
08 Affections et traumatismes du système ostéoarticulaire	298	9 368	78,3	214	932	46
09 Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	17	731	85,7			
10 Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	13	301	82,5			
11 Affections de l'appareil génito-urinaire	28	761	82,7			
16 Affections du sang, des organes hématopoïétiques, du système immunitaire	3	124	93,3	1	5	81
18 Certaines maladies infectieuses, virales ou parasitaires	2	49	86	2	8	35
19 Troubles mentaux et du comportement	21	464	81,2			
23 Autres motifs de recours aux services de santé	101	3 107	85,5	4	18	54
Total	870	27 845	80,4	783	2 213	64,4

Les séjours médico-sociaux

	Journées 2014	Journées 2015	Ecart	DMS 2015
USLD	11 238	11 346	1,0%	436,4
EHPAD	10 163	10 012	-1,5%	770,2

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

L'unité de prélèvement a recensé 419 décès en 2015, avec une moyenne d'âge de 75 ans.

7 prélèvements de cornée ont été réalisés (soit 14 cornées).

Les activités médico-techniques

Imagerie médicale

	2015	2014	Ecart
Scanner	13 573	13 297	2,1%
Radiographie	32 580	33 002	- 1,3%
Echographie	3 434	4 790	- 28,3%
IRM	749	848	- 11,7%

Biologie médicale

	2015	2014	Ecart
Total B	13 256 802	13 207 362	0,4%

Pharmacie

	2015	2014	Ecart
Nombre de lignes	141 808	142 286	- 0,3%
Nombre de préparations à l'UCR	2 634	1 257	110%

Laveurs désinfecteurs

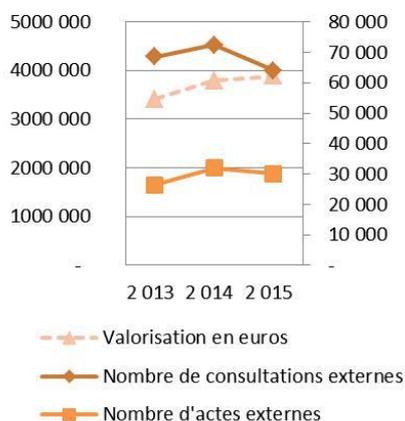
	2015	2014	Ecart
Nombre cycles	3 683	3 745	- 1,7%
Nombre paniers	22 216	22 721	- 6,7%
Nombre paniers colio	481	503	- 4,4%
Nombre sabots	17 694	21 695	- 6,8%
Autoclaves			
Cycles containers	1 439	1 545	- 6,9%
Volume en m3	466	501	- 7%
Nombre paniers	3 363	3 462	- 2,9%
Packs + conteneurs	7 891	9 124	- 13,5%

L'activité externe

	2013	2014	2015	Evolution 2015/2014
Consultations externes	68 555	72 486	63 943	- 11,8 %
Variation		+ 3 931	- 8 543	
Actes externes	26 381	31 944	30 031	- 6,0 %
Variation		+5 563	-1 913	
Total	94 936	104 430	93 974	- 10 %
Variation		9 494	-10 456	
Valorisation en euros	341 5960	379 4197	388 1284	+ 2,30%

L'activité externe a cru en valorisation de 2,30 % soit de plus de 87 k€ par rapport à 2014. Cette croissance qui contraste avec le nombre de consultations et d'actes s'explique par plusieurs facteurs :

Activité externe



- Départ d'un praticien en chirurgie ophtalmologique (baisse de 3 961 actes et consultations en ophtalmologie) ;
- Rationalisation du codage notamment aux urgences et à la Maternité, en lien avec les services de l'assurance maladie (remplacement de plusieurs actes par un seul) ;
- Baisse de l'activité libérale (baisse de 7,5 %) ;
- Hausse des actes et consultations réalisés notamment en médecine polyvalente, en échographies de gynécologie-obstétrique et en chimiothérapie (quasi-doublement dans cette dernière spécialité) ;
- Travail sur l'exhaustivité réalisé par le bureau des admissions en lien avec l'encadrement supérieur (dans le but d'éviter le recours au logiciel d'aide à la mise à jour des données d'activité des années précédentes) ;
- Travail du Département d'Information Médicale sur la qualification des actes externes.

L'activité libérale représente 7,5 % des actes et consultations externes.

SERVICES	Consultations Externes			ACTES EXTERNES			Total C + Actes 2015	Part dans le total
	Publiques	Privées	Totales	Public	Privés	Totaux		
				Actes	Actes	Actes		
Endocrino-Diabétologie	3 921		3 921	47		47	3 968	4,2%
Consultation Douleur	599		599	85		85	684	0,7%
Rhumatologie	964		964	1 195		1 195	2 159	2,3%
Neurologie EMG			-			-	-	
Neurologie EEG			-	131		131	131	0,1%
Ostéo-densitométrie		294	294		-	-	294	0,3%
Cardiologie	2377		2377	5 072		5 072	7 449	7,9%
Electro-cardiologie	5		5	23		23	28	
Echo-cardiologie	1		1	818		818	819	0,9%
Pneumologie	1 437		1 437	622		622	2 059	2,2%
Endoscopie pneumo.	22		22	757		757	779	0,8%
Néphrologie	1 012		1 012	2		2	1 014	1,1%
Hémodialyse			-	2		2	2	
Oncologie Hématologie	811		811	29		29	840	0,9%
Pôle Médecine	11 149	294	11 443	8 783	-	8 783	20 226	21,3%
Chirurgie Viscérale et vasculaire	2 162	867	3 029	412	402	814	3 843	4,1%
Chirurgie Traumatologie	6 388	506	6 894	795	343	1 138	8 032	8,5%
Stomatologie	43		43	20		20	63	0,1%
Ophtalmologie	2 773		2 773	2 941		2 941	5 714	6,0%
Explorations fonctionnelles Ophtalmologie.	7		7	780		780	787	0,8%
Anesthésie	3 209		3 209	2		2	3 211	3,4%
Rééduc/F. (Cs Amc Ams)	852		852	16		16	868	0,9%
Pôle BASSC-MPR	15 434	1 373	16 807	4 966	745	5 711	22 518	23,8%
Gynécologie-Obstétrique	10 032	4 598	14 630	1 079	255	1 334	15 916	16,8%
Echographie Mater.				5 533		5 533	5 533	5,8 %
Pédiatrie	2 368		2 368	14		14	2 382	2,5%
Pôle Mère Enfant	12 400	4 598	16 998	6 626	255	6 881	23 879	25,2%
Gériatrie	203		203	90		90	293	0,3%
Pôle gériatrie	203	-	203	90	-	90	293	0,3%
Urgences	19 268		19 268	8 566		8 566	27 834	29,4%
Pôle Urgences	19 268	-	19 268	8 566	-	8 566	27 834	29,4%
TOTAUX	58 454	6 265	64 719	29 031	1 000	30 031	94 750	100,0%

VOUS
S PAS
ORTE

Mama

Démarche
qualité

C.H. LOUIS PASTEUR

Billet valable pour 1 personne

Centre Hospitalier Dole

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

Billet d'entrée au
suivi d'un apéritif offert

Entrée gratuite

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

semaine de la sécurité des patients

Billet valable pour 1 personne

Vous êtes hospitalisé(e)
vous allez l'être

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

Le centre hospitalier est un des premiers établissements à s'engager dans la certification V2014

Le centre hospitalier fait partie des soixante premiers établissements engagés dans cette nouvelle démarche de certification.

La visite s'est déroulée du 17 au 20 mars 2015. Les experts-visiteurs ont réalisés sept « patients traceurs » : ils ont suivi le parcours de sept patients réels à la recherche de tout dysfonctionnement. Ils ont par ailleurs réalisé de nombreuses observations prolongées dans les services et rencontré les pilotes des processus investigués :

5 experts-visiteurs
présents durant
quatre jours

- Management de la qualité et des risques
- Droits des patients
- Parcours du patient
- Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
- Dossier du patient
- Gestion du risque infectieux
- Prise en charge des urgences et des soins non programmés
- Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
- Management de la prise en charge du patient dans les secteurs à risque : endoscopie
- Management de la prise en charge du patient dans les secteurs à risque : salles de naissance.

Dans leur rapport pour observations reçu en octobre 2015 les experts ont formulé des remarques notamment sur l'organisation de l'endoscopie, la taille de la salle de surveillance post-interventionnelle, ainsi que les interrogations planant sur le projet de coopération avec la Polyclinique du Parc. Le processus de certification est fin 2015 à l'étape des échanges sur ce premier bilan entre l'établissement et le chef de projet de la Haute Autorité de Santé.

Une dynamique collective positive

Des indicateurs de qualité améliorés ou maintenus malgré l'augmentation des exigences de la Haute Autorité de Santé

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 derniers qui sont examinés cette année.

Une hausse de 39 points sur 100 pour la plus forte hausse d'indicateur (hémorragie post partum niveau 2)

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

PRISE EN CHARGE INITIALE DE L'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL					
Indicateurs IPAQSS	Résultat CHLP 2012	Résultat CHLP 2015	Evolution	Moyenne nationale	
Délai et heure de survenue des symptômes d'accident vasculaire cérébral	91% [81%-96%]	99% [92%-99%]	→	87%	A
Evaluation par un professionnel de la rééducation	80%	93%	→	77%	A
Tenue du dossier patient	81	86	NA	82	A
PRISE EN CHARGE DE L'INFARCTUS DU MYOCARDE					
Score agrégé des indicateurs évaluant les <u>prescript^o médicamenteuses</u> à la sortie	Pas d'évaluation	100%	NA	90%	A
Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques	54% en 2011	53%	→	74%	C
PREVENTION ET PRISE EN CHARGE INITIALE DES HPP					
Délivrance – Niveau 1	93%	90%	→	85%	
Délivrance – Niveau 2	43%	82%	↑	55%	
Surveillance minimale en salle de naissance	48%	75%	→	65%	B
Diagnostic HPP	40%	68%	→	78%	
Prise en charge initiale de l'HPPI	NA	68%	NA	74%	B
PRISE EN CHARGE DES PATIENTS HEMODYALISES CHRONIQUES					
Surveillance du statut martial du patient traité par ASE	59%	76%	→	80%	B
Surveillance du bilan phosphocalcique	100%	100%	→	92%	
Surveillance sérologique des hépatites	100%	100%	→	93%	
Surveillance nutritionnelle – statut nutritionnel	98%	61%	↓	87%	
Appréciation de l'épuration: Prescription de 3 séances /semaine	75%	76%	→	81%	A
Appréciation de l'épuration - Mesure de dose de dialyse	98%	100%	→	89%	
Accès à la transplantation	78%	57%	NA	74%	C

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

10 réunions du comité de la qualité au fil de l'année

Le COPIL des commissions contributives qui se réunissait 3 à 4 fois par an a été supprimé. Le COQUA a repris les missions du COPIL dans le pilotage opérationnel et stratégique de la qualité avec une composition élargie.

Le programme Qualité 2014/2016 a été mis à jour à la suite de la visite de certification en avril 2015 et en septembre 2015 avec la réception du rapport des experts de la HAS.

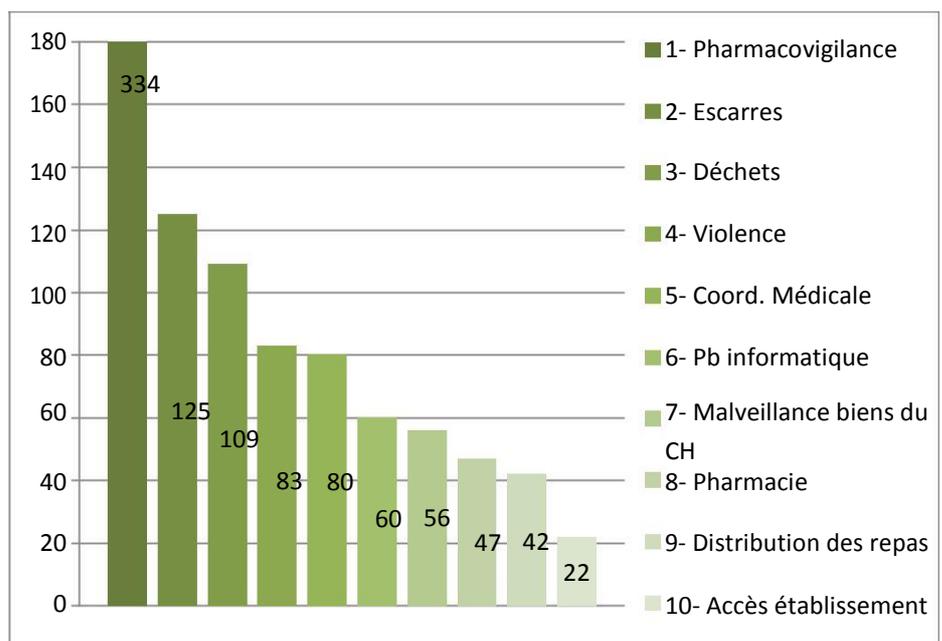
10 commissions contributives de la Commission Médicale

Les thématiques sont organisées autour des thématiques de la HAS et reposent sur des commissions contributives de la Commission Médicale d'Établissement, un groupe d'action qualité de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques, trois instances (COQUA - Management Qualité, CHSCT - Risques professionnels, CRUQPC) ainsi que sur les services de soins, médico-techniques mais aussi administratifs).

Une culture du retour d'expérience toujours mieux ancrée

Suite notamment à un travail important concernant la nécessité de signaler les incidents liés à la pharmacovigilance, le nombre de fiches a cru de 18 % pour atteindre 2046 fiches (dont 743 signalent des chutes) : la culture du « signalement responsable » a donc encore progressé.

Un suivi étroit des événements indésirables

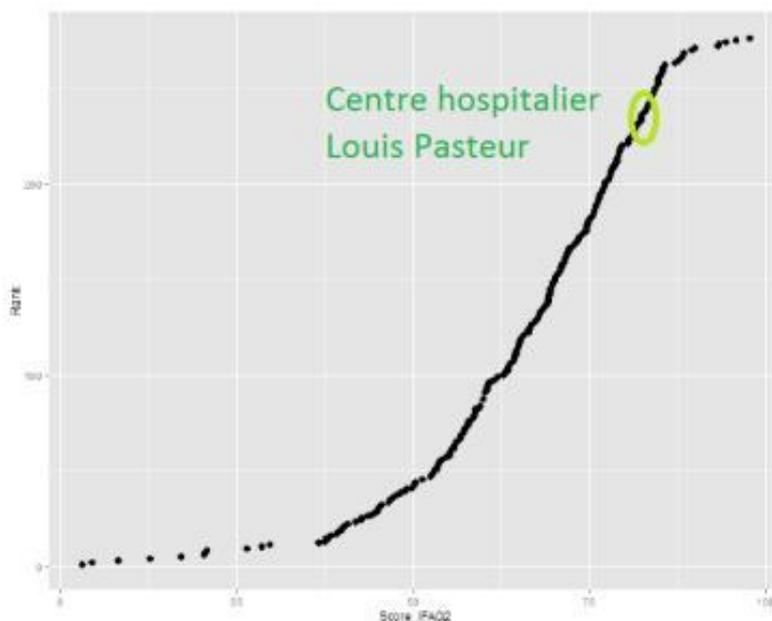


Un établissement récompensé pour son action en matière de qualité

Sélectionné parmi plus de 400 établissements de santé, le centre hospitalier s'est de nouveau situé dans la première tranche de rémunération IFAQ 2 (Incitation Financière pour l'Amélioration de la Qualité) des établissements de santé de son groupe (ayant une activité incluant de nombreux champs différents).

Score IFAQ 2 :
83,8 /100

Dotation allouée au
titre de ce score :
248 000 euros



Le score IFAQ, qui agrège de manière pondérée la plupart des indicateurs disponibles dans les établissements de santé, a vocation à inciter les établissements à investir dans les démarches qualité, et à récompenser à la fois le niveau atteint et l'effort fourni chaque année.

Un établissement salué par ses usagers et à leur écoute

A l'écoute des patients

1826 questionnaires de satisfaction ont été remplis par les patients, soit un taux de retour d'environ 13 %.

97,4 % des usagers recommandent l'établissement à leur proche

Quelques résultats concernant les questionnaires de sortie :

- Accueil bon à excellent : 62,2%.
- Informations médicales claires : 96,7%.
- Personnel paramédical efficace : 99,1%.
- Douleur soulagée totalement pour 71,2% des patients et partiellement pour 32,9% des patients.
- Intimité respectée : 97,8%.
- Bonne qualité des repas : 53,7%.
- Jamais ou rarement gêné par le bruit du service de nuit: 88,8%.
- Jamais ou rarement gêné par le bruit du service de jour : 92,2%.

Par ailleurs, l'établissement reste résolument engagé dans les nouvelles modalités d'évaluation de la satisfaction des patients, et commence donc à envoyer par l'intermédiaire de la Haute Autorité de Santé des questionnaires en ligne, à distance de l'hospitalisation, afin d'améliorer encore la connaissance de la qualité perçue par les patients (dispositif expérimental e-Satis).

L'établissement a reçu 32 courriers d'éloge rédigés par les patients ou leurs familles.

L'établissement a enfin reçu 104 réclamations orales ou écrites adressées à la direction ; une réponse est systématiquement apportée dans un délai moyen de 27 jours (ce temps inclut celui de l'enquête). Suite à une de ces réclamations, l'établissement n'a dû organiser cette année qu'une seule médiation médicale.

La réponse aux démarches administratives des patients.

6 % des demandes de transmission de dossier médical refusées suite au contrôle interne

L'établissement a donné suite à 206 demandes de dossiers médicaux (13 demandes ont été rejetées car le demandeur n'est pas parvenu à justifier d'une qualité valable pour faire cette demande : assureur, proche sans droits, etc.). Le nombre de demandes a progressé de 4,6 % par rapport à 2014.

L'établissement a traité 35 demandes amiables d'indemnisation en 2015, dont 9 dossiers concernent des accidents médicaux. Dans la totalité des cas, la procédure amiable a abouti à écarter la

responsabilité de l'établissement. Le centre hospitalier a également vu s'ouvrir trois contentieux devant la Commission de Conciliation et d'Indemnisation en 2015 (contre sept en 2014) et cinq devant le Tribunal Administratif de Besançon. Cinq affaires enfin ont été clôturées : dans toutes ces affaires la responsabilité du centre hospitalier a été écartée.

Un dispositif piloté par la CRUQPC

L'ensemble de ces données sont présentées à la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge.



Activité des pôles

Pôle Médecine

Chef de pôle : **Dr. Muriel Tschudnowsky**
Cadre de pôle : **Catherine Dianon**
Cadre administratif de pôle : **Solenne Robert**
Directeur référent : **Marie-Claude Derome**

130 lits | **21** places

Capacités

Activités médicales

- Diabétologie - Endocrinologie
- Médecine polyvalente
- Néphrologie
- Rhumatologie
- Cardiologie
- Soins intensifs de cardiologie
- Pneumologie - Oncologie
- Chimiothérapie
- Hémodialyse
- Unité douleur

Evolution de l'activité

Sur l'ensemble du pôle, l'activité est en hausse constante, le virage ambulatoire s'amorce avec une augmentation de l'hospitalisation de jour (+53.1%). Le nombre de séjours a globalement augmenté (+8.1%).

Bien que la DMS moyenne du pôle soit plutôt stable, outre les services de diabéto-endocrino-néphrologie et rhumatologie, l'ensemble des services du pôle a vu sa IP-DMS augmenter.

D'une manière globale, le taux d'occupation du pôle est plutôt stable.

	2015	2014	Ecart
Séjours *	16304	15079	+8.1%
HC *	5058	5065	-0.1%
HJ *	441	288	+53.1%
Séances *	10805	9726	+11.1%
Tx occupation	78.4%	83.0%	-5.6%
DMS *	5.9	6.0	-1.7%

HC : hospitalisation complète

HS : hospitalisation de semaine

HJ : hospitalisation de jour DMS

: durée moyenne de séjour

*source Pmsi Pilot

Evénements majeurs de l'année

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

- Le renouvellement de l'autorisation d'une activité de médecine en hospitalisation complète ;

- Le renouvellement de l'autorisation de traitement de l'insuffisance rénale par épuration extra corporelle (IRCT) ;

- Le renouvellement des autorisations pour les programmes d'éducation thérapeutique du patient ;

- L'intégration de la néphrologie au sein de l'unité de diabéto-endocrinologie en avril 2015 ;

- La reprise effective de l'activité de dialyse péritonéale ;

- L'arrivée de Madame le Docteur DEVYS-MEYER, neurologue à temps partagé dans le cadre de la Fédération Médicale Inter Hospitalière de Neurologie ;

- Le renfort de l'équipe médicale de médecine polyvalente (Monsieur le Docteur SOUMANE)

- Le départ de Madame le Docteur ROUSTEAU et l'arrivée de Madame le Docteur SCHNEIDER en septembre au sein de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP);

- L'essor de l'unité d'hospitalisation de jour polyvalente de médecine ;

- La poursuite de la participation au chantier « Gestion des lits », piloté par l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance)

Déclinaison du projet médical d'établissement

L'année 2015 a été l'occasion de décliner les axes suivants :

- La consolidation et le développement de l'activité de chimiothérapie (+50%), et prise en charge de la spécialité d'hématologie en 2015
- L'essor de l'HDF (hémodiafiltration) : 36% des séances contre 16% en 2014 ;
- Le développement de la prise en charge ambulatoire en Médecine (+53%) ;
- La reprise de l'activité de dialyse péritonéale (5 patients en 2015) ;
- L'optimisation du parcours du patient cérébro-lésé et la création d'ensembles fonctionnels : premières réflexions concernant le regroupement de unités de cardiologie et neurologie.

Déclinaison du projet de soins

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

- Déploiement de la démarche éducative au sein de la totalité des services du pôle, plusieurs agents formés en 2015; Temps diététicienne alloué aux patients IRCT en novembre 2015.
- Promotion de la culture palliative au sein des unités et services de soins : Elaboration et diffusion d'un tryptique d'information sur l'EMSP. Collaboration avec l'association JALMALV intensifiée ;
- Acculturation des équipes à une politique de prévention et de gestion des risques liés aux soins : intervention de l'équipe qualité en réunion cadres de pôle et au sein des unités de soins pour renforcer cette notion ;
- Management de la prise en charge : Nomination de référents et mise en place de réunions d'échange et de suivi de bonnes pratiques au sein des unités de soins.

Ressources humaines

Le pôle dispose de 206.3 équivalents temps plein (ETP), dont 23.3 personnels médicaux.

Grade	Effectifs rémunérés Déc. 2015	Effectifs rémunérés Déc. 2014	Ecart en ETP	Ecart en %
Médecin	23.3	22.3	+1	+4.5%
IDE	80.6	79.9	+0.7	+1%
AS	56.4	55.4	+1	+1.9%
ASH/ intendante	29.2	28.2	+1	+3.6%
AMA	7.9	7.6	+0.3	+3.6%
Autres	8.9	7.4	+1.5	+20.3%
TOTAL	206.3	200.8	+5.5	+2.7%

IDE : infirmier(ère)

AS : aide-soignant(e)

ASH : agent des services hospitaliers

AMA : assistante médico-administrative

ETP : effectif temps plein

L'évolution constatée (+ 5.5 ETP) s'explique par :

- Augmentation du temps secrétariat :
 - sur le 5ème étage +0.25 ETP (15/07),
 - 0.40 ETP sur le pool médecine (01/09) ;
- Sur le corps des IDE :
 - Création de poste, 1 ETP en hémodialyse (01/08);
 - Création de poste, 0.5 ETP sur l'HDJ de médecine (02/11);
- Sur le corps des AS :
 - un CLD en dialyse remplacé au 01/12
 - un CLM en diabétologie remplacé au 01/10
- Sur le corps des ASH :
 - remplacement d'un congé de présence parentale sur 8 mois en médecine polyvalente;
 - Création d'un poste de CAE sur l'HDJ médecine ;
- Autres grades :
 - Création d'un 0,5 ETP diététicienne (patients IRCT), 11/2015 ;
 - Un effet année pleine sur le poste de cadre supérieur de santé.

Nombre de patients de médecine hébergés en chirurgie

On constate une nette diminution des hébergements de médecine vers la chirurgie sur les trois exercices de comparaison.

Cependant, les redéploiements se concentrent principalement sur la période de continuité de services sur la période estivale.

	2013	2014	2015
Médecine Diabétologie - Endocrinologie - Nutrition	15	10	3
Médecine polyvalente - néphrologie - neurologie - addictologie - soins palliatifs	35	9	1
Médecine Rhumatologie et Médecine interne	9	5	16
Médecine Cardiologie et USIC	6	4	1
Pneumologie et Oncologie	2	12	6
TOTAL POLE MEDECINE	67	40	27

Principales réalisations en matière de démarche qualité

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

Indicateur	Diabétologie	Rhumatologie	Cardiologie	Médecine polyvalente	Pneumologie	Moyenne Franche-Comté
Qualité du dossier	73%	70%	85%	87%	87%	82%
Délai d'envoi et qualité du courrier de sortie	75%	50%	82%	100%	100%	46%
Evaluation de la douleur	100%	100%	100%	100%	100%	77%
Dépistage des troubles nutritionnels	90%	89%	77%	91%	20%	86%
Evaluation du risque d'escarre	50%	63%	NA	25%	20%	41%

IPAQSS DIA Indicateur	Valeur CHLP 2012	Valeur CHLP 2015	Valeur région 2015	Valeur nationale 2015
Maîtrise de l'anémie	78%	89%	91%	91%
Surveillance du statut martial du patient traité par ASE	59%	76%	72%	80%
Surveillance du bilan phosphocalcique	100%	100%	98%	92%
Réalisation des dosages en milieu de semaine	74%	94%	927%	83%
Surveillance sérologique des hépatites	100%	100%	91%	93%
Appréciation de l'épuration	98%	100%	90%	89%
Respect prescriptions médicales de dialyse	90%	83%	89%	80%
Statut nutritionnel	98%	61%	71%	87%
Consultation diététicienne	0%	17%*	40%	43%
Evaluation de l'accès à la transplantation	78%	30%	72%	74%

Résultats 2015

*Un temps diététicienne est alloué depuis novembre 2015 au suivi des patients IRCT

Indicateurs polaires et résultats

Différents indicateurs sont suivis mensuellement au niveau des unités de soins du pôle médecine (évaluation et réévaluation de la douleur, de l'indice de masse corporelle (IMC) dans les 48h suivant l'entrée, du remplissage des macro-cibles d'entrée dans le DPI, de la traçabilité de la personne de confiance et de l'échelle de Braden). Sont également évalués le nombre d'entretiens mensuels patient/famille/cadre, ainsi que le port de bijoux par les personnels médicaux et paramédicaux. **Ces indicateurs sont en nette progression par rapport à 2014.**

	Entretien Patient/famille /cadre	Port de bijoux	Traçabilité de la personne de confiance	IMC	Douleur et ré-évaluation	Macro Cible accueil	Risques d'escarres	Inventaire des biens	Signes vitaux	Taille /poids
2014	9 par mois Délai 4 jours Durée 30 min	79% zéro bijou	49 %	85%	72%	91%	43%	90%	88%	81%
2015	14 par mois Délai 3 jours Durée 20-30 min	84% zéro bijou	78 %	95%	83%	95%	72%	92%	100%	93%

Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) réalisées

Des audits et évaluations annuelles sont conduits au sein des services par l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (cathéters veineux périphériques, port de bijoux, précautions standard, préparation cutanée de l'opéré, ...).

Ces EPP font l'objet d'une analyse des résultats, et sont suivies de la mise en place et de la réévaluation d'actions correctives au sein des unités.

En 2015, une EPP DPI et une EPP Flash (armoire à pharmacie, armoire à linge, chariot d'urgence, préparation des injectables, collecteurs...) ont été conduites.

L'analyse des résultats des EPP 2015 a conduit à ré-orienter les indicateurs polaires 2016, en ciblant notamment la traçabilité de la date prévisionnelle de sortie (DPS) dans les premières 48 heures et la macrocible « sortie ».

Pôle Femme Enfant - MDA

Chef de pôle : **Dr. Hazem Khalifé**
Cadre de pôle : **Laurence Fourcade**
Cadre administratif de pôle : **A Catherine**
Gex Directeur référent : **Clotilde Bancel**

46
lits

4
places

Capacités

Activités médicales

- Obstétrique
- gynécologie
- orthogénie - CPEF
- néonatalogie
- Pédiatrie
- Psychologie de l'adolescent

Evolution de l'activité

Sur l'ensemble du pôle, l'activité est stable. La diminution du nombre de séjours (-3.7%) concerne essentiellement les activités de Gynécologie, Obstétrique et Adolescent, alors que les spécialités de Néonatalogie et Pédiatrie confortent leur activité. D'une manière globale, le taux d'occupation du pôle est plutôt stable avec une DMS en légère baisse sur l'ensemble des unités du pôle, hors l'unité Adolescents. L'inflexion du nombre de consultations est liée à l'activité externe moindre en pédiatrie (absentéisme médical), les actes d'échographies augmentent encore.

	2015	2014	Ecart
Séjours	4288	4455	-3.7 %
HC	3627	3760	-3.5 %
HJ	575	610	-5.7 %
Séances	86	85	+1.1 %
Consultations pub.	12878	14562	- 2.9%
Echographies	5581	5278	+2.7%
Taux occupation	68.5%	67.5 %	+0,1%
DMS	3.03	3.10	-2.23%

HC : hospitalisation complète

HJ : hospitalisation de jour

DMS : durée moyenne de séjour

Evénements majeurs de l'année

Nous retiendrons :

- L'Arrivée du Dr Salles Clémence, en pédiatrie néonatalogie, assistant spécialiste à temps partagé avec le CHU de Besançon.
- La Visite de Certification V2014 de l'HAS, qui valide le Management de la prise en charge du patient en secteur à risque naissance ainsi que les 3 parcours patients réalisés sur le pôle selon la méthode du «patient traceur».
- La signature en Septembre, de l'avenant à la convention PRADO Maternité, qui inclut désormais l'ensemble des patientes à bas risque, quel que soit leur mode d'accouchement.
- L'engagement du pôle dans l'amélioration du parcours patient externe.
- L'Audit organisationnel et la formation réanimation néonatale en simulation haute fidélité pour tous les professionnels du secteur naissance : 2 sessions réalisées en 2015, qui seront complétées par une 3è session en 2016.
- Le démarrage, à la maison des adolescents, du projet SNAQC, pour les adolescents présentant des troubles du comportement alimentaire, avec la mise en place de l'atelier psycho corporel et le groupe de parole pour les parents.

Déclinaison du projet médical d'établissement

- Identifier les vulnérabilités sociales, émotionnelles et psychologiques des patientes enceintes et leur proposer le soutien le plus adapté pour préparer la naissance.
- Organiser les retours au domicile des couples mère/enfant, selon leurs besoins, en coordination avec les professionnels du réseau de proximité.
- Favoriser la sécurité de la prise en charge néonatale en secteur naissance en améliorant la compétence collective.
- Instaurer la mise en place de la pompe à insuline en pédiatrie au cours d'un séjour programmé, en lien avec le réseau d'aval et dans le cadre d'un nouveau parcours de soin.
- Optimiser le dispositif d'annonce en sénologie.
- Optimiser le parcours patient externe des consultants sur le pôle.

Déclinaison du projet de soins

Les actions suivantes ont été réalisées:

- Création du staff psychosocial, bimestriel réunissant les professionnels de la maternité, du service de néonatalogie, de la PASS, de la PMI et du secteur libéral.
- Réorganisation des prestations externes sages femmes permettant d'identifier des créneaux d'entretien prénatal précoce.
- Mise en place d'une feuille de liaison permettant la continuité de la prise en charge en post partum.
- Réalisation de 2 sessions de formation, en interdisciplinarité et par la méthode de la simulation haute fidélité, en réanimation néonatale, associée à un audit organisationnel des locaux et du matériel.
- Mise en place d'une formation à destination des IDE avec réalisation

d'un atelier pratique concernant la pompe à insuline.

- Poursuite de la formation des IDE de gynécologie au sein du réseau de cancérologie Oncolie et identification d'une plage hebdomadaire dans l'organisation de travail, permettant de réaliser l'entretien paramédical d'annonce.
- Audit de l'organisation de travail des secrétaires dans l'objectif de proposer, en 2016, un accueil médico administratif unique des consultants du pôle.

Ressources humaines

Le pôle dispose de 92 équivalents temps plein (ETP), dont 11 personnels médicaux.

Grade	ETPmoyens rémunérés	ETPmoyens rémunérés	Ecart en ETP	Ecart en %
	2015	2014		
Médecin	10,62	10,63	-0,01	-0,1%
sages femme	17,96	17,79	0,17	1,0%
psychologue	1,56	1,5	0,06	4,0%
IDE	18,99	18,45	0,54	2,9%
AS/AP	26,4	28,01	-1,61	-5,7%
ASH	9,52	9,57	-0,05	-0,5%
personnel adm.	7,36	7,9	-0,54	-6,8%
TOTAL	92,41	93,85	-1,44	-1,5%

IDE : infirmier(ère)

AS /AP: aide-soignant(e)/auxiliaire de puériculture

ASH : agent des services hospitaliers

pers. Adm. : personnel administratif

ETP : effectif temps plein

L'évolution globalement constatée (-1.44

ETP environ) s'explique par :

- Une baisse significative de l'absentéisme des professionnels non médicaux et sage femme.
- Le recrutement d'une sage femme cadre de pôle en fin d'année 2014.

Indicateurs spécifiques

- Taux d'adhésion des patientes éligibles au dispositif PRADO Maternité : **84%**

Principales réalisations en matière de démarche qualité

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

Prévention et prise en charge de l'Hémorragie du Post Partum Immédiat	Secteur naissance		
▪ surveillance clinique minimale en secteur naissance après l'accouchement	75%	B	↗
▪ prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après l'accouchement	90%	B	=
▪ prise en charge initiale de l'hémorragie du post partum immédiat	68%	B	non disponible en 2013

Résultats 2015 (comparés à ceux de 2013)

Mesure de la satisfaction des usagers

Evaluation de la satisfaction des patientes concernant le suivi au domicile en sortie de maternité : Près de 80% des patientes ont répondu à l'enquête de satisfaction réalisée à 12 jours de la sortie et **99.1% d'entre elles sont totalement satisfaites**. 31% apprécient de ne pas avoir à se déplacer, 21% d'être rassurée par la sage femme, 18% de bénéficier de conseils et 13.5% d'être prise en charge en sortie de maternité.

Indicateurs polaires et résultats

Les indicateurs suivants font l'objet d'un suivi annuel ou d'une évaluation ponctuelle au niveau des unités de soins du pôle.

Nombre de naissance	Taux de césarienne	Taux de péridurale	délais d'extraction césarienne « code rouge »	Taux d'allaitement maternel initié	Evaluation de la douleur de l'enfant	Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (moyenne pôle)	Taux d'IVG médicamenteuses
1012	10.8%	74.4%	100% conformes	63.8%	93% maternité 90% néonatalogie-pédiatrie	4.05 jours*	49.5%

*(dictée numérique- 2è semestre 2015)

Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) réalisées

- Un CREX concernant le PRADO Maternité, réunissant l'ensemble des professionnels impliqués dont la CPAM et les sages femmes libérales, a permis d'évaluer le dispositif et de définir une organisation optimale au bénéfice des patientes, garantissant un délai de suivi au domicile dans les 48H suivant la sortie, sur l'ensemble du territoire concerné.
- les déchirures périnéales du 3è et 4è degré survenant au cours de l'accouchement ont fait l'objet d'une RMM, qui a permis de vérifier un taux de survenue similaire à celui retrouvé dans les études comparatives et proposer des mesures préventives simples pour limiter leur incidence.
- L'évaluation de la prise en charge de la douleur de l'enfant en maternité et pédiatrie-néonatalogie montrent une nette progression de l'indicateur et valident l'appropriation du choix de l'échelle de mesure utilisée, parmi le panel d'outils disponibles.

Pôle Gériatrie

Chef de pôle : **Dr. Marie-Line LEGUILLOUZIC**
 Cadre de pôle : **Janine LANET**
 Cadre administratif de pôle : **Valérie GALLET**
 Directeur référent : **Ghislain DURAND**

140
lits

2
places

Capacités

Activités médicales

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

Evolution de l'activité

-secteur d'hospitalisation

Sur l'ensemble du pôle, l'activité est visiblement identique à l'année précédente.

Le service de médecine gériatrique a une activité constante. D'une manière générale, les services de SSR ont vu leur DMS sensiblement baisser (-5.6j pour l'UCC, -2.5j pour le SSR gériatrique).

Globalement, le taux d'occupation du pôle est plutôt stable.

	2015	2014	Ecart
HC (MCO)	7822	7956	-1.70 %
HC (SSR)	18492	18388	+1.53%
HJ(SSR)	636	623	+2.1 %
Consultations	206	230	-10.43%
Tx occupation	92.64 %	91.76 %	+0.95%
DMS (MCO)	9.1	9.1	+0%
DMS (SSR)	32.5	34.9	-6.87%

HC : journées d'hospitalisation complète

HS : hospitalisation de semaine

HJ : hospitalisation de jour

DMS : durée moyenne de séjour

-secteur hébergement

	2015		2014		écart	
	ehpad	usld	ehpad	usld	ehpad	usld
T0	99,5%	97,49%	99,44%	96,2%	+0,06%	+1,32%

T0 : taux d'occupation

Evénements majeurs de l'année

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

- Gestion d'une épidémie de gale qui a nécessité la désinfection de 5 unités sur 6 du pôle et qui a conduit à une reconnaissance en maladie professionnelle pour 11 agents. Déclenchement du plan canicule ;
- Déclenchement du plan canicule ;
- Lancement des CS d'onco gériatrie un après-midi par semaine, par le Dr AMIROUCHE ;
- Certification secteur sanitaire ;
- Départ du CCS du pôle en fin d'année, après une longue absence ;
- Ouverture du pôle sur les EHPAD du territoire de santé de Dole, par le biais d'une conférence sur « le refus de soins » animée par le Dr PLASSARD, gériatre ;
- Conseil de la Vie Sociale rassemblant les représentants des usagers, des familles et de la direction de l'Etablissement : 3 réunions où ont été exposés la situation financière, le bilan de l'activité d'animation, des données relatives à la gestion des risques.

Déclinaison du projet médical d'établissement

L'année 2015 a été l'occasion de poursuivre la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles qui a conduit aux :

- Développement de la bientraitance
- Développement de la réflexion éthique autour de la prise en soins des patients/résidents
- Développement de la culture palliative

Déclinaison du projet de soins

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

- Poursuite de la Formation polaire portant sur la « Prise en charge de la personne démente ».
- Développement des staffs éthiques au sein des unités du pôle, en collaboration avec le Dr SCHNEIDER.
- Participation à un groupe de travail régional (REQUA) : formalisation d'un protocole de mise en place d'une contention.
- Etablissement d'un cahier des charges pour la mise en place d'une formation polaire portant sur la « Culture palliative et le questionnement éthique en Gériatrie ».
- Mise en place d'un groupe de travail polaire et pluridisciplinaire visant à développer la démarche palliative en gériatrie en collaboration avec l'EMSP.
- Travail de recherche en soins infirmiers portant sur la mesure du bien être et du confort des patients/résidents non communiquant, en EHPAD/USLD.
- Participation au Chantier « Articulation entre Etablissements Sanitaires et Etablissements médico-sociaux ».
- Projet polaire d'encadrement des stagiaires qui fait suite à l'organisation

d'un temps d'accueil, en partenariat avec l'IFSI de Dole (projet présenté en Conseil Pédagogique en présence d'un représentant de l'ARS)

Ressources humaines

Les effectifs sont relativement stables

Grade	Effectifs Travaillés Oct 2015	Effectifs Travaillés Oct 2014	Ecart en ETP	Ecart en %
Médecin	5.70	6	-0.30	-5%
IDE	28.93	30.65	-1.72	-5.61%
AS	58.33	58.43	-0.10	-0.17%
ASH	25.46	26.33	-0.87	-3.30%
AMA	5.31	3.30	+2.01	+60.9%
Pers. educ	0.80	0.80	+0	+0%
ergo	0.70	0.70	+0	+0%
psycho	1.65	2.14	-0.50	-22.89%
kiné	1.29	1.35	-0.06	-4.44%
TOTAL	122.47	123.7	-1.23	-0.99%

Indicateurs spécifiques

Des EPP spécifiques ont été réalisées au sein du pôle et portaient sur:

-La tenue du chariot d'urgence faisant suite à une procédure de gestion mutualisée du chariot d'urgence entre le service de Réadaptation gériatrique et le Court séjour gériatrique.

-La gestion du linge en secteur d'hébergement afin d'optimiser les pratiques de soins et maîtriser au mieux le risque infectieux auprès des patients/résidents.

Ces EPP, de même que les EPP institutionnelles, font l'objet d'une analyse des résultats, suivie de la mise en place et de la réévaluation d'actions correctives au sein des unités concernées.

Principales réalisations en matière de démarche qualité

Mesure de la satisfaction des usagers

- Enquête de satisfaction auprès des résidents, en février-mars 2015.

Gestion des risques

- Participation à un groupe de travail régional (REQUA) portant sur l'analyse des risques liés à l'hospitalisation d'un résident d'EHPAD, dont la finalité est l'élaboration d'une cartographie des risques et l'organisation d'une prise en soins adaptée et sécurisante.
- Rédaction d'un guide répertoriant l'ensemble des mesures visant à optimiser la maîtrise du risque infectieux associé aux aliments apportés par les visiteurs aux résidents. Ce document ressource est destiné aux directeurs/ médecins coordonnateurs / IDEC, professionnels et bénévoles, et Résidents/Familles/visiteurs
- Analyse des chutes par un Groupe interdisciplinaire en secteur Hébergement; 4 réunions ont permis d'analyser 83 chutes.

Taux de chutes par résident	Taux de chutes ayant entraîné une hospitalisation	Taux de chutes évitables* :
52%	1,2%	13.25%

***La chute évitable** est une chute mécanique chez un résident qui ne présente pas de troubles cognitifs, capable d'apprécier le risque et d'autoévaluer ses capacités d'autonomie ou ses limites

- Poursuite de la politique de signalement des événements indésirables dans les autres unités.

Indicateurs polaires et résultats

Différents indicateurs sont suivis mensuellement au niveau des unités de soins du pôle gériatrique (évaluation de la douleur, indice de masse corporelle (IMC) dans les 48h suivant l'entrée, traçabilité de la personne de confiance et de l'échelle de Braden). Sont également évalués le nombre d'entretiens mensuels patient/famille/cadre pour le secteur hébergement, le délai d'envoi du courrier pour le court séjour gériatrique.

Traçabilité de la personne de confiance IMC	Douleur	Evaluation du Risques d'escarres	Inventaire des biens	Délai d'envoi du courrier(MCO)	Critères d'accueil personnalisé	Entretien D'adaptation	Traçabilité de la personne de confiance	Traçabilité des directives anticipées	
73 %	90%	96%	91%	90%	7.8j	67.85%	60.71%	93%	39%
En secteur d'hospitalisation					En secteur Hébergement				

Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) réalisées

Des audits et évaluations annuelles sont conduits au sein des services par l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (entretien office alimentaire, réfrigérateurs, chariot de coursier, port de bijoux, précautions standard, préparation cutanée de l'opéré) et le service Qualité (tenue de l'armoire à pharmacie, tenue du Dossier Patient Informatisé, IPC Escarre, chambre des erreurs).

Pôle BASCC-MPR

(bloc, anesthésie, soins continus, chirurgie, médecine physique et réadaptation)

Chef de pôle : **Dr. Yann Le Guillouzic**
 Cadre de pôle : **Nadine Bonnin**
 Cadre administratif de pôle : **Corinne Echenoz**
 Directeur référent : **Dr. Jean-Philippe Meyer**

71 lits	21 places
Capacités	

Activités médicales

- Chirurgie viscérale et vasculaire
- Chirurgie ortho-traumatologique
- Consultations chirurgicales
- 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

Evolution de l'activité

On note, sur l'ensemble du pôle, une diminution de l'activité sur tous les secteurs en 2015. La diminution des séjours en chirurgie ambulatoire est très fortement liée à la perte quasi totale de l'activité d'ophtalmologie en raison du départ d'un ophtalmologiste et ceci malgré l'augmentation de 22,5 % des prises en charge sur ce mode pour la chirurgie viscérale et vasculaire.

	2014	2013	Ecart
Séjours	4 293	3 464	-19,5 %
Séjours ambu.	2 318	1 789	-22,8 %
Tx chir. ambu.	47,7 %	52,2 %	4,52 %
HDJ SSR	1 599	1 571	-1,75 %
DMS	6,94	7,38	6,3 %
Tx occupation	78,94 %	76,52 %	-2,42 %
Consultations	13 989	13 121	-6,22 %

HC : hospitalisation complète HDJ

: hospitalisation de jour DMS :

durée moyenne de séjour

Séjours ambu. : nombre de séjours en chirurgie

ambulatoire Tx chir. ambu. : taux de chirurgie ambulatoire

Evénements majeurs de l'année

L'année 2015 a vu s'engager les réflexions et actions suivantes :

- rapprochement des unités de chirurgie viscérale/vasculaire et ortho-traumatologique s'est concrétisé fin novembre 2015 après une phase importante de réflexions architecturales et organisationnelles ;
- Collaboration accrue avec la CPAM dans le cadre du PRADO Orthopédie ;
- Mise en place d'une ligne d'astreinte en Salle de Surveillance Post-Interventionnelle le week-end (SSPI)
- Réflexion d'une coopération d'ophtalmologie amorcée avec le CHRU de Besançon (concrétisation prévue début 2016) ;
- Accueil de consultations d'autres spécialités au sein des consultations externes (néphrologie) ;
- Engagement d'une réflexion sur la création d'un centre de prélèvement de biologie médicale sur le site des consultations externes ;
- Formation de nouveaux préleveurs à l'UPOT.

Déclinaisons du projet médical d'établissement

Le pôle a principalement axé ses actions sur deux grands axes du projet médical :

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

- Prise en charge de nouvelles interventions sur un mode ambulatoire ;
- Participation de l'appel à projet lancé par l'ARS dans le cadre de la diminution des durées de séjours pour les interventions de niveau 1 ;
- Développement de la politique de communication avec le secteur extra-hospitalier (création d'un flyer de présentation à destination des médecins de ville, enquêtes de satisfaction réalisées auprès des médecins traitants et des usagers) ;
- Anticipation de la sortie du patient dès le rendez-vous pré-opératoire ;
- Simplification de la procédure et extension des critères d'inclusion en collaboration avec les conseillères de l'assurance maladie dans le cadre du PRADO orthopédie

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

- Mise en œuvre de la fusion des unités de chirurgie conventionnelle (diminution capacitaire avec possibilité d'ouvrir des lits tampons en cas de pics de suractivité) ;
- Adaptation des capacités d'accueil en regard de l'activité (diminution de capacités d'accueil – fermetures temporaires d'unités)

Déclinaisons du projet de soins

Pour donner corps au projet de soins 2015/2019, les actions suivantes ont été mise en place au niveau du pôle BASCC/MPR :

- Pérennisation du groupe pluri professionnel « prise en charge de la douleur péri-opératoire » et développement d'autres approches (hypnose, toucher relationnel...) ;
- Approche pluridisciplinaire polaire des patients porteurs de prothèse totale de hanche dans le cadre du développement de l'éducation thérapeutique ;
- Mise en place du passeport patient en chirurgie ambulatoire ;
- Formalisation des fiches interventions par spécialités chirurgicales ;
- Développement des formations en simulation pour les IADE ;
- Pré-admission administrative pour les entrées programmées ;
- Systématisation des réunions interdisciplinaires en MPR ;
- Suivi des bonnes pratiques au sein des unités grâce à la mise en place de référents dans de nombreux domaines (hygiène, plaie et cicatrisation, DPI, incontinence, transfusion sanguine...)

Ressources humaines

On relève, comme en 2014, une baisse des effectifs, notamment liée à la fusion des unités de chirurgie sur le dernier mois de l'année, dont l'effet comptabilisé en année pleine sera encore plus objectivable en 2016.

Par ailleurs, le redéploiement des personnels non médicaux lors des variations d'activité a permis de couvrir l'absentéisme, ou d'intervenir ponctuellement sur les autres services de l'établissement à hauteur de 4 539 heures soit 2,9 ETP.

Grade	ETP 2015	Ecart / 2014 (valeur)	Ecart / 2014 (%)
Cadres de santé	4,07	+ 0,36	10%
IDE	68,19	-0,98	-1%
Pers. rééduc.	12,99	-0,99	-8%
AS/Int.	36,79	-1,32	-3%
ASH	16,08	-0,62	-4%
AMA	12,19	+ 0,08	1%
Autres	0,89	+ 0,44	98%
TOTAL	150,34	-3,04	-2%

IDE : infirmier(ère)

AS : aide-soignant(e)

Int. : intendante

Pers. rééduc : personnel de rééducation (kinésithérapeute,...)

ASH : agent des services hospitaliers

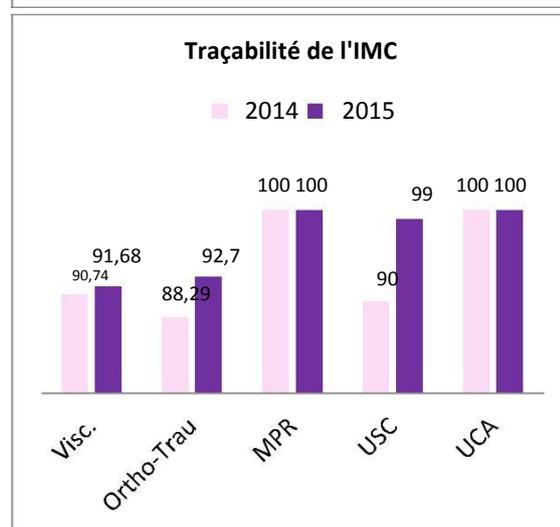
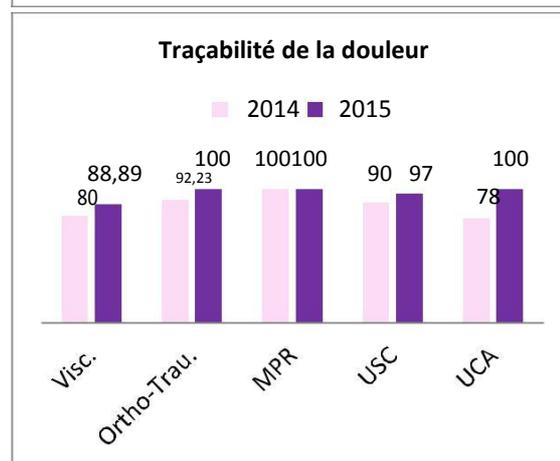
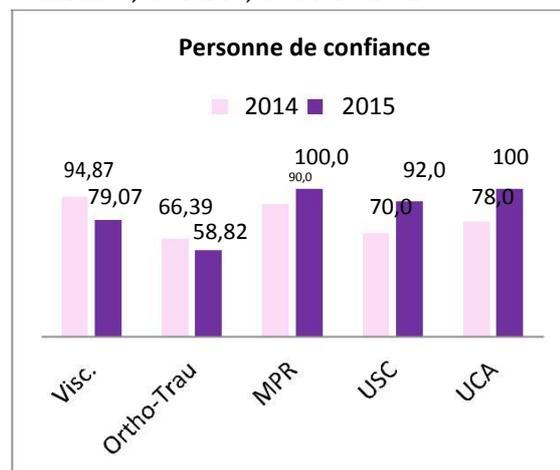
AMA : assistante médico-administrative

ETP : effectif temps plein

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 2015, des évaluations ont été réalisées sur les thématiques suivantes :

- Prise en charge de la douleur péri-opératoire en unité de chirurgie ambulatoire ;
- Utilisation des substituts nicotiques en phase péri-opératoire ;
- Utilisation de la check-list d'hospitalisation ;
- Récupération des questionnaires de sortie ;
- Traçabilité de la douleur liée aux soins en consultation ;
- Surveillance d'une transfusion en chirurgie.

La satisfaction des usagers a été mesurée dans le cadre d'une collaboration avec le REQUA en chirurgie ambulatoire et en Médecine Physique et Réadaptation. Les résultats sont tout à fait conformes aux attendus, voire supérieurs.

Les chartes et règlements sont révisés annuellement.

La cartographie des risques est réalisée ou initiée dans tous les secteurs et fait l'objet d'un réajustement si besoin.

La préparation à la certification a été l'occasion de réaliser et d'analyser le parcours d'un patient traceur en chirurgie, en chirurgie ambulatoire et en MPR.

Quelques autres indicateurs plus spécifiques suivis

En chirurgie ambulatoire

Indicateurs -en %-	2014	2015
Taux de conversion	1,22	1,50
Taux d'annulation	13,53	10,03
Taux de ré-hospitalisation	0,29	0,22

Le taux important d'annulations en 2014 a fait l'objet d'une analyse rapprochée en 2015 qui a nécessité de créer un outil informatique adéquat. Ce travail a été réalisé en collaboration avec le service informatique qui a produit un logiciel de recueil spécifique.

En 2015, le taux d'annulations qui reste encore élevé comparativement aux autres établissements de la région, a permis d'objectiver que dans 38 % des cas, ce sont les patients qui annulent leur intervention. Le taux de conversion est conforme aux attendus et le taux de ré-hospitalisation reste faible signant une typologie de patients adéquate avec ce type de prise en charge.

En unité de surveillance continue

Indicateurs -en %-	2014	2015
% patients ventilés	12,72	16,4
% patients sous VNI	19,81	22,44
% patients sous amines	6,63	13,91
IGS moyen	35,03	37,45

On observe en 2015, une prise en charge de patients plus lourds en USC.

Pôle urgences

Chef de pôle : **Dr Sylvain GIBEY** Cadre
de pôle : **Marie-Ange BOICHUT**
Cadre administratif de pôle : **Bastienne JOUBERT**
Directeur référent : **Xavier HUARD**

Activités

- Service d'accueil des urgences (10 box)
- SMUR (2 lignes)
- UHTCD (4 lits)
- Dépôt de sang
- CESU
- PASS
- Brancardage
- Centre de dépistage anonyme et gratuit
- Urgences psychiatriques (service géré par le CHS de Saint-Ylie)

Evolution de l'activité

L'activité du service d'urgences est en constante progression depuis plusieurs années. Le tableau ci-dessous met en exergue une hausse de 4% du nombre total de passages en 2015 par rapport à 2014. Le recours facilité au service d'urgence par rapport à la médecine de ville explique en partie la croissance de 4,36% du nombre de passages externes. 28% des patients admis aux urgences sont hospitalisés après leur passage. La majorité de ces patients sont accueillis dans un service du pôle médecine. Concernant l'activité d'UHTCD, nous constatons en 2015, une augmentation de 6,9%. La DMS de 1,5 jour est proche de la cible à laquelle le service s'est engagé, à savoir 1 jour. La majorité des patients accueillis à l'UHTCD sortent à domicile à l'issue de leur hospitalisation (63%). 11% sont orientés au service d'urgences psychiatriques, 16% sont transférés dans un autre établissement et 10% sont orientés dans une unité de soins de l'établissement.

	2015	2014	Ecart
Passages hospitalisés et transfert	8 112	7 861	3,19%
Passages externes et décès	20 520	19 661	4,36%
Totaux passages	28 632	27 522	4%
Entrées UHTCD	1 500	1 403	6,9%
Nombre journées UHTCD	2 304	2 229	3,36%
DMS UHTCD	1,5	1,6	
Taux occupation UHTCD	157,81%	152,67%	

Les chiffres d'activité présentés ci-après sont issus des données Cpage i.

L'activité du SMUR est en baisse en 2015 : 1 464 sorties (1 590 en 2014), soit une moyenne de 4,01 sorties journalières. Ce sont les sorties secondaires qui ont fortement diminué. Ceci se justifie par la mise à disposition de la région Franche-Comté d'un hélicoptère prévu aux transferts secondaires. D'ailleurs, nous constatons une forte hausse de l'usage de l'hélicoptère en 2015 ; puisque celle-ci a été utilisée 140 fois (36 en 2014).

Par ailleurs, le nombre de PSL (produits sanguins labiles) transfusés sur l'année 2015 poursuit sa diminution (1 887 en 2015, 1 939 en 2014).

L'activité du CESU quant à elle est en augmentation en 2015. 799 personnes ont été formées (644 en 2014). Cette hausse correspond majoritairement à la participation aux formations d'agents du CHLP.

L'activité de la PASS est globalement en progression. La forte hausse des consultations médicales est liée à l'arrivée de Mme LESTRADET début 2015, en tant que médecin bénévole.

	2015	2014	Ecart
Nombre d'usagers accueillis à la PASS	339	304	35
Consultations sociales	639	600	39
Consultations PASS dentaire	94	99	- 5
Consultations médicales	74	14	60
Consultations psychologiques	197	128	69

Pour terminer, le tableau ci-dessous présente l'activité du centre de dépistage anonyme et gratuit. Les consultations sont assurées par le Docteur CHAVANNE tous les mercredis après-midi de 14h00 à 17h00 sur le site des consultations externes.

Indicateurs d'activité	2015	2014	Ecart
Nombre total de consultations	195	249	- 21,5%
Activité VIH dont dépistage	107	136	- 22%
Activité VHC	39	40	- 2,5%
Activité VHB	82	59	39%

Événements majeurs de l'année

Divers événements ont ponctué le pôle urgences en 2015 :

- Plusieurs mouvements médicaux :
 - Diminution des quotités de travail
→ Dr SOUMMANE (passage 50% SAU, 50% médecine polyvalente), Dr SELLAK (passage de 100 à 60% au SAU).
 - Les arrivées → au SAU, arrivées de 3 médecins à temps plein : Dr FORGET, Dr DEQUINCEY, Dr ROYET et du Dr PETIGNY à hauteur de 30%. Le Dr Catherine LESTRADET assure à titre bénévole des consultations médicales à la PASS, une ½ journée par semaine depuis février 2015.
- La visite de certification V2014. Le service d'urgence représentant une « pratique exigible prioritaire » a été audité dans le cadre de la prise en charge des urgences et des soins non programmés. Les conclusions du rapport de visite sont très positives (aucune recommandation).
- Exercice de grande ampleur NOVI à l'aéroport de Tavaux suite à un crash d'avion le 30/09/2015. Cet exercice décidé par le Préfet a mobilisé un grand nombre de professionnels médicaux et paramédicaux du service d'urgences. Il s'est ensuite décliné en plan blanc au sein du CHLP. Participation active des

responsables du CESU 39 (réunions en préfecture, informations et débriefing des équipes du CHLP...).

- Exercice armement de l'UFDH le 08/12/2015. Cet exercice dont le scénario était un accident chimique à l'usine Solvay s'est déroulé sans aucune difficulté. L'équipe opérationnelle de décontamination a été très efficace et dans la maîtrise de ses actions. Une bonne coordination de l'ensemble des services impactés par cet exercice a été remarquée.

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 poursuivies en 2015. Le contexte institutionnel et régional n'a pas permis d'avancer sur deux axes que sont le renforcement de la présence médicale aux services d'urgences/SMUR/UHTCD et la réorganisation des 2 lignes SMUR au CHLP. Concernant l'augmentation de la capacité en lits de l'UHTCD ; elle est, de fait, effective de manière régulière avec la prise en charge de 5 à 6 patients simultanément.

Déclinaison du projet de soins

Conformément au projet de soins 2010-2014, différentes actions ont été déployées en lien avec les fiches actions suivantes :

- Promouvoir la bientraitance au sein des unités et services de soins : mise en place d'un micro-projet de bientraitance au service de médecine d'urgence. Réalisation d'une Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) avec proposition d'axes d'amélioration.
- Assurer une prise en charge efficace de la douleur : conduite d'une EPP "prise en charge de la douleur chez l'enfant" au SMU avec propositions d'amélioration. 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. 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 : Mise en place de 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".
- Améliorer la prise en charge des patients handicapés au sein du CHLP : mise en place d'une procédure spécifique relative à la prise en charge des patients handicapés aux urgences et sensibilisation des équipes.

Ressources humaines

Le pôle comprend 72,55 équivalents temps plein (ETP), dont 11,33 personnels médicaux (données issues du bilan social).

Grade	Effectifs rémunérés Déc. 2015	Effectifs rémunérés Déc. 2014	Evolution 2015/2014
Médecin	11,33	13,32	- 14,98%
IDE	24,97	24,88	0,37%
AS	12	11,93	0,58%
ASH	14,77	14,83	- 0,42%
Personnel administratif et direction	6,48	6,33	2,30%
CESF	1,00	1,00	0,00%
Personnel ouvrier	2,00	2,00	0,00%
TOTAL	72,55	74,29	-2,35%

IDE : infirmier(ère)

AS : aide-soignant(e)

ASH : agent des services hospitaliers

CESF : conseillère en économie sociale et familiale

La diminution des effectifs globaux s'explique par la baisse des effectifs médicaux. Les effectifs paramédicaux sont relativement stables, mis à part une légère hausse des personnels administratifs en 2015 qui correspond au remplacement d'un congé maternité d'une secrétaire.

Principales réalisations en matière de démarche qualité

En 2015, les principales réalisations en la matière sont

- des Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) dont les principales sont : EPP "pansement de brûlure aux urgences", EPP "temps d'attente aux urgences", EPP relative à la sécurité transfusionnelle (en lien avec le Réqua), EPP « surveillance des constantes lors de transfusion », EPP relative à la délivrance de PSL dans un contexte d'urgence vitale immédiate ;
- la réactualisation de la charte du service d'urgence ;
- la réactualisation du document « parcours d'intégration des nouveaux IDE, AS aux urgences » ;
- la mise en place d'un groupe de travail relatif au tutorat des étudiants aux urgences ;
- la formalisation d'une charte spécifique « SMUR » relative à la sécurité et aux bonnes pratiques ;
- la rédaction du profil et de la fiche de poste du conducteur ambulancier ;
- la rédaction d'outils de traçabilité relatifs à la vérification des matériels et véhicules SMUR ;
- la révision des protocoles d'hygiène des véhicules et des sacs SMUR ;
- l'élaboration de la cartographie des risques au brancardage ;
- la révision du protocole décès ;
- la formalisation de procédures à la PASS dentaire.

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

L'activité totale du service d'imagerie médicale (hospitalisés/externes) est en diminution de 3,1% en 2015. Cette baisse s'explique par la problématique de pénurie médicale rencontrée à certains moments de l'année. Le recours à la téléradiologie et l'intervention des radiologues privés sur les vacations de scanners ont permis, néanmoins, de maintenir cette activité avec une légère hausse de 2,1%.

Imagerie médicale			
	2015	2014	Ecart
Scanner	13 573	13 297	2,1%
Radiographie	32 580	33 002	- 1,3%
Echographie	3 434	4 790	- 28,3%
IRM	749	848	- 11,7%

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

Concernant le laboratoire, l'activité présentée ci-dessous se réfère uniquement à la nomenclature des actes de biologie médicale. Elle ne mentionne pas toutes les activités parallèles (temps qualité, missions transversales...). La moyenne de dossiers traités par jour est de 259 (260 en 2014).

Biologie médicale

	2015	2014	Ecart
Total actes transmis à l'ARS	399 904	403 556	- 0,9%
Total B	13 256 802	13 207 362	0,4%

Le nombre de réceptions (colis et palettes reçues) et de lignes de commandes permet de mettre en évidence l'activité du service pharmacie. Par ailleurs, l'activité relative à l'analyse pharmaceutique des prescriptions médicales informatisées (nombre de lignes** dans le tableau ci-dessous) reste stable avec une baisse de 0,3%. Enfin, il est à noter une augmentation considérable du nombre de préparations réalisées à l'Unité de Reconstitution des Cytostatiques (UCR). Ceci s'explique aisément par l'augmentation d'activité des oncologues du CHU de Besançon au CHLP.

Pharmacie

	2015	2014	Ecart
colis	7 544	7 944	- 5%
Palettes	577	589	- 2%
Lignes de commandes	17 920	17 148	4%
Nombre de lignes**	141 808	142 286	- 0,3%
Nombre de préparations à l'UCR	2 634	1 257	110%

Concernant la stérilisation, les données présentées ci-dessous mettent en exergue une diminution de l'activité qui est en lien direct avec une diminution de l'activité au bloc opératoire.

Laveurs désinfecteurs

	2015	2014	Ecart
Nombre cycles	3 683	3 745	- 1,7%
Nombre paniers	22 216	22 721	- 6,7%
Nombre paniers colio	481	503	- 4,4%
Nombre sabots	17 694	21 695	- 6,8%
Autoclaves			
Test vide	107	113	- 5,3%
Test BD	355	372	- 4,6%
Cycles containers	1 439	1 545	- 6,9%
Volume en m3	466	501	- 7%
Nombre paniers	3 363	3 462	- 2,9%
Packs + conteneurs	7 891	9 124	- 13,5%

Pour terminer, les données relatives aux consultations individuelles réalisées par les

diététiciennes en externe, en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour sont stables en 2015 : 633 consultations (635 en 2014).

Evénements majeurs de l'année

Plusieurs évènements ont marqué le pôle médico-technique en 2015 :

- la modification du contour du pôle avec l'intégration du service diététique en janvier.
- La révision de la convention relative à la co-utilisation du scanner par les médecins libéraux en février. Quelques modifications d'organisation ont été ajoutées.
- La mise en place à compter du 1^{er} mai d'une fédération médicale inter-hospitalière d'imagerie médicale. Il s'agit d'une fédération tripartite intégrant le centre hospitalier intercommunal de la Haute-Saône (CHI 70), le CHU de Besançon et le CHLP. Monsieur Le Professeur DELABROUSSE, coordonnateur médical de la fédération, assure également la fonction de chef de service au CHLP.
- Le renouvellement d'un équipement de radiodiagnostic au service de radiologie permettant d'accéder aux dernières technologies. Une table télécommandée avec un capteur plan dynamique a, en effet, été installée fin d'année. Ce projet a mobilisé les équipes médicales, paramédicales et l'ingénieur biomédical à compter d'avril 2015. Un important travail de réflexion sur le réaménagement des locaux, le flux des patients, le choix des nouveaux matériels, l'adaptation des pratiques, l'organisation et le fonctionnement de cette nouvelle salle a été conduit au préalable.

- Plusieurs mouvements médicaux :
 - En radiologie, la fédération a permis l'arrivée de nouveaux radiologues : Dr DAVID Alina (tous les vendredis à compter du 15 mai), Dr REVEL Lucie (tous les lundis à compter du 12 octobre), présence ponctuelle du Dr TACHE, intégration du Dr KOVACS en tant que praticien attaché associé le 1^{er} novembre. Départ du Dr BENBORNYA le 27 juillet. Au cours de l'année 2015, le service d'imagerie médicale a eu recours à de nombreux radiologues intérimaires.
 - Au laboratoire : arrivée le 02 janvier de Maud LEMARQUAND, biologiste.
 - A la pharmacie : départ en octobre de Christiane ECARNOT, pharmacienne. Arrivée d'Alexandre PICARD le 2 novembre.
- Les évènements majeurs au service de biologie médicale concernent deux axes : les investissements matériels et l'activité.
 - Au niveau du matériel : installation d'un automate de secours en hématologie en avril, remplacement des automates gaz du sang en juin.
 - Au niveau de l'activité : réorganisation du pré-analytique, arrêt des activités Chlamydiae et myoglobine (examens transmis), transfert de l'activité D-Dimère du Vidas-BIOMERIEUX sur les Star-STAGO (optimisation du poste de travail), mise en place de l'activité PUUMALA = détection d'anticorps d'Hanta virus (en réponse au besoin des néphrologues et pour limiter le nombre de transferts à Besançon).

Déclinaison du projet médical d'établissement

Les axes relatifs au projet médical déclinés en 2015 sont les suivants :

- Assurer l'accréditation du service de biologie médicale à la norme NF EN ISO 15 189 : trois auditeurs COFRAC sont intervenus au laboratoire les 12 et 15 mai. Onze écarts non critiques ont été relevés au cours de cette visite. Un plan d'actions a été élaboré afin de lever ces écarts. Les écarts ont été levés et le COFRAC a prononcé le maintien et l'extension de l'accréditation du laboratoire sur les familles d'analyse présentées à compter du 20/10/2015. Cette accréditation selon la norme ISO 15 189 est la preuve de la compétence technique du laboratoire dans un domaine d'activité clairement défini et du bon fonctionnement dans ce laboratoire d'un système de management de la qualité adapté.
- Optimiser le fonctionnement du service d'imagerie médicale : mise en place de la fédération, installation de nouveaux équipements.
- Développer le partenariat avec la Polyclinique du parc concernant l'activité de pharmacie et stérilisation : plusieurs réunions relatives à ce projet ont été initiées en 2015. Les réflexions seront amenées à se poursuivre en 2016.

Déclinaison du projet de soins

Dans le cadre de la déclinaison du projet de soins 2010-2014, différentes actions ont été menées par les services du pôle médico-technique en 2015. Il s'agit notamment de :

- l'optimisation de la prise en charge des patients handicapés en radiologie (application des procédures formalisées dans le cadre du groupe de travail institutionnel relatif à ce thème).
- la conduite de différentes Evaluations de Pratiques Professionnelles (EPP).

Ressources humaines

Le pôle est composé de 83,70 équivalents temps plein (ETP), dont 7,01 personnels médicaux (données issues du bilan social).

Grade	Effectifs rémunérés Déc. 2015	Effectifs rémunérés Déc. 2014	Ecart en %
Médecin	7,01	7,15	- 1,90%
Personnel de direction et administratif	7,47	7,51	- 0,52%
Personnel médico-technique	47,08	47,53	- 0,95%
Personnel soignant	13,18	13,59	- 3,05%
Personnel technique et ouvrier	8,96	8,81	+ 1,64%
TOTAL	83,70	84,59	- 1,06%

Nous constatons en 2015 une diminution globale des effectifs de 1,06%.

Principales réalisations en matière de démarche qualité

En 2015, les services du pôle médico-technique ont poursuivi leur démarche qualité/gestion des risques avec pour principales actions :

- 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 l'objet de propositions d'axes d'améliorations.

- le suivi des délais de rendez-vous des examens radiologiques programmés. Les délais de rendez-vous des échographies se sont améliorés en 2015. Les délais concernant les scanners restent identiques à 2014.

- Le suivi des Non-Conformités (NC) au laboratoire : le pourcentage global des NC pré-analytiques saisies dans BIOWIN a diminué en 2015. Les NC concernent principalement le bon de prescription (44% des NC), le support de prélèvement (35% des NC), la qualité du prélèvement (12%).
- Le suivi des NC relatives au risque de validation des cycles de stérilisation. La moyenne de 2015 est en légère augmentation : 0,26% (0,14% en 2014).
- Le suivi des Dispositifs Médicaux Implantables (DMI) sur le serveur de vigilance.
- Les activités spécifiques à l'EOH : le suivi du tableau de bord (ICALIN 2 : classe A, ICSHA 2 : classe B, ICA LISO : classe A, BN à SARM), les surveillances épidémiologiques, la préparation de la certification V2014, les évaluations de pratiques, la révision de protocoles, les formations et accompagnements des professionnels.
- Le projet d'éducation des patients de néphrologie par les diététiciennes.



Les ressources

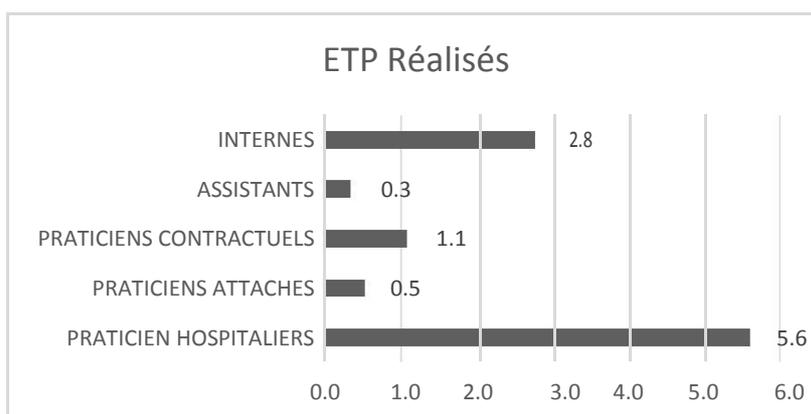
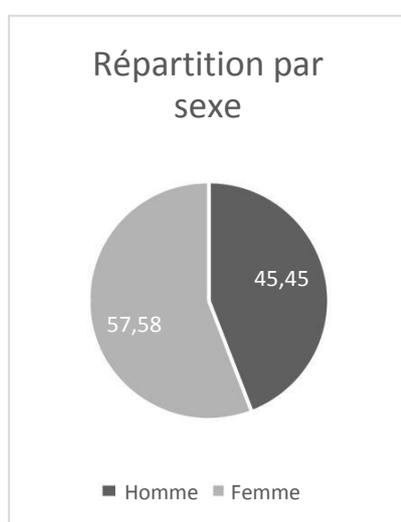
Ressources humaines

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

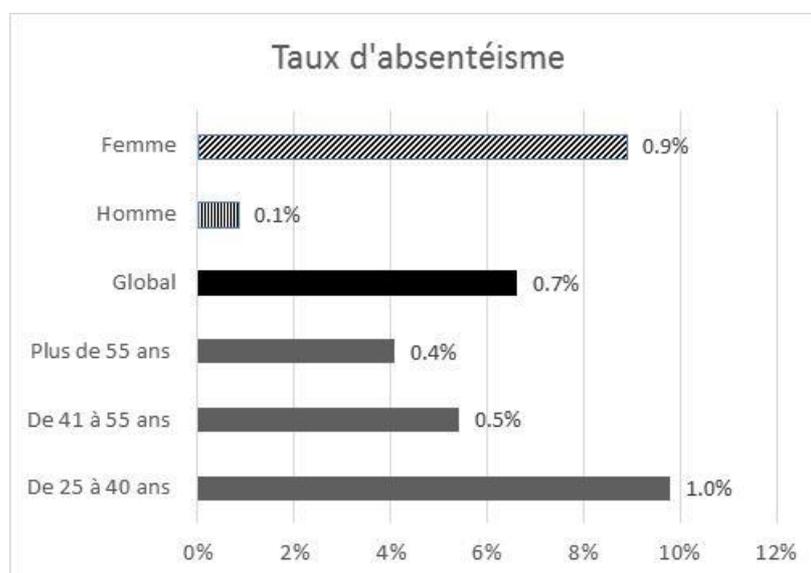
Au total l'effectif de l'établissement est de 1 044,4 équivalents temps plein rémunérés.

Personnel médical

L'effectif médical est de 103,4 ETP médicaux répartis comme suit :

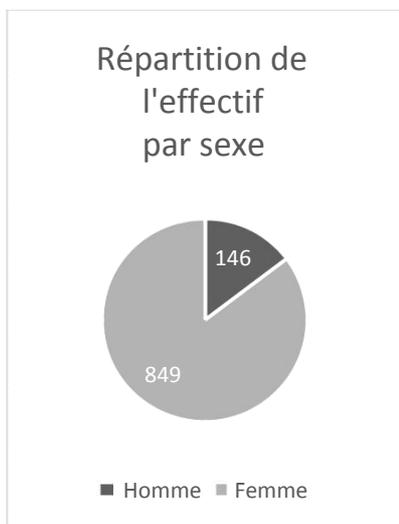


La répartition de l'effectif par sexe est calculée en fonction de l'effectif rémunéré et non en effectif physique.

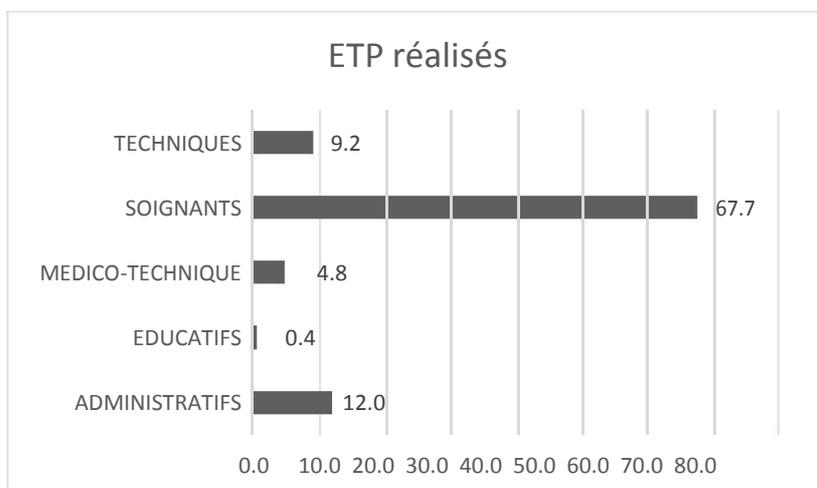


Personnel non médical

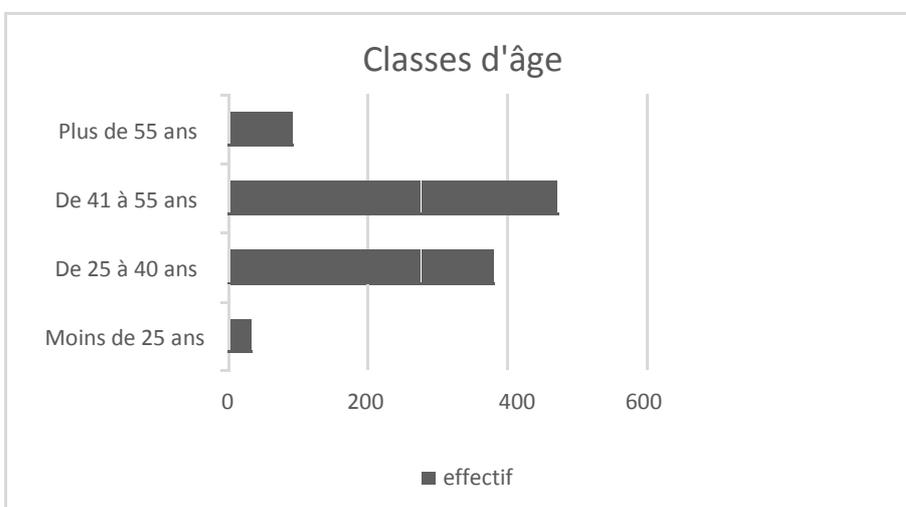
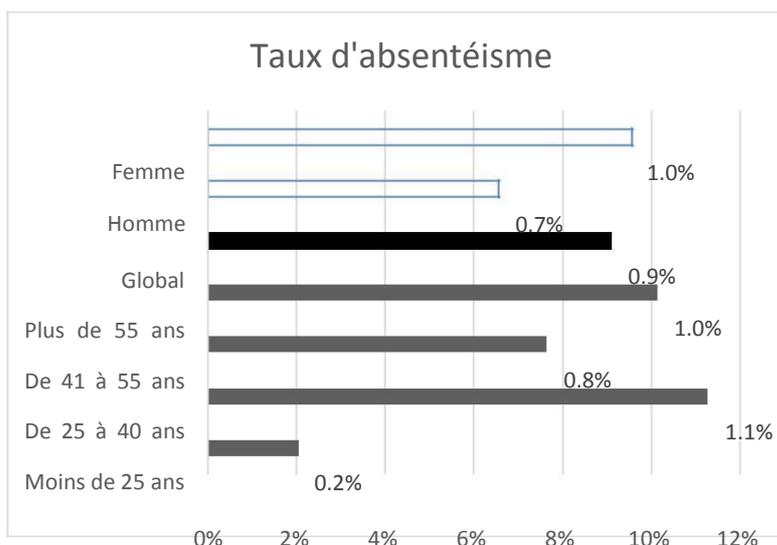
L'effectif est de 940,8 équivalents temps plein rémunérés, répartis comme suit :



La répartition de l'effectif par sexe est calculée en fonction de l'effectif rémunéré et non en effectif physique.

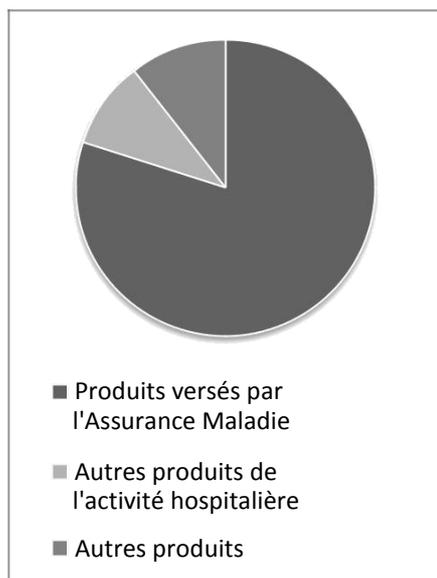


L'effectif administratif inclut les secrétaires médicales.



Ressources financières

Produits d'exploitation - budget principal



Produits versés par l'Assurance Maladie	59 299 097 €
T2A	37 408 434 €
DAF	7 931 242 €
MIGAC & FIR	4 977 847 €
Autres produits versés par l'Assurance Maladie	8 981 573 €
Autres produits de l'activité hospitalière	7 059 666 €
Autres produits	7 791 240 €
Total	74 150 003 €

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	37 408 434 €
Produits des médicaments facturés en sus	1 800 776 €
Produits des dispositifs médicaux facturés en sus	613 087 €
Forfaits annuels	1 503 721 €
Produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifiques	4 908 788 €
Total	46 234 806 €

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



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

Charges d'exploitation - budget principal

Charges de personnel	52 144 612 €
Charges à caractère médical	10 505 869 €
Charges à caractère hôtelier et général	5 909 401 €
Amortissements, provisions, charges financières et exceptionnelles	6 247 869 €
Total	74 807 751 €

Ressources du tableau de financement

Capacité d'autofinancement	2 968 444 €
Emprunts	900 000 €
Dotations et subventions	1 632 499 €
Autres ressources	120 593 €
Fond de roulement (prélèvement)	338 375 €
Total	5 959 911 €

Emploi du tableau de financement

Remboursement des dettes financières	3 233 815 €
Immobilisations	2 698 245 €
Autres emplois	27 851 €
Total	5 959 911 €



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 travail du projet social. La direction des ressources humaines assure la gestion administrative du personnel, adopte une vision prospective des métiers et des compétences, pilote la masse salariale, co-anime avec la direction de l'organisation une politique d'amélioration des conditions de travail, en particulier sur le volet du risque psycho-social, assure enfin la formation continue des agents du centre hospitalier.

Principales réalisations :

Dans le cadre du projet d'établissement, la direction des ressources humaines a tout d'abord préparé la structure du document du projet social puis réuni le comité de pilotage afférent.

D'autre part, elle a continué à piloter le groupe de travail sur les risques psycho-sociaux (formation RPS, restitution des résultats du questionnaire RPS, etc.), accompagné les différents projets de réorganisation et mis en routine l'exploitation des tableaux de bord RH.

Sur le plan des affaires médicales, un important travail a été réalisé sur la permanence des soins : rédaction d'un document structurant validé en COPS (commission de l'organisation de la permanence des soins), recrutements médicaux, réalisation de documents prospectifs sur l'impact de l'application de la réforme du temps de travail des urgentistes. Le démarrage de nombreuses coopérations a nécessité la rédaction de contrats, l'émission de titres ou le paiement de mandats supplémentaires. En lien avec le service informatique et la présidence de CME, un outil informatique *open source* de déclaration des congés médicaux a été mis en place.

De plus, la cartographie du risque dépenses de ressources humaines a constitué un travail substantiel en lien avec le Trésor Public, aboutissant à plusieurs modifications statutaires, lesquelles ont dû être accompagnées.

Enfin, la direction accueille depuis début novembre 2015 un élève directeur d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

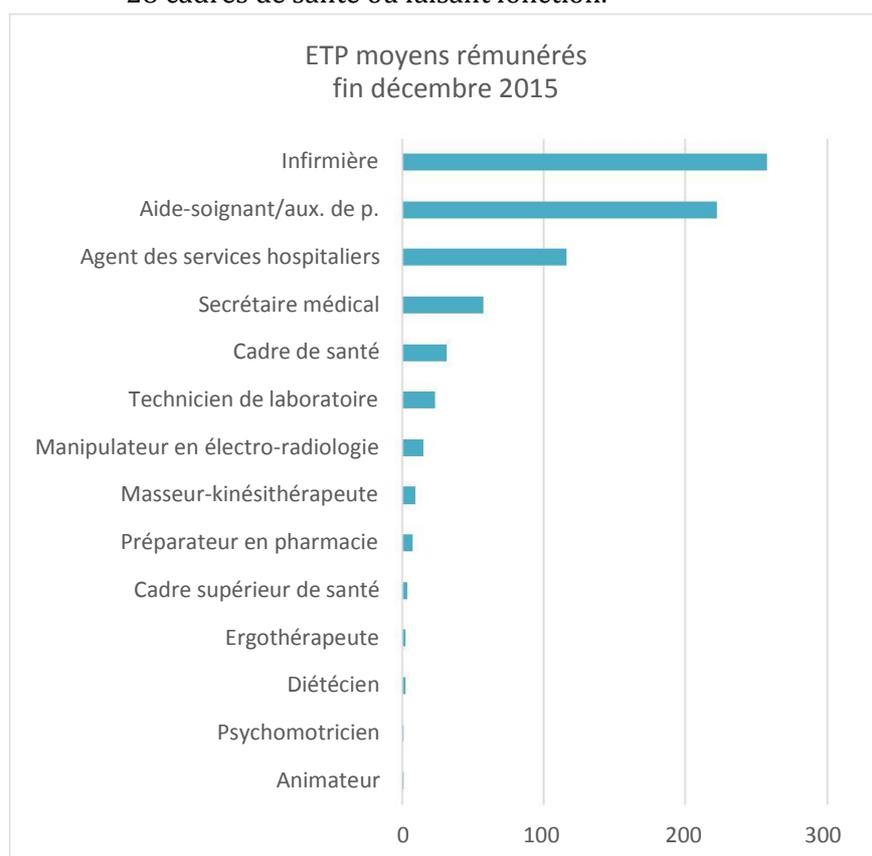
Coordination générale des soins

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 2015 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 :

- 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 finalisation 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.
- l'installation de la nouvelle Commission des Soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), consécutivement aux élections de décembre 2014 ;
- la préparation et l'accompagnement de la visite de certification V2014 du 17 au 20 mars 2016, sur la base du compte qualité, outil de pilotage de la démarche de certification de chaque établissement, élaboré collégalement,
- l'inscription de la direction des soins au sens large dans plusieurs chantiers d'amélioration de la performance hospitalière : plan triennal ONDAM, chantier national « Gestion des lits », programme « Performance hospitalière pour des achats responsables » (PHARE), projet d'optimisation du parcours patient externe, projet d'amélioration des conditions de travail en équipe (PACTE)...
- la contribution apportée par la direction des soins au désendettement et à la performance organisationnelle du CHLP avec :
 - o 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 ;

6 réunions CSIRMT

11 réunions cadres
dont 5 centrées
sur la qualité

- 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.

204 étudiants
accueillis en stage
(Cadres de santé- IDE-
IADE-IBODE-IPDE-AS-MK-
autres) soit
4 020 journées
de stage

Au plan institutionnel, avec :

- la mise en œuvre du projet d'optimisation capacitaire avec :
 - la fusion des unités de traumatologie-orthopédie et de chirurgie viscérale en novembre 2015,
 - le lancement du projet de rapprochement des services de cardiologie et de neurologie,
 - la conduite d'une réflexion sur le redimensionnement des lits en gériatrie.
- la sensibilisation de l'ensemble de l'encadrement aux risques psychosociaux et à leur prévention ;
- le renforcement du pilotage de la masse salariale : analyse et interprétation des tableaux de suivi des effectifs en collaboration avec la direction, les finances, la DRH et le contrôle de gestion ;
- l'initiation d'une réflexion sur la réorganisation des astreintes au bloc opératoire ;
- la mise en place d'un suivi d'indicateurs d'activité pour les secrétariats médicaux ;
- l'organisation de la continuité des services en période estivale : programmation, mise en œuvre et bilan des fermetures de service ;
- la formalisation d'un guide d'utilisation du Dossier Patient Informatisé (DPI) ;
- la mise en place d'une coopération avec l'association JALMALV en vue de l'accompagnement des malades en fin de vie.

Au plan régional ensuite, avec :

- la relance du projet de coopération avec la Polyclinique du Parc en vue du regroupement transitoire des activités de chirurgie sur le site de la polyclinique du Parc : coordination de plusieurs réunions de travail autour des organisations ayant abouti à la clarification du fonctionnement du plateau technique de chirurgie (partage des locaux, planification du bloc opératoire commun à partir d'un tableau prévisionnel des vacances offertes aux chirurgiens des 2 établissements), à des propositions d'organisation de la permanence des soins et à la rédaction d'un projet de convention de partenariat en biologie médicale ;

- le pilotage 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 entre les structures d'hébergement médico-sociales et l'hôpital et sur l'élaboration de protocoles de prise de rendez-vous (consultations externes-imagerie...) et d'entrée en hospitalisation (via le SAU ou entrée programmée).
- la participation à la mise en œuvre de la coopération avec l'Association SANTELYS, opérateur de dialyse hors centre : participation à l'écriture de la convention socle de coopération, à la réflexion sur les travaux d'extension de l'unité de dialyse médicalisée et sur le renouvellement et l'exploitation mutualisée du système de traitement d'eau ;
- la mesure d'impact des démarches qualité : participation à l'élaboration d'un référentiel régional, avec le soutien du RÉQUA ;
- la participation à la construction du dispositif régional ANFH de formation des responsables-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 :
 - o PMSI court séjour (Médecine Chirurgie Obstétrique)
 - o 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 :

Organisation par le DIM du codage et du circuit de la cotation de 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 :

Mise en place du nouveau logiciel de gestion des dossiers Gesmedic.

Séjours MCO	26 053
Journées MCO	86 865
Semaines SSR	5 859
Journées SSR	30 058

6 198 créations
de dossiers
50 450 retours
38 931 sorties

Systemes 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 :

Mise à jour de l'environnement PACS afin de rendre disponible aux praticiens les mêmes outils que pour les radiologues (reconstruction 3D, ...)

Mise en place d'un outil de pilotage médico-économique.

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 ;

22 728 mandats

102 934 titres

- 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 ;
- 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

Le lancement de la démarche nationale de fiabilisation des comptes des hôpitaux a débuté en août 2012. Cependant, les travaux s'y rapportant ont été amorcés par la direction des finances dès octobre 2008 et accentués avec le contrôle de la Chambre Régionale des Comptes en 2009 et 2010.

La direction des finances de l'établissement a été désignée dès janvier 2012 référente de la qualité comptable et chargée du pilotage du projet de fiabilisation des comptes pour le département du Jura, au regard des résultats obtenus par l'établissement au titre de l'Indicateur de la Qualité des Comptes Locaux (I.Q.C.L) décerné par la Direction Générale des Finances Publiques.

(Résultat IQCL 2014 : 18,40/20 ; Résultat IQCL 2015 : non connu à ce jour)

En 2015, la direction des finances a poursuivi les travaux relatifs à la certification et à la fiabilisation des comptes.

Les actions sont sélectionnées sur la base de l'état des lieux dressé lors de l'étude des cartographies des risques des cycles suivants :

- cartographie du cycle des immobilisations ;
- cartographie du cycle des recettes ;
- cartographie du cycle du personnel.

Les actions sont menées en associant très étroitement les directions concernées et la Trésorerie de l'établissement. Ces travaux permettent de décrire nos processus de gestion, d'y repérer des points de contrôle et d'assurer la pertinence et la traçabilité de ces contrôles.

L'exercice 2015 a permis d'enregistrer des opérations comptables nouvelles nécessaires à la fiabilisation des comptes comme la valorisation des séjours dits « à cheval » ou non clos au 31 décembre.

Dématérialisation de la chaîne comptable et financière

Le protocole d'échange standard d'Hélios version 2 (PES V2) est la solution de dématérialisation de toutes les pièces comptables de l'établissement (mandats de dépenses, titres de recette et bordereaux journaux les récapitulant signés électroniquement) transmises au comptable public.

Dans le cadre de l'obligation de déploiement du PES V2, le Centre Hospitalier Louis Pasteur a fait l'objet d'une validation des flux test des pièces comptables (mandats et titres) au 30 juin 2015 par la Direction Départementale des Finances Publiques.

Ces réingénieries de processus et la mise en place de flux totalement dématérialisés nécessitent des travaux importants pour l'établissement et impliqueront des changements organisationnels dans les années à venir sur la chaîne comptable et financière.

Service biomédical

Investissement :

570 920 €

Maintenance:

562 717 €

**Nombre
d'équipements
biomédicaux :**

3 435

Effectif : 4,65 ETP

Responsable :

M. Dion, ingénieur biomédical

Description du service :

Gestion du parc des équipements biomédicaux :

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



Générateur hémodialyse



Equipement de radiologie

Principales réalisations :

Principales acquisition d'équipements biomédicaux :

- équipements de radiodiagnostic numérique (il s'agit d'un équipement associant une table télécommandée et une suspension plafonnière. L'ensemble permet une acquisition numérique par capteurs plan fixe et mobile).
- respirateur pédiatrique : dispositif permettant l'assistance respiratoire des nouveaux-nés.
- moniteurs de surveillance pédiatrique : 4 moniteurs permettant la surveillance des paramètres vitaux.
- générateurs hémodialyse : 2 générateurs permettant le traitement des patients insuffisants rénaux.

Service travaux

Effectif : 26,3 ETP

Responsable :

M. Bruneau, ingénieur

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).

travaux cumulés :
1 760 521 € TTC

(dont SSI ph2: 1 316 159
€ TTC)

maintenance contrats:
247 244 € TTC

réparations: 165 519 €
TTC

cumul factures énergies:
921 715 € TTC

déchets: 130 208 € TTC
bons GMAO: 7500

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.



Repère 1



Repère 2



Repère 3



Repère 4

Principales réalisations :

- travaux de sécurité incendie (phase 2) de désenfumage du bâtiment principal sur la période de mars à décembre 2015 avec une fin de travaux prévisionnelle fin 2016. Une première étape (aile A) sera validée début 2016 (repère 1)
montant en € TTC: 1 255 657
- chirurgie: fusion des deux unités existantes (services 4B et 4C) : travaux commencés début novembre avec une livraison prévisionnelle en mars 2016 (repère 2)
montant en € TTC: 20 000 (travaux + maîtrise d'œuvre) pour 2015
- radiologie: lors du remplacement de la machine en salle 3, création de deux déshabilleurs et d'un circuit médecins pour radiologie interventionnelle (rep 3)
montant en € TTC: 44 972
- laboratoire: installation d'un traitement d'air spécifique pour garantir un bon taux de renouvellement dans le secteur de bactériologie P2 (repère 4)
montant en € TTC: 49 000
- CAMSP : restructuration des locaux en rdc bas du bâtiment de dialyse pour agrandir les locaux du CAMSP et les regrouper avec un accès direct depuis l'extérieur. Cela permet de libérer des surfaces afin d'envisager une extension nécessaire des locaux dédiés à une activité de dialyse avec Santély et le remplacement du traitement d'eau en 2016. Ces travaux ont fait l'objet d'une dotation spécifique du CAMSP au CHLP
montant en € TTC: 37 000

Service logistique

Effectif : 42 ETP

Responsable :

Mme. Echenoz, attachée d'administration hospitalière

Description du service :

La direction des achats et de la logistique a pour mission d'assurer les approvisionnements hors médicaments et équipements biomédicaux du centre hospitalier. Les achats se font en concertation avec les services utilisateurs tant dans la définition des besoins que dans la réalisation des essais.

La politique achat de l'établissement pour l'année 2015 a été axée sur l'adhésion à de nombreux groupements telle que préconisée dans le programme PHARE (plan national de performance des achats hospitaliers), Ces adhésions ont contribué à une massification des besoins des établissements de santé membres, participant ainsi à une rationalisation des coûts.

La direction des achats et de la logistique est également pleinement investie dans le plan ONDAM (Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie).

Principales réalisations :

Principales réalisations de l'année 2015 :

- 1) Mise en œuvre en année pleine du plan d'actions achats du CHLP défini en 2014
- 2) Adhésion à de nouveaux groupements en vue d'une massification des achats et de meilleurs prix (GRAAL-Groupement Linge CHT Jura Sud- Convention grands comptes UGAP- Gray produits d'entretien-Gray produits d'incontinence- Vesoul gaz médicaux)
- 3) Mise en œuvre d'un logiciel de GPAO en restauration (déploiement logiciel Datameal)
- 4) Formation des intendantes des services aux commandes Cpage du magasin
- 5) Nombreux investissements mobiliers axés sur la qualité de vie au travail et qualité des soins

250 000 euros de gains
achats
pour l'année 2015

environ 120 400 plis
affranchis pour un
total de 89 600 euros

15 956 commandes
passées en 2015 pour un
total de 9 602 922 euros

505 754 kg de linge traité
pour 720 093 euros

326 507 repas
produits par le service
restauration

Direction de l'organisation

Responsable :

M. Huard

Qualité et relations usagers

Responsable :

M. Huard

Description du service :

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

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

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

Principales réalisations :

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

Accueil et facturation

Responsable :

Mme. Gallet

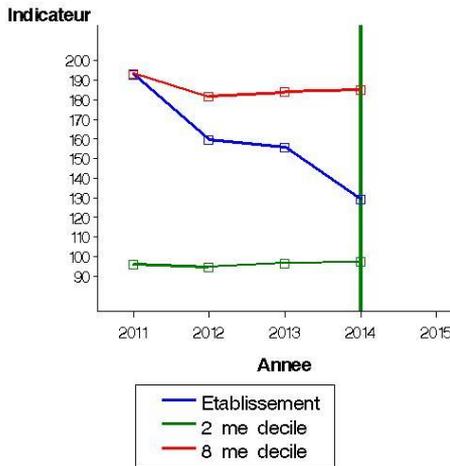
Description du service :

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 :

Sur le standard diverses expérimentations ont été menées afin de préparer un transfert de certaines plages horaires à la loge.

7 121 appels par
semaine présentés
au standard
(échantillon mars 2015)



Créances patients et mutuelles non recouvrées en nombre de jours d'exploitation en 2014 (chiffres nationaux 2015 non disponibles)

Le bureau des admissions a vécu une année très chargée. D'une part il s'est engagé dans le programme Simphonie orchestré par le Secrétariat Général à la Modernisation de l'Action Publique. Un audit complet a ainsi été mené sur l'organisation du bureau des admissions et a conduit à mettre en place de nouvelles méthodes de management, notamment des réunions hebdomadaires et le suivi d'indicateurs. Les auditeurs ont salué la polyvalence des agents, susceptible de constituer un exemple au niveau national. Par ailleurs, le service s'est engagé dans deux expérimentations différentes, susceptibles de permettre un parcours plus simple du patient tout en permettant un recouvrement efficace en régie : l'encaissement automatique et le paiement à l'entrée. Un travail a également été mené pour améliorer le rythme de facturation ; les dernières données de l'indice national (F11D source Hospidiag) montrent une amélioration constante ces dernières années du recouvrement patients et mutuelles, même si des efforts restent encore à réaliser pour atteindre les meilleurs niveaux des autres établissements publics. Ceci est largement dû à l'action du Trésor Public, mais également aux efforts réalisés par le service en matière de rapidité de facturation.

Dans le même temps, l'établissement a mené deux tests FIDES, avec pour premier résultat un taux de rejet de 9,4 % (réalisé en décembre 2014 mais analysé en 2014) puis un taux qualifiant puisqu'inférieur à 8 % de 6,7 %. Ceci s'est accompagné de travaux importants sur les matrices Ovalide.

De plus, en lien avec le service informatique, un système de détection automatique des doublons a été déployé afin d'améliorer l'identito-vigilance.

Enfin, les agents chargés de l'encodage ont sollicité les services de soins afin de parfaire l'exhaustivité de l'encodage, sur l'année 2015 mais également sur l'année 2014, avec réalisation d'un Lamda.

Service social

Effectif :

Le service social est composé de deux assistantes sociales constituant un 1,9 ETP et d'un mi-temps de secrétariat.

Responsable :

M. Huard

Description du service :

Le service social hospitalier 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, demande en EHPAD, et les différentes démarches d'aide pour organiser les retours à domicile.



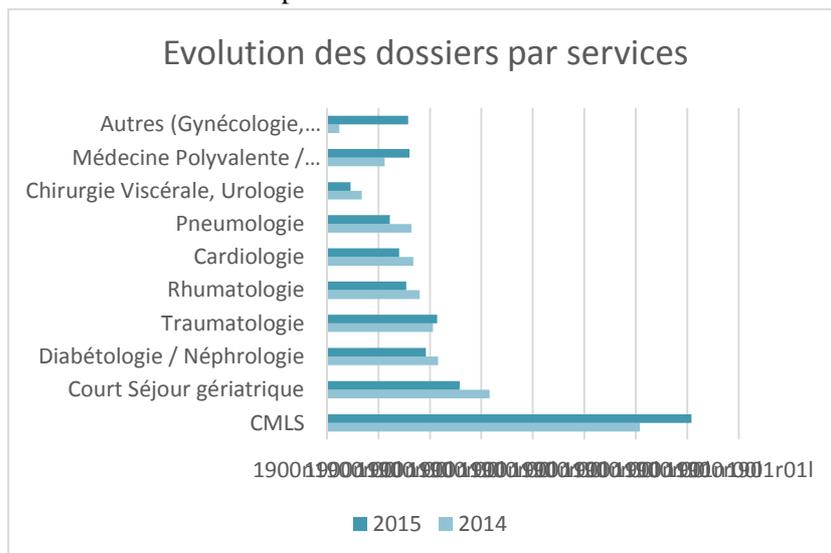
Principales réalisations :

Le service social a traité 1 183 dossiers dont 447 dossiers d'hommes et 736 dossiers de femmes (à comparer à 1 171 au total en 2014)

Une augmentation du nombre de dossiers de 1,02% s'est donc produite en 2015, malgré une baisse du nombre total d'entrées à l'hôpital pour l'année 2015.

Le service social intervient donc sur la totalité des hospitalisations pour 7,93% des patients (contre 7,73% en 2014).

Evolution des dossiers par services :



Le Centre de moyen et de long séjour, ainsi que le Court séjour gériatrique, restent les services pour lesquels le service social est le plus sollicité.

Contrôle de gestion

Effectif :

Le centre hospitalier dispose d'un équivalent temps plein sur cette mission.

Responsable :

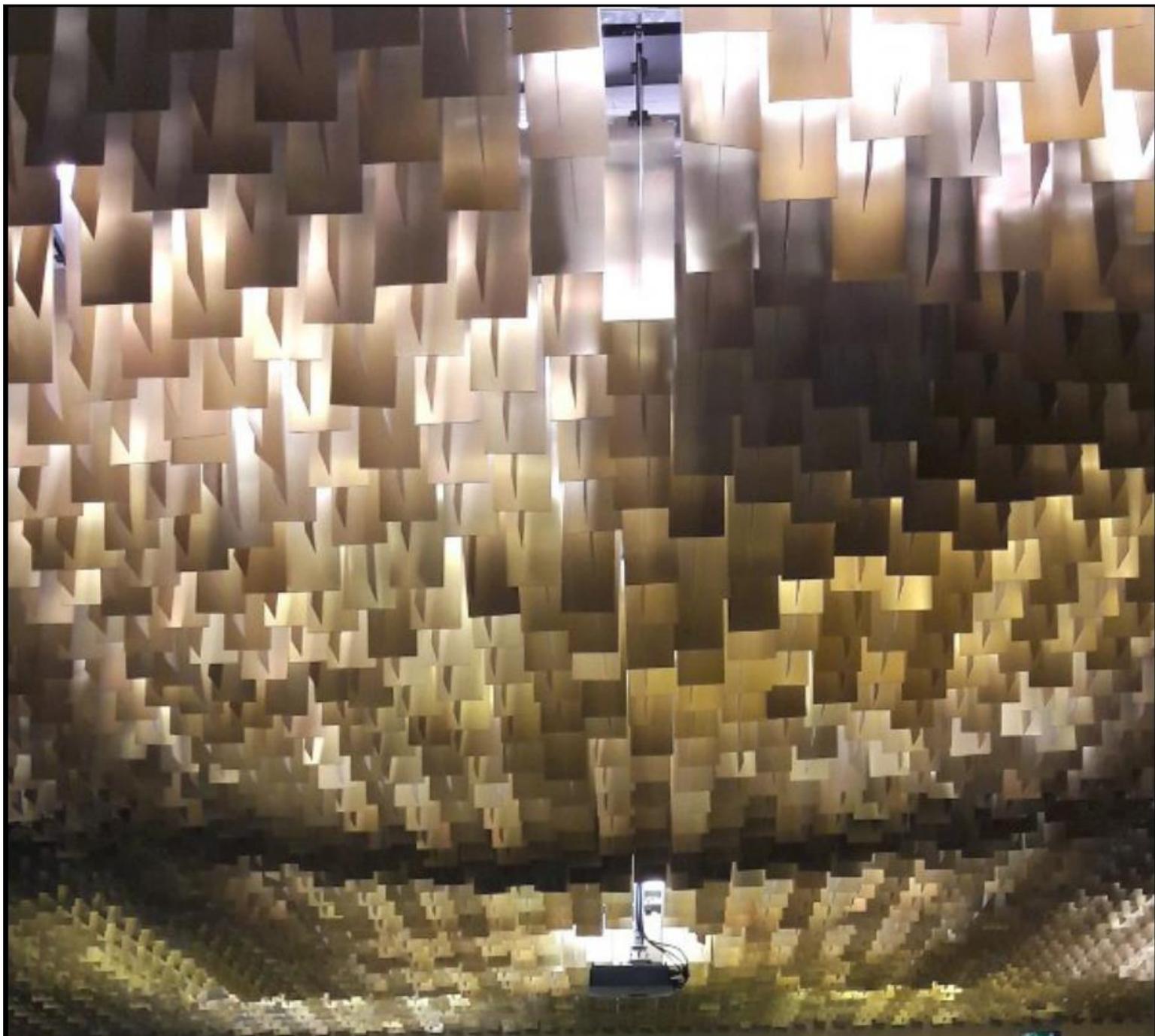
Mme. Chanay, attachée d'administration hospitalière

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. Par ailleurs, l'agent a complété sa formation par un master et la formation d'adaptation à l'emploi d'attachée d'administration hospitalière.



Les instances

Le Conseil de Surveillance

Composition

(arrêté n°2015-168 du 05 juin 2015)

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 *représentants la Communauté d'Agglomération du Grand DOLE*

M. Jean Baptiste Gagnoux *représentant du Conseil Départemental du JURA*

En qualité de représentant du personnel :

M^{me} Sylvie Magnin *représentant de la C.S.I.R.M.T.*

M. le Dr Jean-Philippe Meyer et M. le Dr Julien Taurand *représentants de la C.M.E*

M^{me} Nadège Poncet 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 M. Fernand Legaye *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 2015, 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 2015, le Directoire a tenu 11 séances.

La Commission Médicale d'Établissement

Composition

(décision du directeur du 15 décembre 2015)

La composition de la Commission Médicale d'Établissement 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. Sylvain Gibey – M. le Dr Khalifé - M^{me} le Dr. Le Guillouzic
– M. le Dr. Le Guillouzic - 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 – Mme. le Dr. Magnin –
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 2015, la Commission Médicale d'Établissement a tenu 5 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 2015, la Commission a tenu 5 séances.

Le Comité Technique d'Etablissement

Président : M. Luigi ou son représentant
En 2015, le Comité Technique d'Etablissement a tenu 4 séances.

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

Président : M. Luigi – Secrétaire : M. Zante
En 2015, la Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail a tenu 5 séances.

La Commission des Soins Infirmiers et Rééducation Médico-Techniques

Président : M^{me} Derome
En 2015, la Commission des Soins Infirmiers et Rééducation Médico-Techniques a tenu 5 séances.