30-06-2017 v7

GHT CENTRE FRANCHE-COMTE

PROJET MEDICAL PARTAGE

Table des matières

Préambule ... 1

I. Présentation du GHT Centre Franche-Comté : composition et attractivité ... 1

II. Un projet médical partagé orienté vers l'amélioration du parcours de soins des usagers ... 5

III. L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, au cœur du projet médical partagé ... 6

IV. Des pistes de mutualisation et d'amélioration de l'efficience ... 6

V. Les préalables indispensables à la réalisation du projet médical partagé ... 6

A. Des difficultés importantes de démographie médicale à résoudre prioritairement ... 6

1. Le diagnostic : un déficit démographique à l'hôpital et en ville ... 7

2. Un plan d'attractivité du GHT pour développer des solutions innovantes ... 7

B. Des filières d'aval à structurer pour fluidifier les parcours ... 7

C. Une gouvernance des filières et une ingénierie de projets à consolider ... 8

VI. Une stratégie de groupe publique ouverte sur son environnement ... 9

A. Un GHT construit dans une logique fédérative et qui s'appuie sur de nombreuses coopérations existantes en Franche-Comté ... 9

B. Une offre de groupe public pour une meilleure coordination avec les autres acteurs du parcours de soins ... 9

Une méthodologie pragmatique autour de réalisations concrètes ... 11

I. Rappels des attendus législatifs et réglementaires ... 11

II. Des orientations en cohérence avec le projet de schéma régional de santé ... 12

III. Méthodologie d'élaboration du projet médical partagé du GHT Centre Franche-Comté ... 13

A. Sur le fond : cibler les données à recenser et prioriser les actions ... 13

B. Sur la forme : un document concis reprenant la première étape du PMP ... 14

C. Un document qui s'inscrit dans un processus d'amélioration continue ... 14

D. Un calendrier et des indicateurs de suivi ... 14

IV. Les étapes d'élaboration du PMP ... 15

1. Comité stratégique ... 15

2. Collège médical ... 15

3. Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ... 16

4. Comité des usagers ... 16

5. Comité des élus ... 16

6. Instances internes des établissements ... 17

7. Participation des pôles de chaque établissement ... 17

Plan d'actions par filières ... 18

Filière Cancérologie ... 18

A. Etat des lieux 18
B. Plan d'actions 21
Filière Cardiologie-Pneumologie 23
A. Etat des lieux 23
B. Plan d'actions 25
Filière Chirurgie – Anesthésie 27
A. Etat des lieux 27
B. Plan d'actions 29
Filière Enfants – Adolescents 31
A. Etat des lieux 31
B. Plan d'actions 31
Filière hépato gastroentérologie – Chirurgie digestive 33
A. Etat des lieux 33
B. Plan d'actions 35
Filière Maladies Chroniques – Insuffisance Rénale - Diabète 37
A. Etat des lieux 37
B. Plan d'actions 40
Filière Mère – Femme 42
A. Etat des lieux 42
B. Plan d'actions 44
Filière Neurologie 46
A. Etat des lieux 46
B. Plan d'actions 48
Filière de prise en charge en médecine palliative 50
A. Etat des lieux 50
B. Plan d'action 52
Filière Précarité 53
A. Etat des lieux 53
B. Plan d'actions 54
Filière Personnes Handicapées 58
A. Etat des lieux 58
B. Plan d'actions 59
Filière Personnes âgées 60
A. Etat des lieux et prospective 60
B. Plan d'actions 64

Filière SSR 86
A. Etat des lieux 86
B. Plan d'actions 87
Filière Santé Mentale 107
A. Méthodologie générale 107
B. Activités de recours 108
C. Soins ambulatoires 111
D. Soins au long cours – articulation avec les structures sociales et médico-sociales 111
E. Psychiatrie du sujet âgé 112
G. Urgences 113
H. Addictologie 116
I. Soins somatiques 117
Plateau technique Biologie 119
A. Etat des lieux 119
B. Plan d'actions 121
Plateau technique Imagerie 123
A. Etat des lieux 123
B. Plan d'actions 124
Plateau technique Pharmacie 126
A. Etat des lieux 126
B. Plan d'actions 128
Analyse SWOT du projet médical partagé 130
Annexe 1 : Plan d'amélioration de la qualité, ... 132
de la sécurité et de la pertinence des soins 132
1. Etat des lieux 132
- Les moyens déployés par les établissements pour mettre en œuvre leur politique et leur programme qualité 132
- Politique et programme qualité des établissements du GHT 132
- La Certification V2014 132
2. Les objectifs qualité-sécurité-gestion des risques du GHT 133
1. Structurer une démarche qualité sur le GHT dans le cadre de la coordination des parcours patient 133
A. Améliorer la coordination de la prise en charge tout au long du parcours 134
2. Améliorer la continuité de la prise en charge tout au long du parcours 134
3. Pertinence des actes et des résultats 134

Annexe 2 : Spécialités en tension dans les établissements du GHT 135
Centre Franche-Comté..... 135

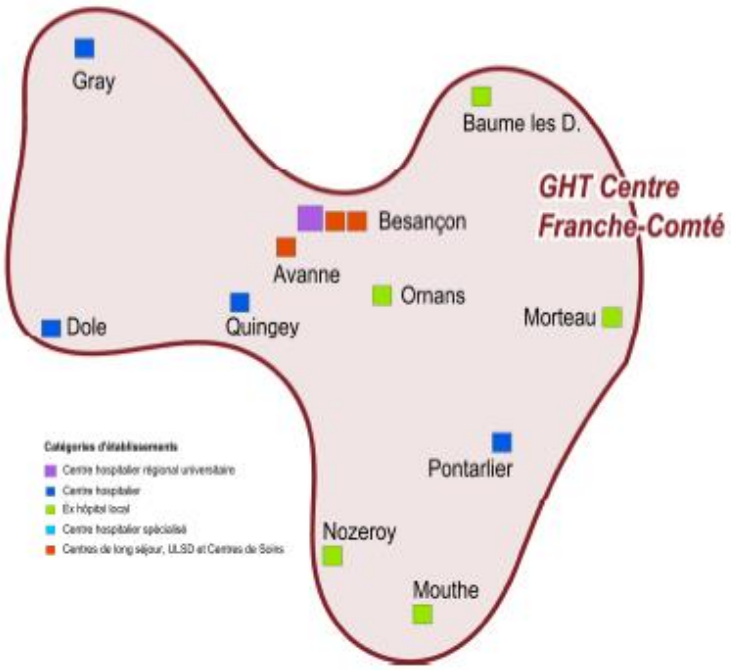
Projet médical partagé du GHT Centre Franche-Comté

Préambule

I. Présentation du GHT Centre Franche-Comté : composition et attractivité

Le GHT Franche-Comté est constitué de 11 établissements sanitaires publics :

- le CHU de Besançon, établissement support,
- le centre de soins et d'hébergement de longue durée d'Avanne,
- le centre hospitalier de Baume-les-Dames,
- le centre de long séjour de Bellevaux (Besançon),
- le centre de soins et de réadaptation des Tilleroyes (Besançon),
- le centre hospitalier de Dole,
- le centre hospitalier de Gray,
- le centre hospitalier de Morteau,
- le centre hospitalier de Ornans,
- le centre hospitalier intercommunal de Haute-Comté,
- l'établissement de santé de Quingey.



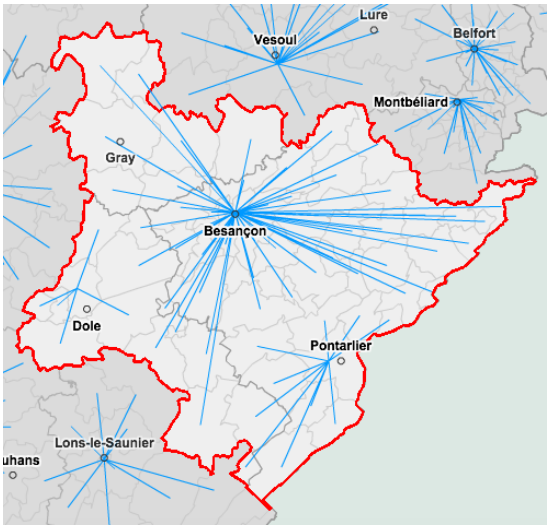
-

Quelques chiffres du GHT Centre Franche-Comte :

Superficie: environ 5 200 km²

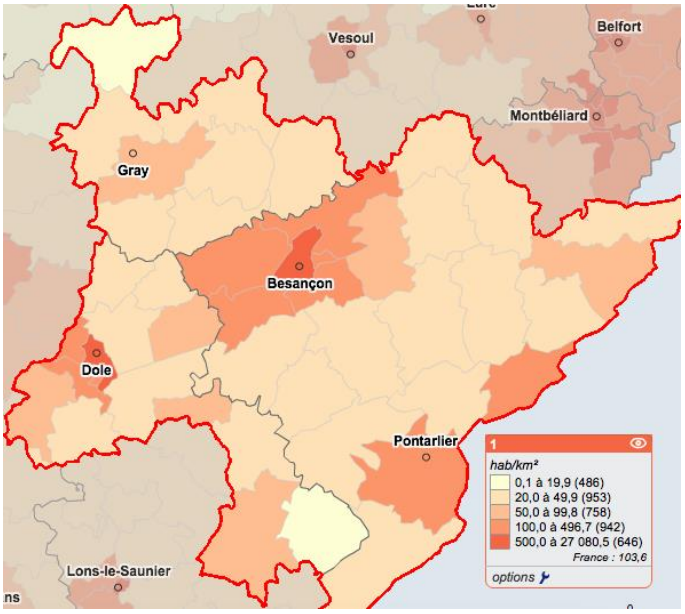
Population : environ 450 000 habitants

2 311 lits sanitaires, 1 903 lits medico-sociaux (MCO, SSR, EHPAD, USLD)



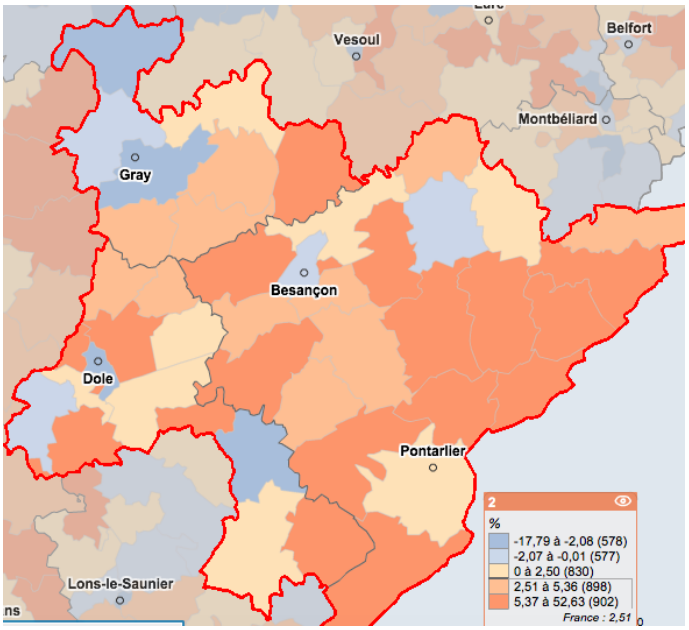
Cartographie du bassin a partir de l'analyse d'attractivite

La densité de population est plus forte à Besançon.



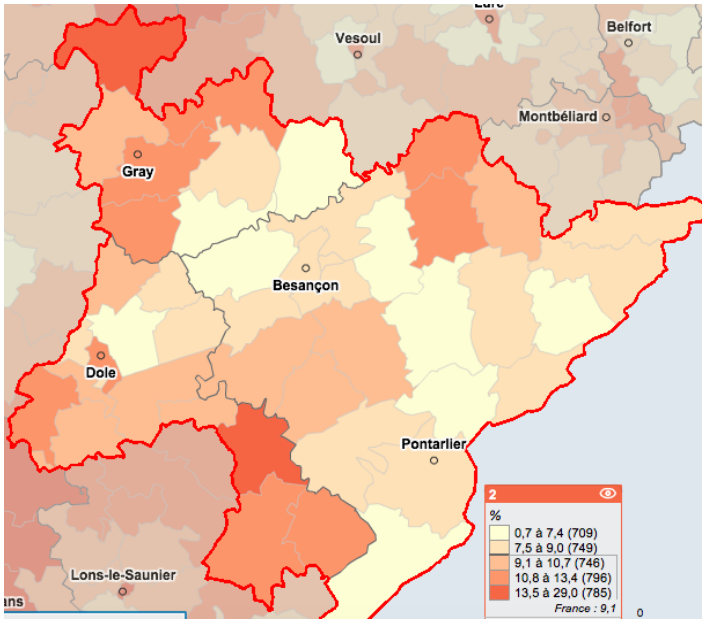
DENSITE DE POPULATION DANS LE BASSIN EN 2013

Une croissance démographique plus importante dans les zones avec une densité de population plus faible



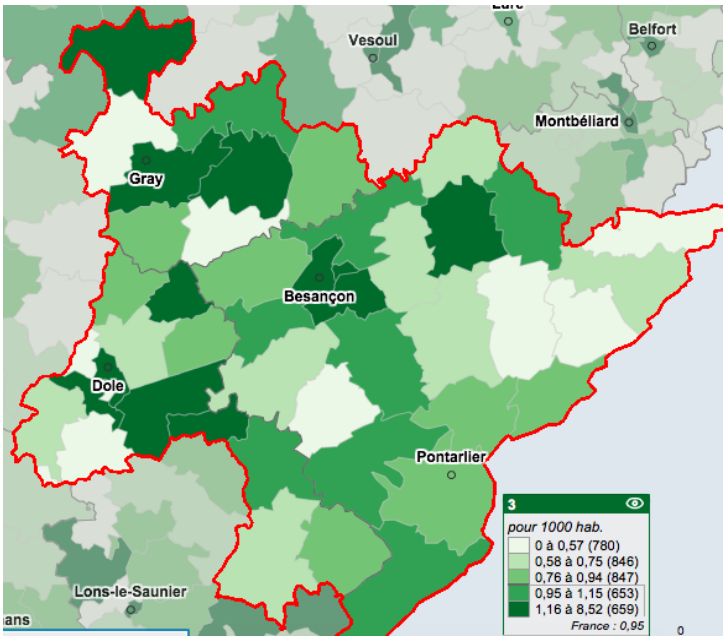
TAUX D'EVOLUTION DE LA POPULATION 2008-2013

Une population plus âgée dans les extrémités du bassin et plus jeune dans son centre



PART DES PLUS DE 75 ANS DANS LE BASSIN EN 2013

Une grande disparité de médecins généralistes sur le territoire



DENSITE DES MEDECINS GENERALISTES SUR LE TERRITOIRE

II. Un projet médical partagé orienté vers l'amélioration du parcours de soins des usagers

La création du GHT repose sur la volonté des onze établissements membres de coopérer ensemble, pour -faciliter les parcours de soins et la qualité de la prise en charge des patients.

Pour ce faire, le GHT Centre Franche-Comté a recherché à garantir dans son projet médical partagé une offre de soins graduée garantissant un maillage territorial complet.

Pour chaque filière, le GHT a fondé ses plans d'actions sur une analyse de la demande de soins existante et prospective.

Il a développé ces dernières années des soins en proximité du domicile des patients franc-comtois. En témoignent le développement des FMIH et les nombreux déplacements des médecins du CHU dans l'ensemble des établissements de Franche-Comté. Ces coopérations constituent le socle du projet médical du GHT.

Pour conforter l'offre de soins au plus près des patients, le PMP prévoit :

- De mettre en œuvre des solutions innovantes pour répondre aux problèmes de démographie médicale du groupement
- De développer des consultations avancées
- De s'appuyer sur des solutions de télémédecine

- D'encourager les échanges de bonnes pratiques entre équipes des établissements membres
- De proposer des actions de communications conjointes pour mieux informer les patients sur l'offre disponible.

III. L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, au cœur du projet médical partagé

L'amélioration de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des prises en charge fait l'objet d'un plan d'actions annexé au présent projet médical partagé (**annexe 1**).

Cet objectif vise à harmoniser les pratiques médicales pour une meilleure qualité des prises en charge. Le PMP s'appuie en la matière sur les orientations du futur Schéma Régional de Santé. Une attention particulière sera portée aux travaux sur la pertinence des actes.

IV. Des pistes de mutualisation et d'amélioration de l'efficience

Le projet médical partagé vise à renforcer la cohérence des parcours. La gradation des soins entre les établissements conduira à développer des **plateaux ambulatoires en substitution de l'hospitalisation complète**, comme le retrace particulièrement le plan d'actions de la filière Chirurgie-Anesthésie. Cette filière mènera également des démarches ambitieuses de réhabilitation précoce.

Cette gradation implique aussi le maintien d'une offre de soins de proximité.

La mise en place d'**équipes médicales communes** est d'ores et déjà envisagée et mise à l'étude dans plusieurs filières.

Les pistes de mutualisation envisagées seront réfléchies pour les **plateaux techniques**, à travers :

- Des pistes de réorganisation organisation des pharmacies à usage intérieur (cf plan d'actions Pharmacie)
- Des pistes de réorganisation des prestations de laboratoire (cf plan d'actions Laboratoire)
- Le développement de solutions innovantes pour les plateaux d'imagerie.

V. Les préalables indispensables à la réalisation du projet médical partagé

A. Des difficultés importantes de démographie médicale à résoudre prioritairement

1. Le diagnostic : un déficit démographique à l'hôpital et en ville

Le GHT Centre Franche-Comté a réalisé un état des lieux de la démographie médicale de ses filières. **Ce bilan vient compléter celui réalisé par l'ARS dans le schéma régional de santé.**

Il a permis de mettre en lumière les disciplines dans lesquelles la démographie médicale est en souffrance, à la fois à l'hôpital et en ville :

- l'anesthésie,
- la gastro-entérologie,
- l'imagerie,
- la cardiologie,
- la pneumologie,
- la diabétologie,
- l'ophtalmologie (délai de consultations en cardiologie à Pontarlier : 1 an)
- le diagnostic antenatal.

Le GHT a également réalisé un bilan des disciplines en tension par établissement membre. Il est joint en **annexe 2** du PMP. Un état des lieux complet des postes médicaux par établissement a été réalisé par le groupe RH-affaires médicales, créé par le comité stratégique. Ce document sera actualisé deux fois par an.

2. Un plan d'attractivité du GHT pour développer des solutions innovantes

Pour remédier à ce constat démographique critique, le GHT Centre Franche Comté travaille à la réalisation d'un plan d'attractivité médicale spécifique à son territoire.

Les modalités d'organisation innovantes en discussion :

- En lien avec la Ville, proposer aux internes sortants des postes mixtes ville/hôpital et des conditions d'exercice de ville où l'hôpital pourrait mettre à disposition des locaux au sein des établissements hospitaliers afin de réaliser des consultations de spécialistes en ville.

- A l'hôpital, proposer un plan d'attractivité au sein du GHT alliant une qualité de vie professionnelle et personnelle pour les jeunes praticiens. Les modalités de cette attractivité : piloter des équipes médicales au sein des territoires pour permettre aux jeunes de choisir un lieu d'exercice, tout en ayant un lien fort avec le CHU.

B. Des filières d'aval à structurer pour fluidifier les parcours

Certaines filières (cardiologie, chirurgie, diabétologie…) nécessitent de fluidifier l'aval de l'hospitalisation, notamment vers des **capacités de soins de suite et de réadaptation (SSR).**

Le besoin porte sur :

- Des lits de SSR disponibles et adaptés ;
  - Améliorer la disponibilité des lits dans les bonnes temporalités pour fluidifier les lits de médecine et de chirurgie
  - Adapter les capacités en réadaptation cardiaque et soins de suite pour les maladies métaboliques (notamment suivi du pied diabétique) avec des places d'hôpital de jour et de séjours courts.
- Des lits de SSR disponibles pour les prises en charge des malades lourds ;
  - Garantir une animation efficace de la filière SSR
  - Assurer l'équité de traitement entre toutes les structures en répartissant les malades lourds au sein du territoire
  - Gérer les demandes dans l'outil Via Trajectoire.

Les solutions d'aval en lien avec le domicile doivent également être renforcées. Le GHT Centre Franche-Comté souhaite pouvoir s'appuyer en la matière sur :

- La plateforme territoriale d'appui mise en place par l'Agence Régionale de Santé,
- Le développement de solutions d'habitat accompagné, partagé,
- L'offre de soins libérale.

C. Une gouvernance des filières et une ingénierie de projets à consolider

La mise en œuvre du projet médical partagé du GHT Centre Franche-Comté représente un défi majeur pour les équipes hospitalières des établissements membres, tant en terme de charge de travail que d'exigences de coordination.

Le PMP remis à l'ARS le 1er juillet 2017 est conçu comme une première étape.

Pour réaliser le plan d'actions prévu pour chaque filière, le GHT mettra en place à l'automne 2017 une gouvernance permettant une gestion de projets efficace, en soutien des équipes. Pour ce faire, il prévoit la mise en place d'une « task force » regroupant directeurs, médecins et soignants. Cette ingénierie de projet sera validée par le comité stratégique.

Elle devra s'appuyer sur une classification des actions à réaliser :

- Les actions médicales des groupes filières,
- Les actions médico-administratives plus structurelles nécessitant l'appui des directions et ayant des conséquences sur les organisations.

Les moyens pour la poursuite de la mise en place des GHT seront prioritairement sollicités auprès de l'Agence Régionale de Santé pour :

- apporter des solutions aux problèmes de démographie médicale
- fluidifier les filières d'aval (FIR, mesures nouvelles…)
- renforcer la convergence du système d'information pour permettre une meilleure coordination des soins.

VI. Une stratégie de groupe publique ouverte sur son environnement

A. Un GHT construit dans une logique fédérative et qui s'appuie sur de nombreuses coopérations existantes en Franche-Comté

Les établissements du GHT Centre Franche-Comté sont liés par de nombreuses et anciennes coopérations existantes. Le CHU de Besançon, établissement support, est engagé depuis plusieurs années dans le développement de coopérations médicales au sein de l'ancienne région Franche-Comté, conformément à ses missions de recours et aux orientations régionales.

Les actions, qui concernent directement plus d'une centaine de praticiens du CHU, permettent de maintenir des prises en charge de proximité tout en structurant les filières de soins, en offrant dans certains cas des possibilités de recrutement à de jeunes médecins.

Le dispositif des assistants spécialistes à temps partagé se poursuit. Il favorise l'intégration et la fidélisation de jeunes médecins en Franche-Comté.

Le CHU de Besançon est l'établissement de santé de recours pour la Franche-Comté en ce qui concerne les disciplines à risques et complexes. Cela signifie que les patients sont transférés au CHU, en cas de nécessité, pour les activités ne pouvant être assurées par les centres hospitaliers de la région.

Le GHT Centre Franche-Comté repose sur la volonté des établissements parties de travailler ensemble, avant tout pour faciliter les parcours de soins et la qualité de la prise en charge des patients.

Cette coopération est construite sur une logique non intégrative, territorialisée. Le GHT n'ayant pas la personnalité morale, les établissements conservent leur pleine autonomie et les instances du GHT ne se substituent pas à leurs instances internes.

La rédaction et la réalisation du projet médical partagé du GHT Centre Franche-Comté s'appuient sur un processus d'amélioration continue. Les établissements membres du GHT souhaitent conserver souplesse et pragmatisme dans sa mise en œuvre.

B. Une offre de groupe public pour une meilleure coordination avec les autres acteurs du parcours de soins

Mieux se structurer à 11 établissements publics pour mener ensuite des actions coordonnées avec les autres acteurs du parcours de soins : c'est l'ambition du GHT Centre-Franche Comté.

Le projet au 1er juillet 2017 se projette déjà vers l'élargissement de la démarche :

- aux établissements médico-sociaux du territoire du GHT
- aux établissements sanitaires et médico-sociaux privés
- aux professionnels de santé de ville.

Les perspectives de recours à la Plateforme Territoriale d'Appui sont développées dans le plan d'actions concernant la filière Personnes âgées du GHT.

Le lien avec l'hospitalisation à domicile, qui est prise en charge sur l'ensemble du territoire du GHT par la Mutualité de Bourgogne-Franche-Comté, sera assuré lors la seconde étape du PMP. L'HAD de la Mutualité a déjà été conviée en comité stratégique pour présenter l'offre de soins qu'elle propose et discuter des perspectives de son développement avec les établissements du GHT.

Enfin, les conventions d'association liant le CHU de Besançon aux établissements support des autres GHT de Franche-Comté constitueront également une prochaine étape de coordination.

Une méthodologie pragmatique autour de réalisations concrètes

I. Rappels des attendus législatifs et réglementaires

Rappel des articles du Code de la Santé Publique

Art. R. 6132-3. - I. CSP- Le projet médical partagé définit la stratégie médicale du groupement hospitalier de territoire.
Il comprend notamment :
« 1° Les objectifs médicaux ;
« 2° Les objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
« 3° L'organisation par filière d'une offre de soins graduée ;
« 4° Les principes d'organisation des activités, au sein de chacune des filières, avec leur déclinaison par établissement, et, le cas échéant, leur réalisation par télémédecine, portant sur :
« a) La permanence et la continuité des soins ;
« b) Les activités de consultations externes et notamment des consultations avancées ;
« c) Les activités ambulatoires, d'hospitalisation partielle et conventionnelle ;
« d) Les plateaux techniques ;
« e) La prise en charge des urgences et soins non programmés ;
« f) L'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles ;
« g) Les activités d'hospitalisation à domicile ;
« h) Les activités de prise en charge médico-sociale ;
« 5° Les projets de biologie médicale, d'imagerie médicale, y compris interventionnelle, et de pharmacie ;
« 6° Les conditions de mise en œuvre de l'association du centre hospitalier et universitaire portant sur les missions mentionnées au IV de l'article L. 6132-3 ;
« 7° Le cas échéant par voie d'avenant à la convention constitutive, la répartition des emplois des professions médicales et pharmaceutiques découlant de l'organisation des activités prévue au 4° ;
« 8° Les principes d'organisation territoriale des équipes médicales communes ;
« 9° Les modalités de suivi de sa mise en œuvre et de son évaluation.
« II. - Les équipes médicales concernées par chaque filière qu'il mentionne participent à la rédaction du projet médical partagé. Celui-ci est soumis pour avis au collège ou à la commission médicale de groupement, qui est informé chaque année par son président du bilan de sa mise en œuvre.
« III. - La mise en œuvre du projet médical partagé s'appuie, le cas échéant, sur les communautés psychiatriques de territoire afin d'associer les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie qui ne sont pas parties au groupement.

II. Des orientations en cohérence avec le projet de schéma régional de santé

Le projet médical partagé du Groupement Hospitalier de Territoire Centre-Franche-Comté s'appuie sur les axes du schéma régional de santé.

Il priorise ainsi :

- « le renforcement des ressources humaines du système de santé et les soins de proximité et notamment les mesures visant à consolider la démographie des professionnels de santé hospitalier »,
- « l'amélioration de l'efficience du système de santé, la qualité et la pertinence des soins ».

Une attention particulière au développement de la e-santé et des pratiques avancées est prévue par le GHT Centre Franche-Comté, conformément aux orientations du futur SRS. Le plan d'action de chaque filière détaille en effet autant que possible les solutions qui pourront être développées en matière notamment de télémédecine.

Certaines thématiques seront déclinées au regard des orientations définitives de ce schéma régional.

Ainsi, le GHT mettra en œuvre et déclinera sous forme de plan d'action sur son territoire :

- le plan d'action régional des urgences. Le GHT déterminera en fonction de ces orientations les axes concernant l'amélioration de l'accès aux soins urgents.
- les décisions retenues concernant la permanence des soins en établissements de santé.

III. Méthodologie d'élaboration du projet médical partagé du GHT Centre Franche-Comté

A. Sur le fond : cibler les données à recenser et prioriser les actions

- **Le projet médical partagé du GHT Centre Franche-Comté s'appuie sur une analyse des données d'activité et des données d'offre de soins des établissements du GHT.**

Pour ce faire, le DIM de territoire a coordonné les DIM des établissements parties pour recueillir des données synthétiques sur :

- Une synthèse du case mix de chaque établissement ;
- Une analyse de ce case mix entre les niveaux de sévérité.

Ces indicateurs généraux ont été complétés d'indicateurs pertinents spécifiques pour certaines disciplines.

Pour l'analyse des fuites et des recours, le DIM de territoire a pris contact avec l'ARS.

- **Des référents par filières ont été désignés par chacun des onze établissements du GHT.**
  Leurs missions :
  - être les interlocuteurs pour l'élaboration du plan d'action de chaque filière,
  - servir de relais avec les équipes concernées par la filière au sein de leur établissement.

- **Deux cabinets de conseil extérieur ont accompagné le GHT dans ses travaux sur le projet médical partagé.**
  Le premier a été choisi pour accompagner la filière SSR et la filière personnes âgées, dans le cadre de l'appel à candidatures national publié en octobre 2016. Le second a été sélectionné par le GHT début 2017 pour accompagner les autres filières.

  Leurs missions :
  - Réunir des groupes de travail par filières et assurer la logistique de ces réunions (invitation, compte-rendus).
  - Prioriser les pistes d'amélioration listées dans les fiches par filières au 31 décembre 2016
  - Classer ces pistes d'amélioration entre court terme, moyen terme et long terme
  - Détailler un plan d'action pour chacune de ces pistes d'amélioration
  - Associer des indicateurs de résultat à chaque action.

B. Sur la forme : un document concis reprenant la première étape du PMP

Le PMP au 1er juillet 2017 reprend la structure du document déposé à l'ARS le 31 décembre 2016, à savoir la décomposition en fiches par filières.

Ces fiches par filières sont complétées par des annexes :

- plan d'action en matière d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins,
- cartographie de la démographie médicale.

Pour autant certaines thématiques non traitées pourront l'être ultérieurement.

C. Un document qui s'inscrit dans un processus d'amélioration continue

Le PMP du GHT Centre Franche-Comté est conçu comme un document évolutif, qui a vocation à être enrichi à mesure des réalisations et des pistes de coordination nouvelles.

Le GHT prévoit d'ores et déjà de le compléter avec :

- Les objectifs d'une organisation collective de la gestion des lits
- Les objectifs d'organisation entre les établissements parties dans les situations exceptionnelles et de crise.

D. Un calendrier et des indicateurs de suivi

Enfin, le projet médical partagé du GHT Centre Franche-Comté est composé d'un plan d'action par filière. Chaque action est assortie d'un calendrier et d'indicateurs d'évaluation, qui seront affinés dans les prochains mois.

IV. Les étapes d'élaboration du PMP

1. Comité stratégique

4 juillet 2016	Validation par le comité stratégique de l'appel à un consultant extérieur pour 4 filières : SSR, personnes âgées, HAD, urgences + accompagnement transversal sur les autres filières
9 septembre 2016	Validation par le comité stratégique de la méthodologie générale d'élaboration du projet médical partagé
4 novembre 2016	Validation par le comité stratégique de la candidature du GHT à l'accompagnement UniHA et prévision des réunions du groupe « fiches et de synthèse » et « sélection du consultant »
16 décembre 2016	Validation des fiches de synthèse par filières
17 février 2017	Présentation du cahier des charges pour l'accompagnement extérieur sur les filières hors SSR et personnes âgées Présentation de la méthodologie d'élaboration du projet de soins Présentation des référents par filières et par établissements Présentation de la trame pour l'annexe relative à la démographie médicale
14 avril	Présentation par les consultants de l'avancement des travaux pour les filières SSR et personnes âgées et pour les autres filières Présentation des principes d'organisation du DIM de territoire
19 mai	Présentation par les consultants des plans actions par filières Présentation de l'analyse chiffrée des parcours de soins Présentation de l'organisation du DIM de territoire Etat d'avancement du projet de soins
30 juin	Validation du PMP

2. Collège médical

8 juillet 2016	Installation du collège. Election du président et du vice-président
29 septembre 2016	Validation par le collège de la méthodologie générale d'élaboration du projet médical partagé
16 décembre 2016	Validation des fiches de synthèse par filières
28 mars 2017	Préparation PMP
30 mai 2017	Validation PMP

3. Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques

24 août 2016	Réunion préparatoire Commission
16 septembre 2016	Installation Commission
9 décembre 2016	Validation règlement intérieur CSIRMT
28 mars 2017	Préparation PPT
8 juin 2017	Validation PPT

4. Comité des usagers

03 janvier 2017	Installation Comité
12 juin 2017	Présentation PMP et PPT

5. Comité des élus

5 décembre 2016	Installation du comité territorial des élus Election du président et du vice-président
13 juillet 2017	Présentation du PMP et PPT

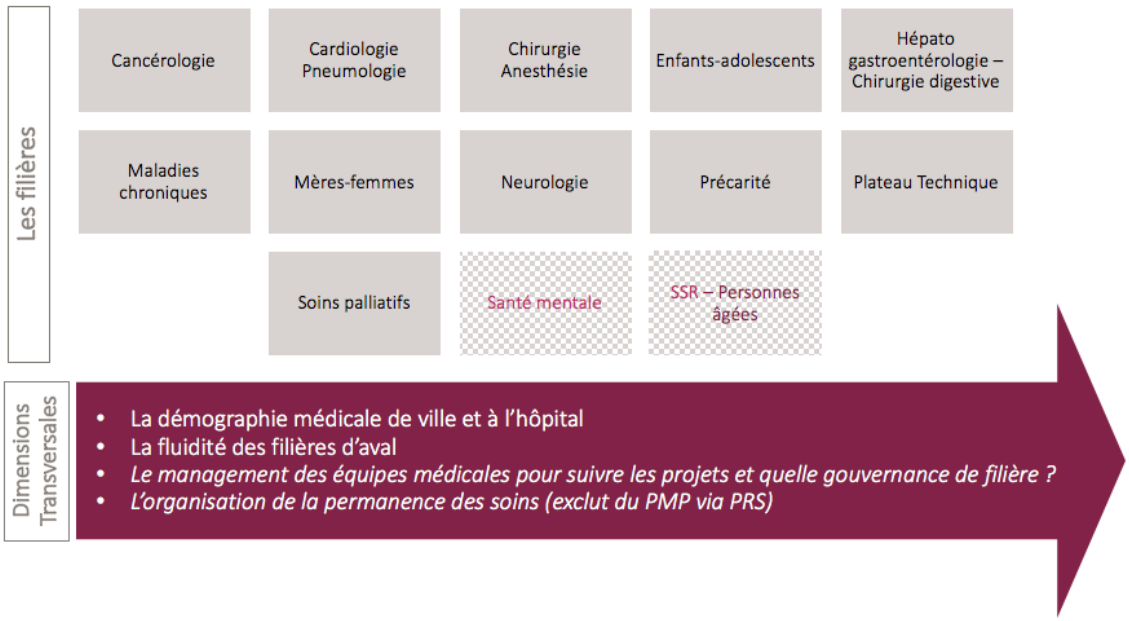
6. Instances internes des établissements

Les plans d'action par filière ont été présentés aux instances internes des établissements du GHT au mois de juin 2017.

7. Participation des pôles de chaque établissement

Les pôles cliniques et médicotechniques de chacun des onze établissements du GHT ont apporté une contribution notable, réactive et constructive à la réalisation des plans d'action par filières.

Plan d'actions par filières



Filière Cancérologie

A. Etat des lieux

Activités

Coopération étroite des établissements dans le cadre de l'Institut Régional Fédératif du Cancer
CHRU :

- Oncologie adulte et pédiatrique
- Radiothérapie. Seul site de radiothérapie du GHT.
- Oncohématologie adulte et pédiatrique
- Chirurgie carcinologique de référence

CH de Dole :

- Oncologie adulte
- Chirurgie carcinologique : autorisation pour la sénologie et la chirurgie digestive
- Oncohématologie

CHIHC :

- Oncologie adulte
- Chirurgie carcinologique : autorisation pour l'urologie et la chirurgie digestive
- Oncohématologie adulte

Dans le cadre de l'IRFC, les soins de support sont organisés :

- Psychologie
- Nutrition

- Activité physique adaptée
- Accompagnement social.

La prise en charge des risques d'infertilité liés au cancer est assurée par le CHRU (CECOS) et harmonisée dans le cadre de l'IRFC.

Le cas échéant, solutions de télémédecine

Les Réunions de Concertation Pluridisciplinaires sont organisées par télémédecine. Les salles de RCP ont été totalement modernisées au CHRU de Besançon dans l'ouverture du bâtiment vert en 2015. Elles répondent aux normes pour la lecture de l'imagerie (décret de 2009). L'organisation des RCP régionales privées et publiques thématiques est centralisée entièrement au CHRU, dans le cadre de l'IRFC : sénologie, urologie, gastroentérologie, pneumologie, RCP de recours, sarcômes, neurooncologie, gynécologie basse, endocrinologie, dermatologie. L'IRFC valide et surveille l'aménagement technique des salles de RCP au CH de Dole et au CHIHC.

Consultations avancées

Le suivi des traitements en cours et des fins de traitement est organisé par consultations avancées d'un oncologue à Gray. Au CH de Dole et au CHIHC, l'équipe médicale commune intervient.

Equipes médicales communes

Organisées en oncologie et en radiothérapie sous la forme de FMIH. L'équipe médicale commune d'oncologie médicale est gérée par le CHRU de Besançon. Ses pratiques sont coordonnées dans le cadre de l'IRFC. Elle regroupe 6 oncologues intervenant chaque semaine au CH de Dole, de Gray et au CHIHC. L'équipe commune de radiothérapie dessert les sites du CHRU et de l'HNFC.

Etat de l'offre libérale

La Polyclinique Saint-Vincent et la Polyclinique de Franche-Comté de Besançon sont membres de l'IRFC. Activité d'oncologie à la PFC réalisée par l'équipe du CHRU. A Dole, la Polyclinique du Parc détient une autorisation de chirurgie carcinologique urologique. Elle pratiquait jusqu'ici également la gastroscopie.

Organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles

Les absences éventuelles de médecins sur un site sont absorbées dans le cadre de l'équipe médicale unique. La régulation de l'activité médicale au sein de l'IRFC permet d'assurer la permanence des soins sur tous les sites tout au long de l'année.

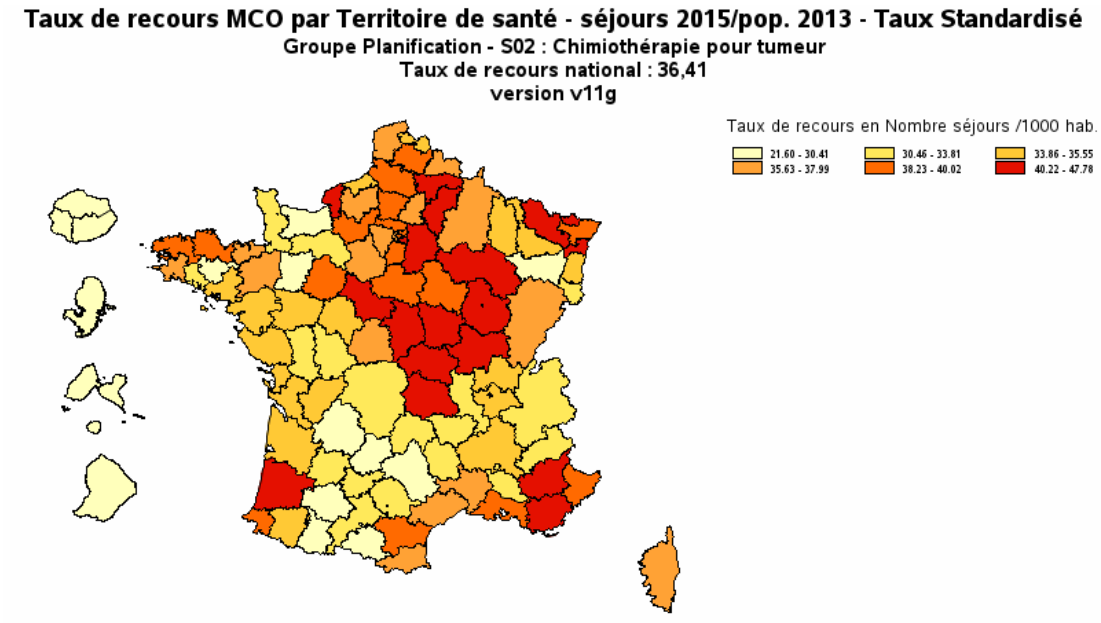
Points forts de la filière	Points de vigilance et axes de progrès de la filière
• Structuration de la prise en charge dans le cadre de l'Institut Régional Fédératif du Cancer (GCS) • Soins de qualité partout et pour tous • Proximité des soins • Accès à l'innovation pour tous les patients • Harmonisation des pratiques médicales • Equipe médicale commune • Réduction des délais de prise en charge depuis la création de l'IRFC • Structuration de l'anatomopathologie publique et privée sur le territoire franc-comtois • Système d'information structuré (Dossier communiquant de cancérologie, Bonnes pratiques de chimiothérapie, Oncotel, schéma directeur du système d'information)	• Modèle financier applicable à la filière et prise en charge des thérapies innovantes • Fuites du bassin dolois, notamment liées aux phases diagnostic et interventionnelle, et défaut de traçabilité sur le suivi des prises en charge • Faiblesse de la démographie médicale à Dole sur la chirurgie carcinologique digestive • Répartition de l'activité d'anatomopathologie entre le CHRU et l'offre privée. Fragilité de l'offre d'anatomopathologie publique • Voir fiche imagerie

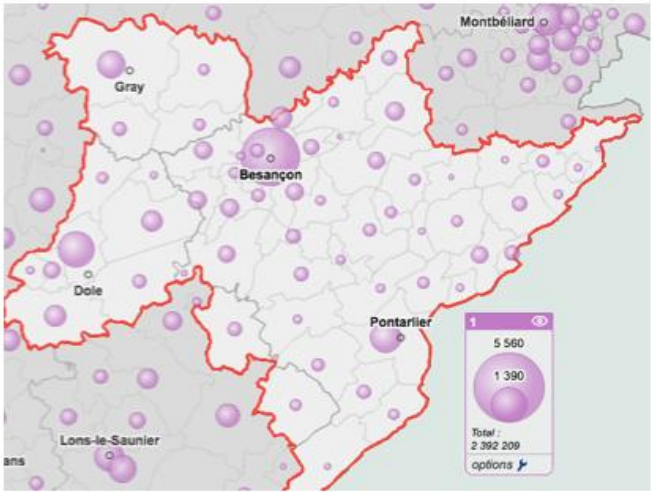
Etat de la démographie médicale

- Les risques liés à la démographie médicale de la filière

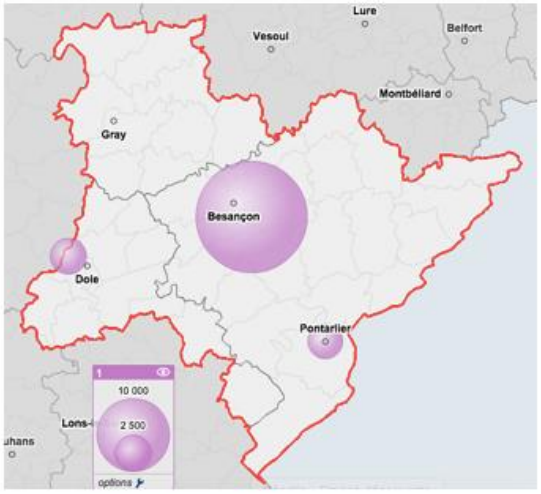
Démographie médicale fragile en radiothérapie mais convention avec le centre de lutte contre le cancer Georges-François Leclerc de Dijon, associé au GHT pour assurer la permanence des soins.

Analyse du nombre de chimiothérapies sur le territoire





NOMBRE DE CHIMIOTHERAPIES SUR LE TERRITOIRE



ACTIVITE DES ETABLISSEMENTS DU GHT EN VOLUME DE SEANCES DE CHIMIOTHERAPIE

B. Plan d'actions

1. Pérenniser les nombreuses coopérations déjà mises en place
Description : - Conforter les coopérations déjà développées dans le cadre de l'ensemble de la Franche-Comté, pour le territoire du GHT

Début prévisionnel : Immédiat	**Echéance prévisionnelle : Permanent**

2. Améliorer la filière cancérologique du bassin dolois (diagnostic, chirurgie, fuites…)	
Description : - Travailler sur l'orientation du parcours au sein de l'Institut Régional Fédératif du Cancer, dans un souci de qualité et de traçabilité des prises en charge	
Début prévisionnel : Immédiat	**Echéance prévisionnelle :**

3. Renforcer l'attractivité en anatomie pathologique et développer la biologie du cancer	
Début prévisionnel :	**Echéance prévisionnelle :**

4. Conforter l'équipe de radiothérapie du CHU en lien avec le Centre de Lutte contre le Cancer de Dijon	
Description : - Conforter les liens avec le CLCC pour consolider l'équipe de radiothérapie	
Début prévisionnel : Immédiat	**Echéance prévisionnelle :**

Filière Cardiologie-Pneumologie

A. Etat des lieux

Coopérations existantes :

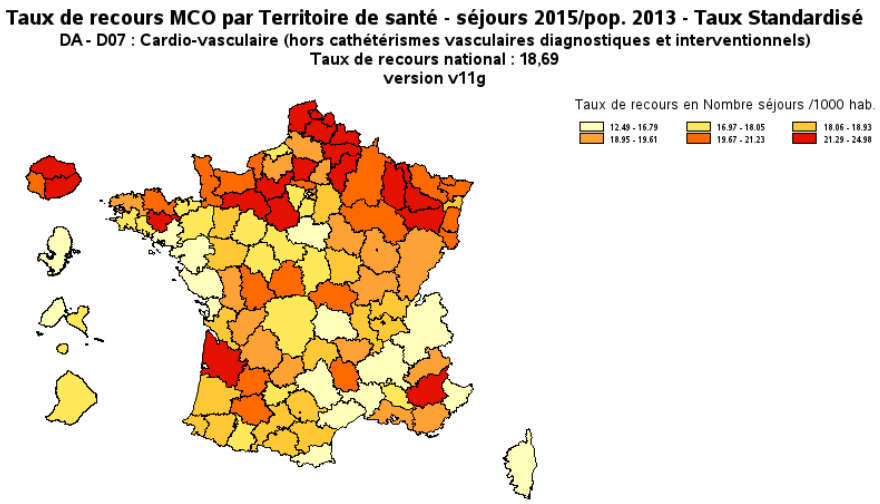
Un poste partagé de cardiologue entre CH de Dole et CHU

Activité partagée d'un pneumologue entre CHIHC et CHU

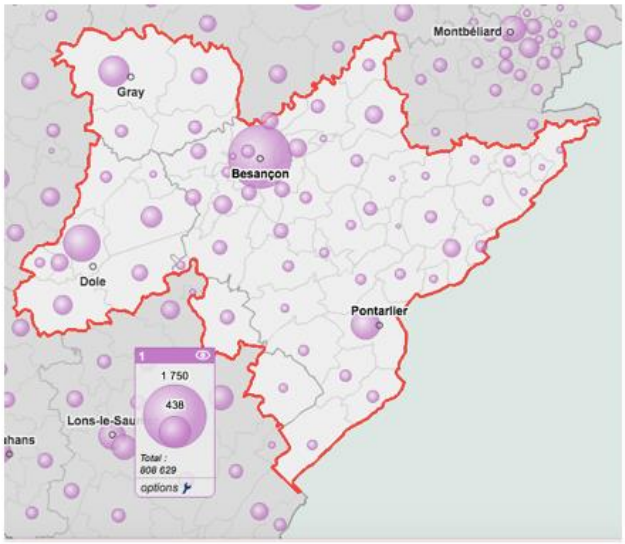
Coopération CHIHC avec Saint-Vincent et CHU pour la coronarographie

Points forts de la filière	Points de vigilance et axes de progrès de la filière
• **Cardiologie** • Bonne filiarisation des urgences cardiologiques • Adressage du recours vers le CHU au sein du GHT. La chirurgie cardiaque joue son rôle de recours. • Plateaux techniques de cardiologie au CHU, CH de Dole et CHIHC • **Pneumologie** • Pneumologie : structuration de l'activité oncologique dans le cadre de l'IRFC • Plateau technique d'endoscopies bronchiques et d'exploration à l'exercice au CHU et au CHIHC • Plateau technique d'exploration au CH de Dole	• Démographie médicale en chirurgie thoracique et cardiaque • Démographie médicale en cardiologie hors CHU • Démographie médicale en pneumologie (postes vacants) • Ces fragilités démographiques concernent à la fois les établissements publics et l'activité de ville. • Evolution de la démographie médicale sur la cardiologie pédiatrique => voir fiche enfants-adolescents • Engorgement de l'activité en général provoquant des fuites de patientèle vers l'offre privée

Cardiologie :

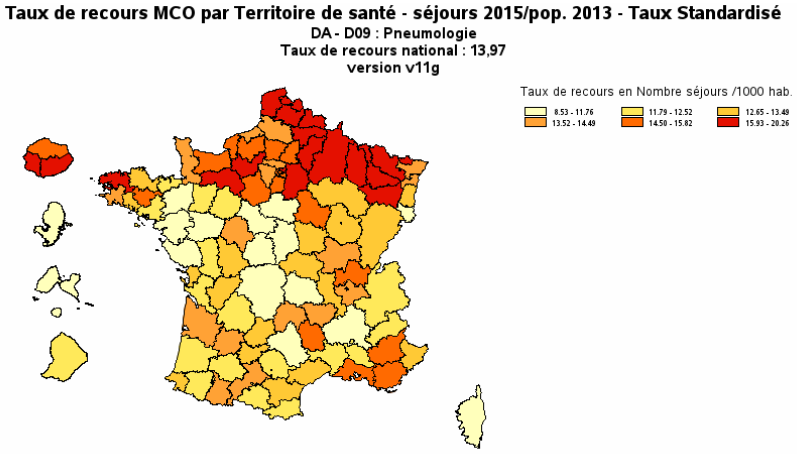


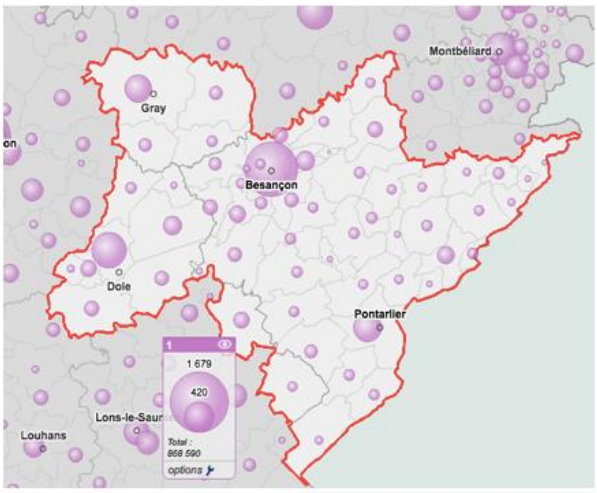
NOMBRE DE SEJOURS DE CARDIOLOGIE SUR LE TERRITOIRE



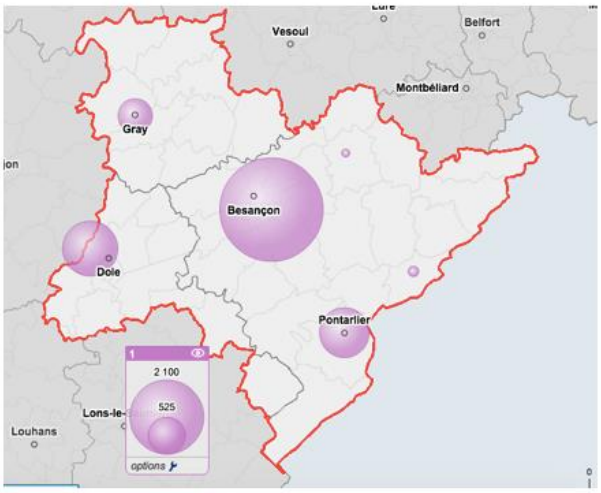
ACTIVITE DES ETABLISSEMENTS DU GHT EN VOLUME DE SEJOURS CARDIOLOGIE ET VASCULAIRE (CMD 05)

Pneumologie :





Nombre de séjours de pneumologie sur le territoire



Activité des établissements du GHT en volume de séjours pneumologie (CMD 04)

B. Plan d'actions

1. Définir les conditions d'attractivité pour les jeunes médecins
Description : - Proposer une équipe médicale territoriale en cardiologie et en pneumologie (quotité de temps à discuter au cas par cas) afin de renforcer l'attractivité des postes pour les plus jeunes médecins. Cette action se réaliserait notamment par l'instauration d'une équipe commune entre le CHU, le CH de Dole et le CHI de Haute-Comté par le développement de postes partagés. - Proposer des bi-appartenances ville-hôpital (en particulier pour les jeunes) sur des postes contractuels. Les hôpitaux pourront proposer des locaux et des équipements pour la partie libérale - Solliciter des ressources médicales partagées

Début prévisionnel : 2017	**Echéance prévisionnelle :** Moyen Terme

2. Définir des projets porteurs permettant de maintenir une cardiologie de proximité. Poursuivre les actions de parcours de l'insuffisance cardiaque
Description : - Développer une activité de réhabilitation hors CHU - Développer de la réhabilitation à l'effort à Dole (insuffisance cardiaque, athérosclérose) adapté aux situations particulières. Définir un nombre de place d'hôpital de jour et l'organisation médicale afférente - Problématique à Pontarlier d'accès aux examens de laboratoires en cardiologie : réalisation des actes par Besançon. Il conviendra de définir la faisabilité des conditions de transport Cf. Fiche biologie - Faciliter les échanges avec les équipes du CHU par visioconférence

Début prévisionnel : 2017	**Echéance prévisionnelle :**

3. Compléter l'offre de soins en cardiologie
Description : - En lien avec le CHU de Dijon via un poste de PH en cardiologie pédiatrique - Créer un service universitaire de médecine vasculaire

Début prévisionnel : 2017	**Echéance prévisionnelle :** Moyen Terme

Filière Chirurgie – Anesthésie

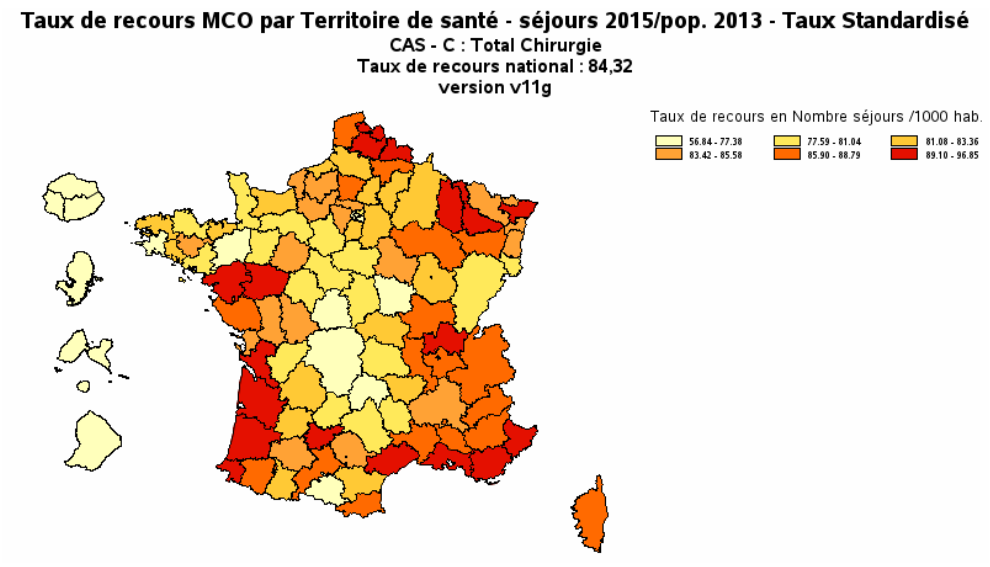
Priorités :

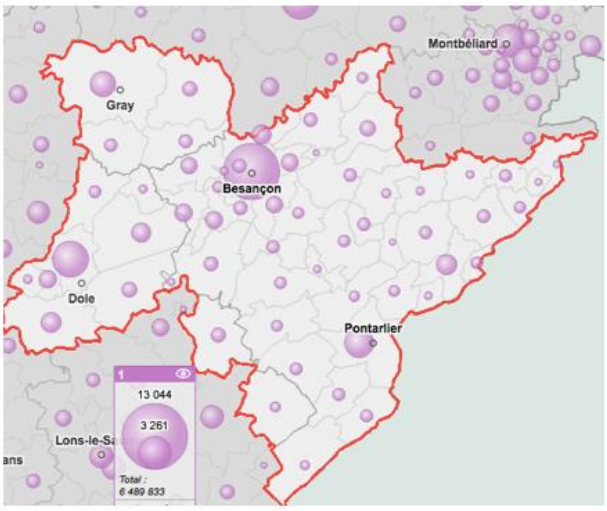
- Urologie
- ORL
- Chirurgie orthopédique – traumatologie
- Ophtalmologie

A. Etat des lieux

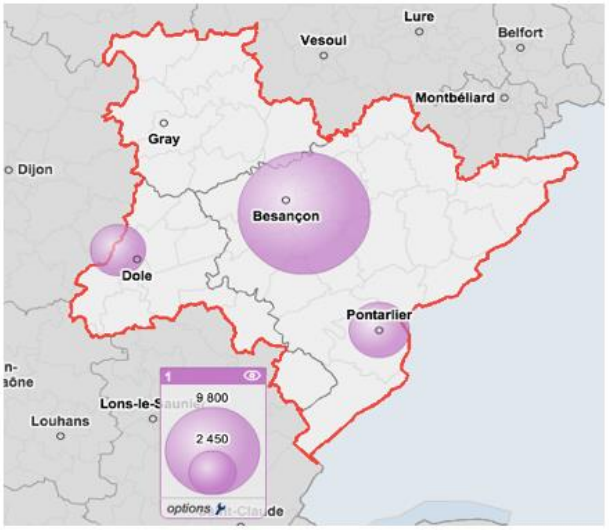
Points forts de la filière	Points de vigilance et axes de progrès de la filière
• Nombreuses coopérations et consultations avancées • Equipes chirurgicales du CHU déjà très investies hors territoire du GHT • Dynamisme de l'activité chirurgicale au CHRU • Dynamisme du virage ambulatoire dans les établissements du GHT	• Equipes chirurgicales investies majoritairement hors territoire du GHT • Formalisation à approfondir de l'organisation de la permanence des soins, en particulier sur l'urologie, sur l'ortho-traumato et sur la chirurgie digestive • Fuite de l'activité de chirurgie carcinologique en urologie du bassin de Dole • Fragilités démographiques sur certaines spécialités • Fragilité de l'offre en ophtalmologie et en ORL hors CHU et en médecine ambulatoire • Fragilités démographiques en anesthésie hors CHU, renouvellement en cours de la démographie en anesthésie au CHU • Poids du mercenariat en anesthésie dans le GHT (risque de fragilisation globale de la démographie anesthésie sur le GHT) • Equipe anesthésique en cours de reconstitution au CH de Dole

Analyse de l'activité de chirurgie :





Nombre de séjours de chirurgie en 2015



Nombre de séjours de chirurgie par établissements du GHT en 2015

B. Plan d'actions

1. **Construire une stratégie de groupe pour renforcer le virage ambulatoire et développer la réhabilitation précoce**	
Description : - Au CHU, développer la réhabilitation précoce après chirurgie (RAAC) en chirurgie viscérale et en orthopédie Cf Point 2 CH de Dole Cf Point 4 CHI de Haute Comté	
Début prévisionnel :	**Echéance prévisionnelle :** Court Terme

2. **Proposer le développement d'une offre chirurgicale ambulatoire au CH de Dole**	
Description : - L'activité serait réalisée par les chirurgiens et les anesthésistes du CHU sur un plateau technique modernisé. - Cette action nécessitera une validation institutionnelle et médicale entre les 2 établissements et les équipes. - Elle serait conduite sans exclusion d'aucune discipline. - Le repli et le recours se feraient au CHU. - Mesurer les conséquences sur les unités de soins critiques	
Début prévisionnel de l'étude de faisabilité : 2017	**Echéance prévisionnelle :** 2017

3. **Intégrer les plateaux techniques de proximité dans la gradation de l'offre chirurgicale**	
Description : - Dole : proximité - CHI Haute-Comté : proximité avec des segments de référence - CHU : proximité, recours, référence Renforcer la formalisation de la permanence des soins dans certaines disciplines	
Début prévisionnel :	**Echéance prévisionnelle :** Tout au long du projet

4. **Développer les coopérations CHU-CHIHC dans certaines disciplines chirurgicales. Etudier le renouvellement démographique chirurgical au CHIHC (notamment en ORL, en ophtalmologie…)**

Description : - Actuellement il y a 1 vacation par mois d'ophtalmologie et 1 PH (30%) en ORL - Etudier le développement de consultations et d'interventions spécialisées en cohérence avec la démographie médicale	
Début prévisionnel :	**Echéance prévisionnelle :** Court Terme

5. Travailler sur les fuites de chirurgie carcinologique sur le bassin dolois => Cf. fiche cancérologie
Description : - Actuellement les flux sont adressés à Dijon en ORL et en URO (carcinologue, radiothérapie et oncologie) sénologie diagnostic - Construire une stratégie avec les médecins généralistes et les consultations des spécialistes
Début prévisionnel : **Echéance prévisionnelle :** Moyen Terme

6. Développer des conditions d'attractivité en anesthésie
Description : - Afin de porter les différents projets, en particulier les projets territoriaux, les équipes d'anesthésistes (en particulier du CHU) doivent être renforcées - Modalités à définir : recrutements au CHU ? équipe territoriale ? - Etudier la faisabilité d'une organisation territoriale de la permanence des soins
Début prévisionnel : **Echéance prévisionnelle :** Moyen Terme

Filière Enfants – Adolescents

A. Etat des lieux

Points forts de la filière	Points de vigilance et axes de progrès de la filière
• Réseau périnalité => voir fiche Mère Femme • Coopérations nombreuses et échanges de bonnes pratiques entre les établissements • Mise en place d'un bon maillage de la plupart de sur-spécialités pédiatriques • Démographie dynamique dans le secteur hospitalier et en ville sur une partie du territoire • Bon fonctionnement de l'adressage du recours • Liens forts avec le social et le médico- social	• Orientation des flux de patients en génétique • Faiblesses en gastroentérologie et en pneumologie pédiatrique • Evolution de la démographie médicale en cardiologie pédiatrique => voir fiche cardio-pneumo Faiblesses démographiques de la pédiatrie de ville dans certains secteurs • Faiblesses des prises en charge des troubles de l'apprentissage sur certains secteurs

B. Plan d'actions

1. Formaliser et valoriser davantage les coopérations existantes	
Description : Des coopérations qui existent fonctionnent bien, même en extra-GHT. Ces coopérations doivent être formalisées	
Actions : - Mettre en place un suivi spécifique de l'activité pour le GHT afin de construire un plan d'actions de développement de l'activité (pérennisation des compétences et des matériels, partage des ressources, plan de succession ...). - Mettre en place une ressource médicale partagée en pédiatrie (notamment pour renforcer le CH de Gray)	
Début prévisionnel :	**Echéance prévisionnelle :**

2. Renforcer les coopérations en EEG pédiatriques

Description : Développer une offre territoriale en EEG pédiatrique	
Actions : - Remettre en service la télétransmission avec le CH de Dole - Développer et pérenniser les compétences - Mettre en place une convergence des équipements d'EEG	
Début prévisionnel : Été 2017	**Echéance prévisionnelle :** 2018

Filière hépato gastroentérologie – Chirurgie digestive

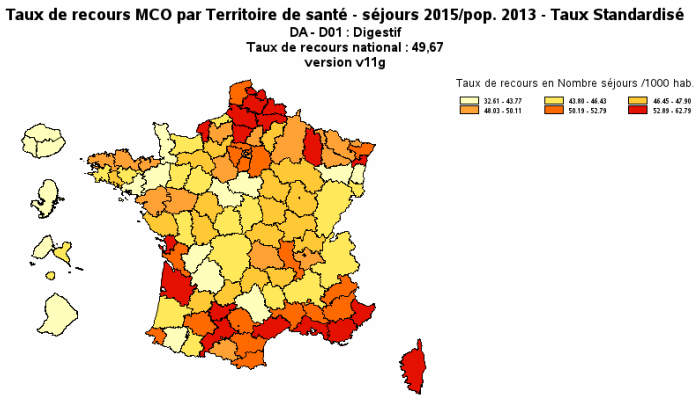
A. Etat des lieux

Coopérations existantes

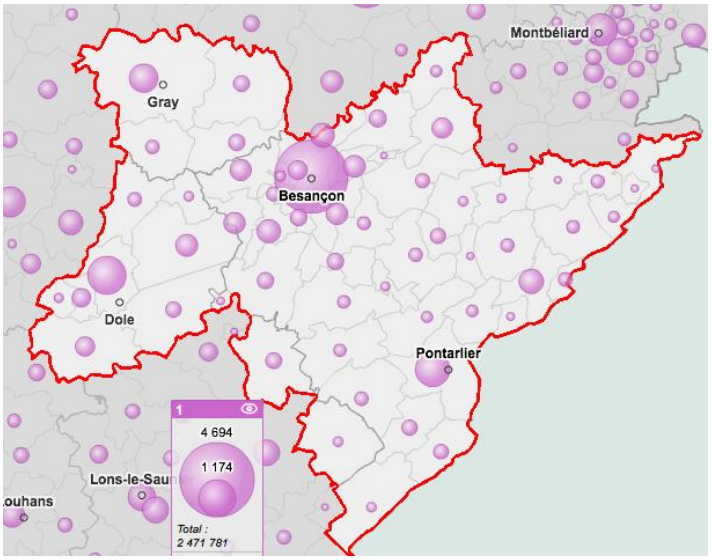
- Coopération CHU – CHIHC pour formation en endoscopie interventionnelle
- Gray : 1 praticiens de la clinique Saint-Vincent assurent la consultation (endoscopies et des coloscopies sous analgésie par MEOPA)
- Consultations avancées au CH Morteau (médecins du CHIHC) : chirurgie digestive

Points forts de la filière	Points de vigilance et axes de progrès de la filière
• Recours reconnu au CHRU : en chirurgie, en endoscopie et greffe de foie • Plateau technique récent et opérationnel au CHRU et au CHIHC • Organisation de la chirurgie carcinologique et de l'oncologie digestive au sein de l'IRFC. RCP structurées au niveau franc-comtois • Existence d'une filière d'expertise au CHRU : sur les maladies inflammatoires (RCP hebdomadaire franc-comtoise, mensuelle Grand Est (Nancy, Strasbourg, Reims, Dijon), bilio pancréatique hebdomadaire hebdomadaire et en hépatologie • Enseignement post universitaires organisés	• Activité d'endoscopie saturée au CHRU : délais de prise en charge très élevés • Extinction très récente de l'activité d'endoscopie à Dole • Grande fragilité à court terme de l'endoscopie au CHIHC • Risque de fuites de patientèle, notamment du bassin dolois • Organisation territoriale de la permanence des soins à travailler • Lourdeur de la permanence des soins actuelle au CHRU

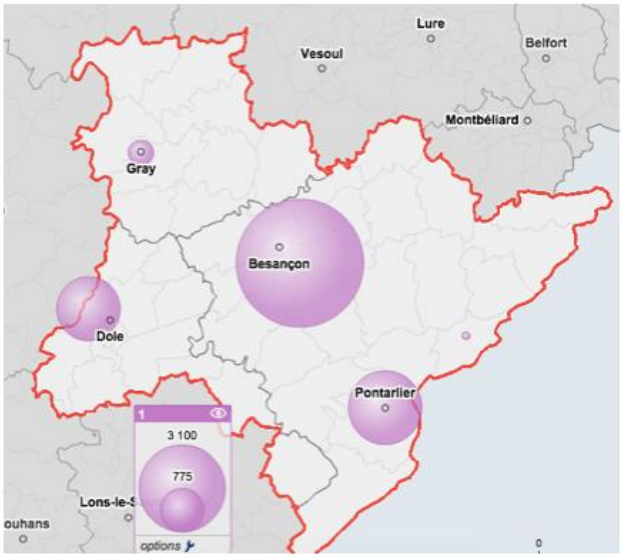
Etat de la démographie médicale Très grande fragilité de la démographie médicale en gastroentérologie hospitalière et de ville. Au CHU, démographie médicale en renouvellement en chirurgie digestive



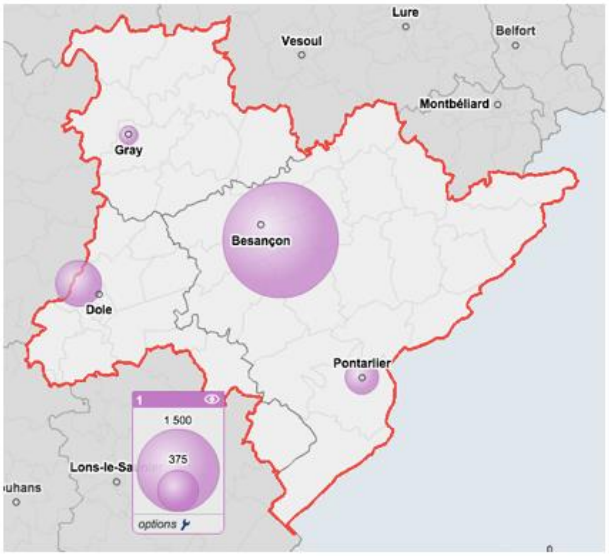
<u>Analyse de l'activité :</u>



Nombre de séjours de médecine digestive en 2015



Nombre de séjours de gastrologie par établissements du GHT



Nombre de séjours d'hépatologie par établissements du GHT

B. Plan d'actions

1. **Développer une stratégie de groupe publique permettant de densifier l'offre territoriale en endoscopie diagnostique et thérapeutique**	
Description : - Au CH de Dole, des séniors gastroentérologues du CHU réaliseront des vacations d'endoscopies (si recrutement d'un assistant spécialiste) : 2 jours par semaine (vacation bloc, consultations) - Etudier les difficultés du CH de Gray sur le plan de la démographie médicale. - Maintenir des consultations avancées sur les sites existants avec possibilité de développement.	
Début prévisionnel : 2017	**Echéance prévisionnelle :** Court Terme

2. **Structurer la filière et adapter l'organisation des équipes médicales**	
Description : - Travailler sur des équipes territoriales (pour attractivité des jeunes). Les chirurgiens réaliseraient une activité de premier niveau dans les sites périphériques et de l'activité de recours au CHU. - Mettre en place une dynamique de discussion pour définir la stratégie de parcours chirurgicaux	
Début prévisionnel : 2017	**Echéance prévisionnelle :** Moyen Terme

3. **Finaliser l'organisation des parcours de prise en charge en chirurgie digestive**	
Action : - Protocoliser l'ensemble de la prise en charge de la cancérologie	
Début prévisionnel : 2017	**Echéance prévisionnelle :** Moyen Terme

4. **Définir une organisation territoriale en lien avec le CHU, le CHI de Haute-Comté et le CH de Dole**	
Description : - Projet de développement de la chirurgie ambulatoire au CH de Dole - Retravailler sur la filière d'aval en particulier au CHU - A discuter en fonction de l'évolution des plateaux techniques : acte chirurgical sur le CHU et amont/aval en périphérie → Début prévisionnel pour 2018	
Début prévisionnel : 2017	**Echéance prévisionnelle :** Moyen Terme

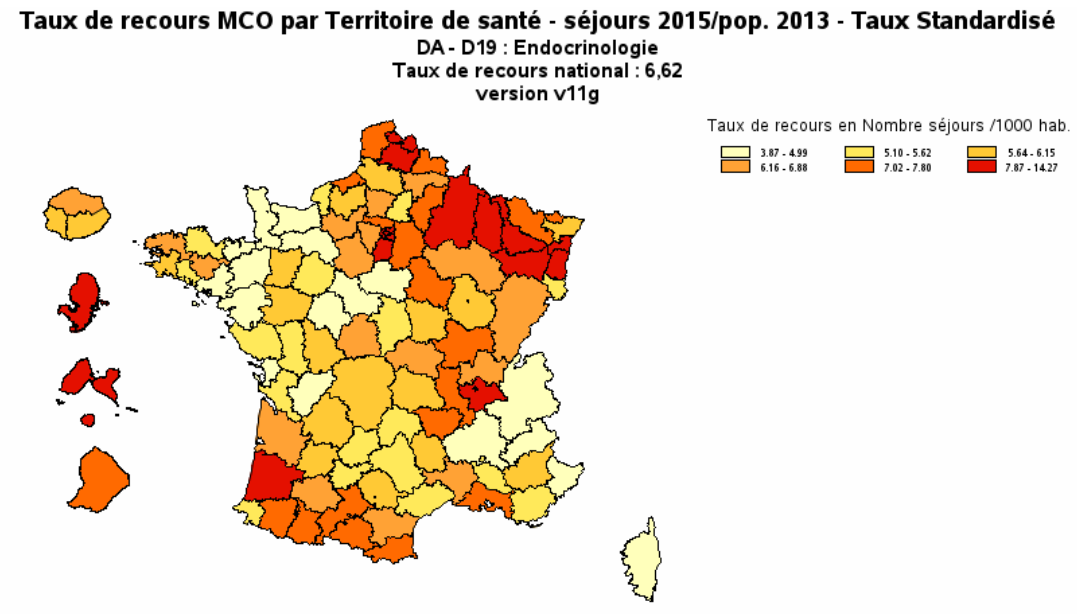
5. Développer une expertise en nutrition artificielle	
Description : Projet de lancement filière en novembre 2017. Prochaine étape, réadaptation fonctionnelle post opératoire.	
Début prévisionnel : 2017	**Echéance prévisionnelle :** Court Terme

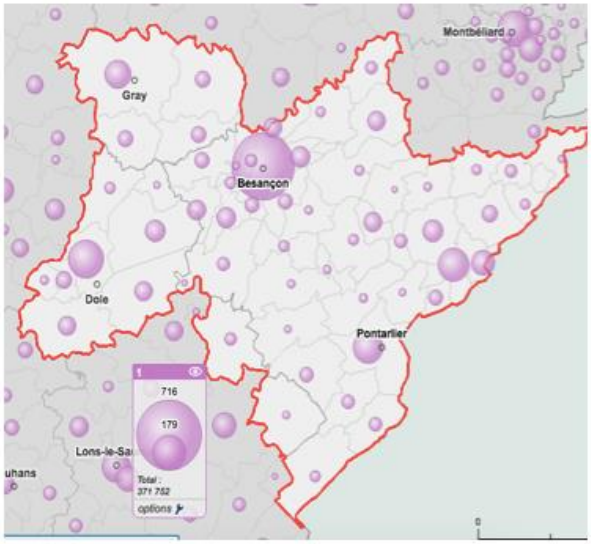
Filière Maladies Chroniques – Insuffisance Rénale - Diabète

A. Etat des lieux

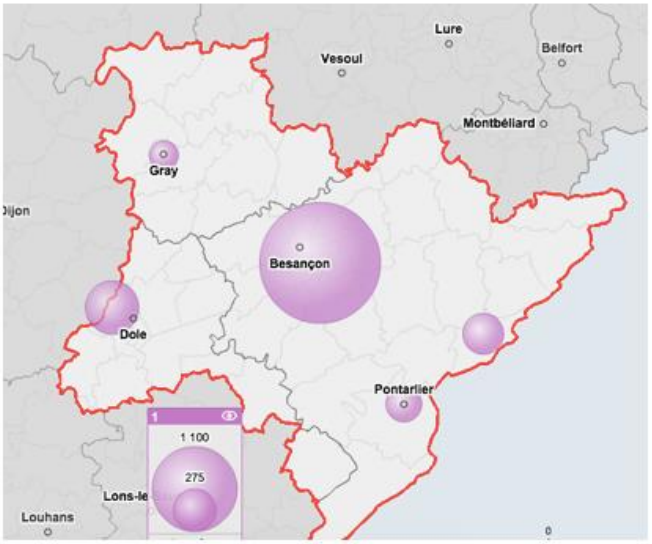
Points forts de la filière	Points de vigilance et axes de progrès de la filière
• **Diabétologie** • Coopérations existantes bien structurées (20% de temps PH mis à disposition par le CH de Dole au CHU) • Liens existants entre équipes médicales • RCP régionales communes (GHT et hors GHT) en cancérologie endocrinienne, hypophyse et chirurgie bariatrique • Protocole de télémédecine organisé avec le CHRU pour les patients porteurs de plaies chroniques du pied diabétique • Bon fonctionnement de l'adressage du recours en diabétologie • Activité d'éducation thérapeutique (Morteau, Gray, Baume-les-Dames...) • Activité d'aval en SSR à Morteau • Activité de consultations externes et d'hôpital de jour développée dans les établissements du GHT (Gray, Baume-les- Dames...) • **Néphrologie** • FMIH de néphrologie entre CHU et CH Dole depuis 2013 • RCP mensuelle d'accès à la liste de transplantation • Prise en charge par le CHU de la dialyse à Pontarlier (Santelys). Cette activité sera bientôt réalisée dans les locaux du CHIHC avec des moyens Santelys coordonnés par le CHU. • Démographie médicale hospitalière	• **Diabétologie** • Fragilité de la démographie médicale en ville (plusieurs départs en retraite prévus) en diabétologie et en endocrinologie/nutrition • Absence de financement de l'activité d'éducation thérapeutique à Gray • Equipes médicales restreintes

Analyse de l'activité - Endocrinologie :



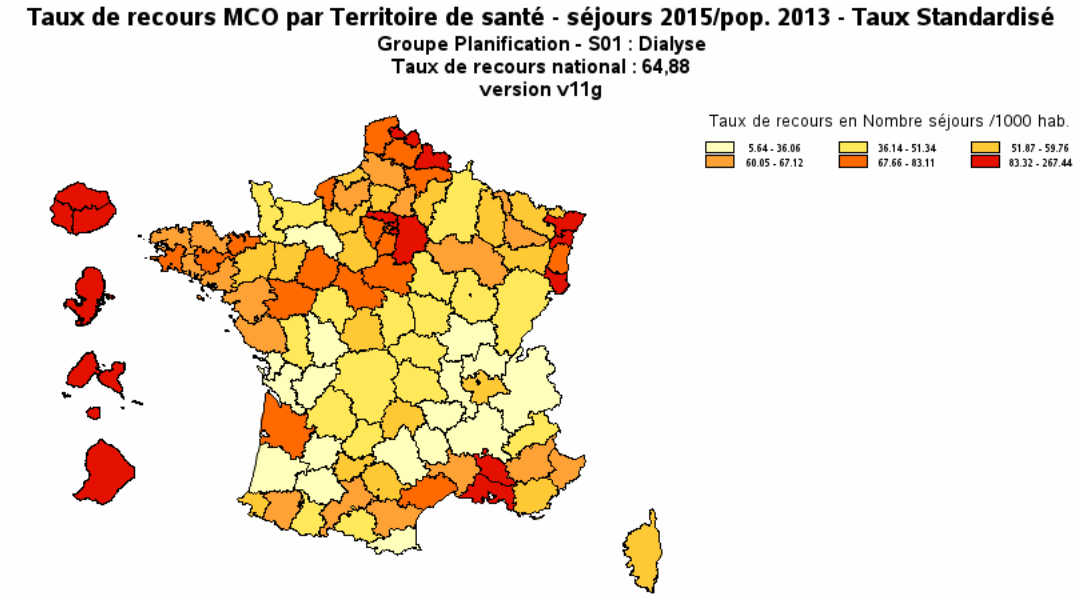


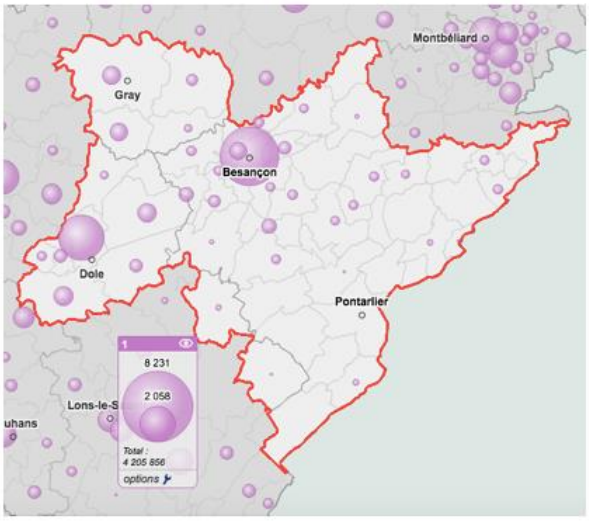
Nombre de séjours d'endocrinologie en 2015



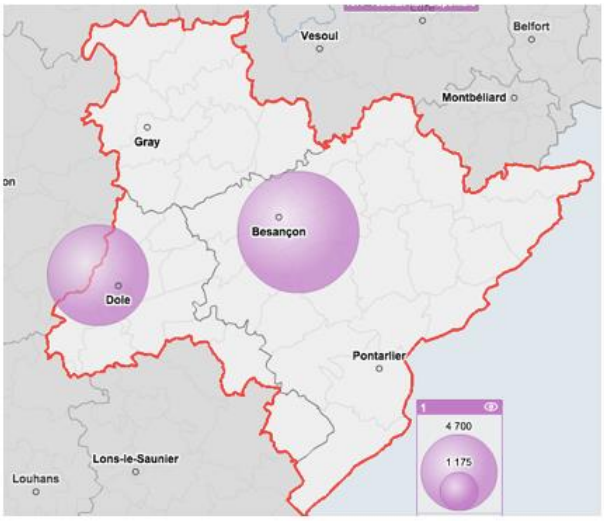
Nombre de séjours d'endocrinologie par établissements du GHT

Analyse de l'activité de Dialyse :





Nombre de séances de dialyse en 2015



Nombre de séjours de néphrologie par établissements du GHT

B. Plan d'actions

1. **Organiser la prise en charge de l'IRC terminale dans et hors GHT**	
Description : - En prérequis, une phase de diagnostic permettant d'envisager les propositions raisonnables en termes d'organisation territoriale - Dans le GHT : La prise en charge est organisée au sein du GHT avec le CHU notamment grâce à la bonne connaissance des équipes : 2 structures de prise en charge complète de l'IRC terminale (CHU et CH de Dole). On constate un manque d'opérateurs dans le Sud Jura et le GHT souhaite si cela est nécessaire pouvoir offrir une offre dans ce territoire. - Impliquer dans la réflexion Santelys qui assure une place importante de la prise en charge en dialyse (Pontarlier en totalité, hors centre sur Besançon et Dole, projet sur Gray, soit déjà environ 25 000 séances/an) Développer les consultations néphrologie. Le personnel de Santelys représente 2ETP supplémentaires sur Besançon et Pontarlier. - Cf. projet ARS - Le développement de la prise en charge hors GHT : o Le GHT Nord Franche-Comté est autonome et ne nécessite aucune aide spécifique. Les relations de recours et d'expertise sont excellentes. Elles doivent être formalisées. o La situation du GHT Haut Jura est très précaire. La démographie médicale ne permet pas de couvrir en autonomie les besoins. Les capacités de recrutement sont faibles et une aide est actuellement demandée au CHU. La répartition de l'offre de soins dans le GHT JS est mal équilibrée. Une prise en charge devrait être présente sur Lons-le-Saunier avec une prise en charge dégradée sur Saint-Claude **Réflexion à mener dans le cadre de la future convention d'association et du PRS**	
Début prévisionnel : 2017	**Echéance prévisionnelle :** Moyen Terme

2. **Renforcer les liens avec l'Hospitalisation à Domicile (HAD) pour limiter le recours aux urgences et à l'hospitalisation**	
Description : Problématique transversale	
Début prévisionnel : 2017	**Echéance prévisionnelle :** Long Terme

3. **Développer la télémédecine « pied diabétique »**	
Description : Cf. projet ARS	
Début prévisionnel : 1er réunion fin avril	**Echéance prévisionnelle :** Court Terme

4. Réfléchir à l'orientation du suivi du pied diabétique en consultations (au CHU et/ou hors CHU)	
Description : - La prise en charge du pied diabétique est structurée sur les 3 établissements MCO du GHT. - Doit être cependant dynamisée pour Gray (peu d'envois du CHU) - Développer l'HDJ - La problématique majeure est l'accès à l'aval (SSR), particulièrement au CHU, qui nécessite une prise en charge HC (amorcer la bascule en ambulatoire) - Afin de gérer la répartition des patients lourds, le pilotage du logiciel trajectoire devra être réalisé par les établissements du GHT (validation/répartition des admissions territoriales des cas lourds)	
Début prévisionnel : 2017	**Echéance prévisionnelle :** Moyen Terme

5. UDM patients limites	
Description : - Nécessite une mise en place de télémédecine, mais qui elle-même ne s'appliquera qu'en cas de création d'une structure d'autodialyse ou d'UDM. - Formaliser les conventions	
Début prévisionnel : 2017	**Echéance prévisionnelle :** Court Terme

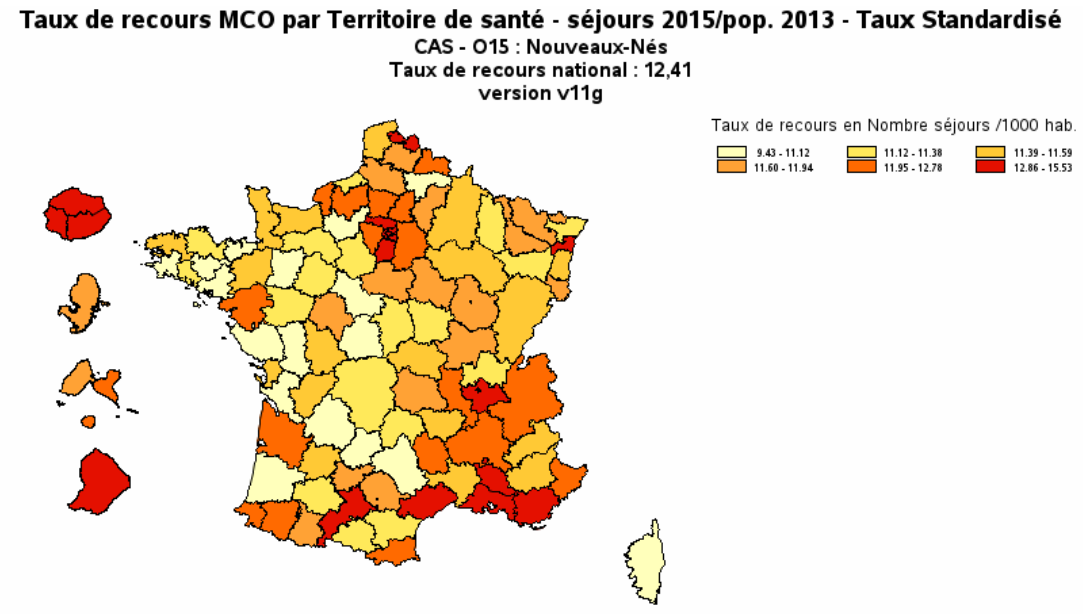
Filière Mère – Femme

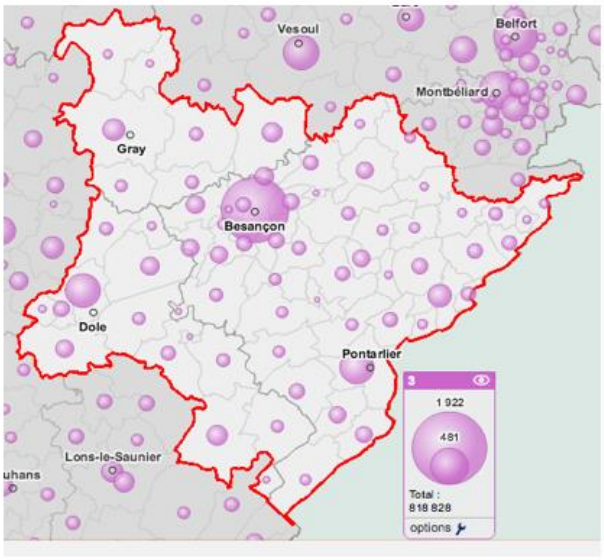
A. Etat des lieux

Points forts de la filière	Points de vigilance et axes de progrès de la filière

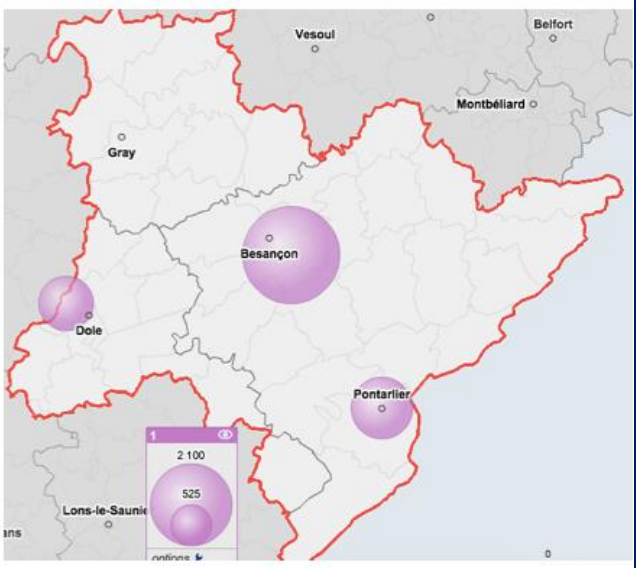
• Bonne structuration des échanges entre établissements à travers le Réseau Périnatalité et le CPDPN => voir fiche enfants adolescents
• 3 maternités publiques dynamiques
• Gray : ouverture en 2002 d'un Centre Périnatal de Proximité (CPP), en convention avec le Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHU) de Besançon
• Bonne structuration des niveaux de prise en charge
• Cancérologie gynécologique : travail au sein de l'IRFC => voir fiche cancérologie
• Démographie médicale hospitalière sur l'ensemble du territoire du GHT
	• Part d'activité décroissante de l'offre privée à Besançon.
	• Fragilités de l'offre de ville :
	  • à Morteau : consultations avancées par des médecins du Centre Hospitalier Intercommunal de Haute-Comté
	  • à Gray : pas d'offre libérale. Consultations assurées par le CH (assistant partagé)
	• Affaiblissement de l'offre liée au diagnostic ante natal en ville
	• Fuites importantes en chirurgie sénologique sur le bassin dolois et le bassin graylois liées à la faiblesse de l'offre diagnostique publique
	• Délais de prise en charge par les sages- femmes non maîtrisés à certains endroits du GHT

<u>Analyse du taux de recours pour les nouveau-nés :</u>



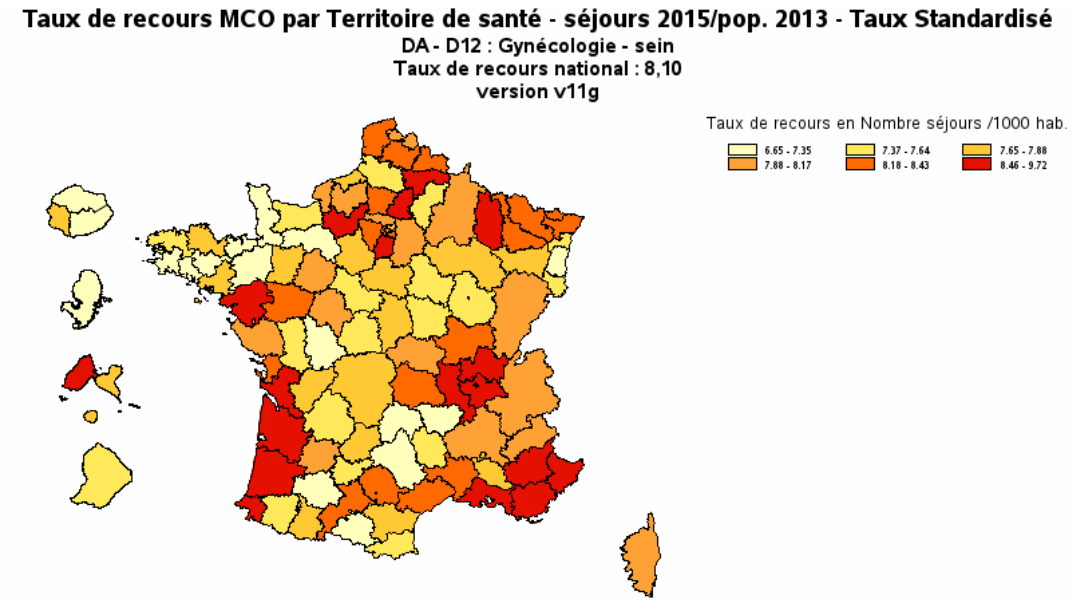


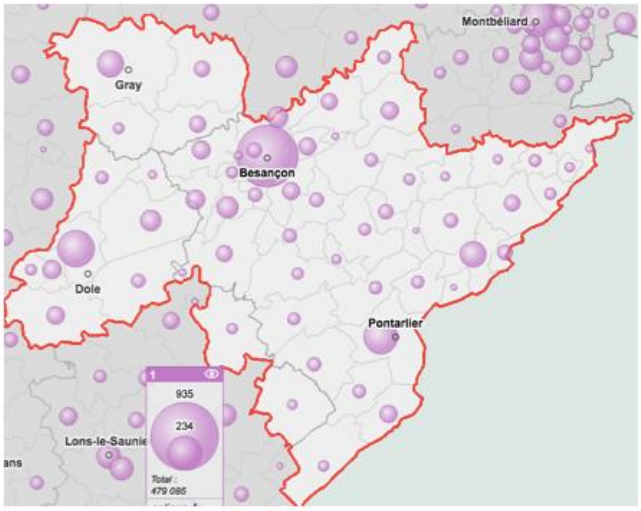
Origine géographique des nouveaux nés



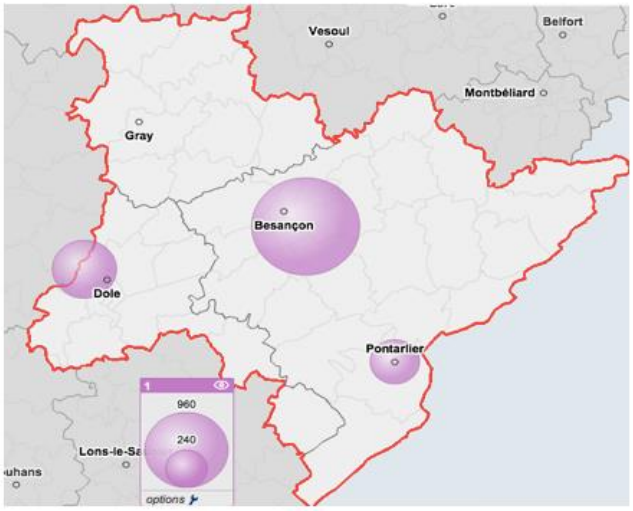
Nombre de nouveaux nés par établissements du GHT

<u>Analyse du taux de recours en gynécologie</u>





Nombre de séjours de chirurgie gynécologique par commune



Nombre de chirurgie gynécologique par établissements du GHT

B. Plan d'actions

1. Nécessité d'améliorer la structuration du diagnostic ante natal	
Description : - Nécessité d'améliorer la structuration du diagnostic ante natal - Carences démographiques majeures en ville. Développer et pérenniser l'offre hospitalière sur le diagnostic antenatal	
Etapes de mise en œuvre : - Mettre en place les conditions permettant d'assurer aux médecins une présence multi sites qui nécessitera la création d'un poste au niveau du GHT - Poursuivre la démarche d'uniformisation des outils informatiques et des pratiques dans le GHT.	
Début prévisionnel : Été 2017	**Echéance prévisionnelle :** Mi 2018

2. Développer l'adressage vers le GHT CFC
Description de l'action : • Développer l'adressage vers le GHT CFC • Développer une analyse des parts de marché pouvant être intégrées dans le GHT. (Le taux de fuite pour les CH de Gray et Dôle sont forts. Dole : pas de mammographies et pas de radiologues. 60% des patientes pathologiques du Dolois sont hospitalisées au CLCC Georges-François Leclerc de Dijon).

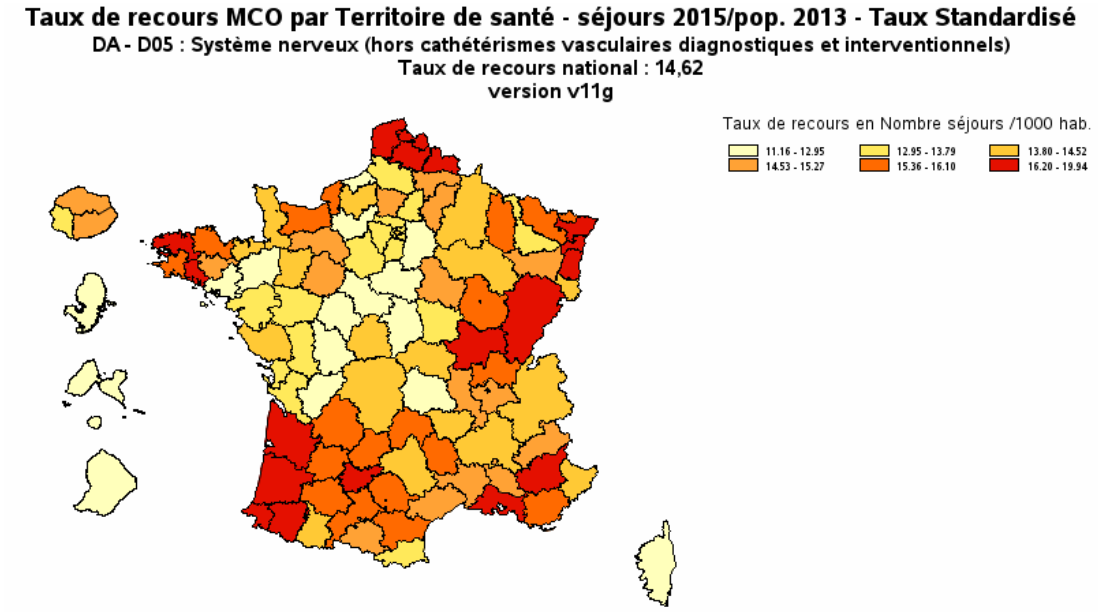
Etapes de mise en œuvre : - Développer une analyse des parts de marché pouvant être réintégrées dans le GHT - Renforcer le lien ville hôpital pour développer l'adressage vers le GHT CFC - Restaurer les conditions d'une meilleure filiarisation sur le dépistage du cancer du sein du GHT (diagnostic, chirurgie, oncologie, radiothérapie). *Remettre en place le dépistage du cancer du sein à Dole et y inclure Gray. Développer la possibilité de lecture des clichés à distance*.	
Début prévisionnel : 2017	**Echéance prévisionnelle :** NA
Points d'amélioration : Radiologie à Dole	

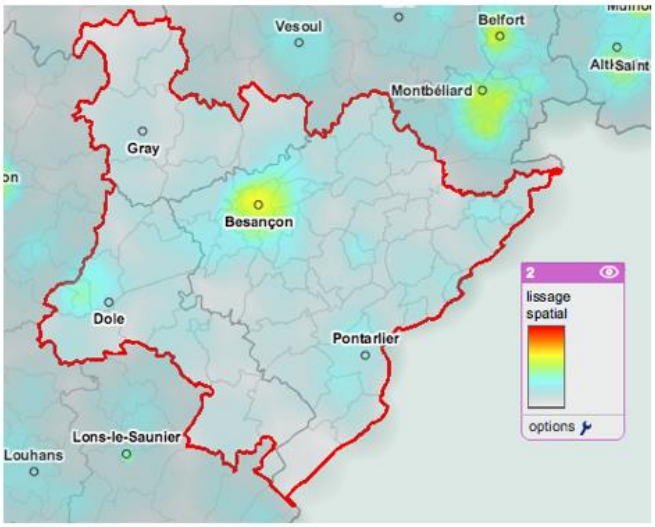
Filière Neurologie

A. Etat des lieux

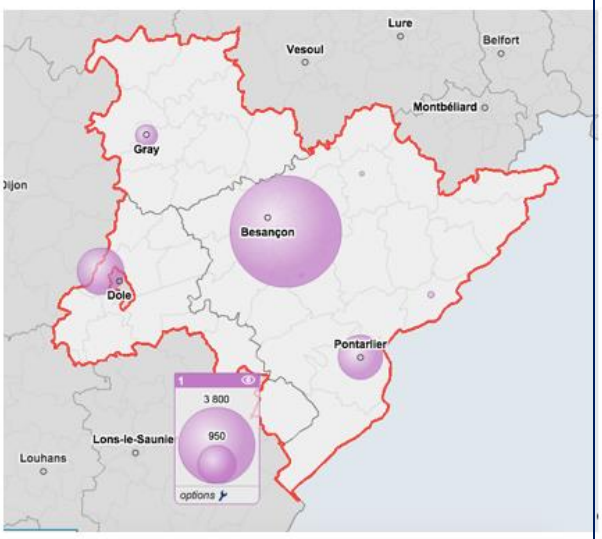
Points forts de la filière	Points de vigilance et axes de progrès de la filière
•Existence d'une FMIH régionale en neurologie (soins, formation, recherche) autour du développement régional de filières de prise en charge (AVC, CMRR, Epilepsie adulte-enfant, Neuro- Oncologie, Céphalées, Neuro-génétique, Parkinson, SEP, neuropathies, EEG, EMG) •Filière de prise en charge en urgence structurée (Réseau RUN, Garde régionale) •Filière historique de télémédecine (réseau RUN). Solutions de télémédecine abouties. •Exemple : Des consultations neurologiques par télémédecine sont réalisées avec le CHRU de Besançon dans le cadre de la prise en charge des patients cérébro-lésés depuis 2001. Depuis 2008, le CH de Gray a effectué 100% des transferts d'images AVC à l'unité neurovasculaire du CHU; une unité de neurologie avec télémédecine s'est implantée au CH de Pontarlier ; et une se développe au CH de Dole). •Structuration des activités : Centre expert Parkinson ; Coordination des centres mémoires par le CMRR ; Coordination pathologies inflammatoires et biothérapies (SEP) ; coordination des maladies neuro-musculaires et activités ENMG ; Epilepsies et EEG ; RCP de neurooncologie •Attractivité des postes pour de jeunes neurologues (activités variées en lien avec le CHU) •Liaisons bien établies avec les structures médico-sociales (SAMSAH, UEROS unités d'évaluation et de réinsertion socio-professionnelles...) •. Programme d'éducation thérapeutique Parkinson à Quingey	• Adapter les conditions et moyens d'hospitalisations aux besoins sur l'ensemble des filières • Structuration insuffisante de la filière d'aval avec les SSR • Fragilité de formation dans les différentes sur-spécialités de neurologie, par exemple neuropédiatrie-EEG, ENMG, Potentiels évoqués • Faiblesse démographique : • Fragilité de la démographie en radiologie interventionnelle en neuroradiologie => voir fiche imagerie • Fragilité de la démographie en neurologues libéraux • Faiblesse de la démographie des orthophonistes à Morteau • Faiblesse de la démographie des professionnels de la rééducation • Nécessité de renforcement la structuration de prise en charge des maladies neuro-dégénératives • Mieux structurer les plateaux techniques des filières aux besoins des patients neurologiques (imagerie, bilans et évaluations neurophysiologiques, neurocognitifs)

Analyse de l'activité de Neurologie





Taux de recours à l'hospitalisation en neurologie



Activité des établissements du GHT en volume de séjours 2015

B. Plan d'actions

1. **Renforcer la discipline, notamment dans le cadre des projets de télémédecine avec le projet « Global TeLeMED-Autonomie**	
Actions : - Renforcer les liens existants dans le cadre du RUN, dont le Télé-EEG. Adapter les moyens techniques pour fluidifier les transferts de données et rendre l'usage simple. - Développer des activités de consultations programmées en lien avec les établissements SSR du territoire avec le réseau RUN AVC - Expérimenter des consultations de suivi à domicile ou dans le cadre de l'HAD « Handicap neurologique »). NB : forte interaction avec les filières gériatrie, SSR et handicap.	
Début prévisionnel : 2017	**Echéance prévisionnelle :**

2. **Conforter la coopération en développant les unités de neurologie soutenues par la télémédecine et développer des activités techniques neurologiques avancées (EEG, ENMG, Doppler transcrânien, bilans neuropsychologiques, …)**	
Actions : - Conforter la coopération en développant les unités de neurologie soutenues par la télémédecine au CHI de Haute-Comté, au CH de Dole et au CH de Gray. Montée en charge par des ressources médicales partagées. - Développer des activités techniques neurologiques avancées Doppler transcrânien (en lien avec les angiologues du CHI de Haute-Comté, financement potentiel par les actes CCAM) - Développer des activités techniques neurologiques avancées ENMG (seniors réalisant des vacations d'ENMG : 2 jours par semaine/consultations externes - Développer des activités techniques neurologiques avancées bilans neuropsychologiques guidées pour une part par la télémédecine (financement par acte CCAM). Implication de neuropsychologues du CHU. Coordination d'activités et de formation des orthophonistes sur les sites - Mettre en place une convergence des outils et des équipements, notamment en EEG **Hors GHT :** - Renforcer la coopération avec les unités de neurologie hors GHT en les soutenant par la télémédecine à Vesoul et les UNV de Lons et Trévenans.	
Début prévisionnel : 2017/2018	**Echéance prévisionnelle :**

3. Consolider la structuration des prises en charge des maladies neurodégénératives	
Description : - Actions d'éducation thérapeutique (ETP) dédiées (AVC, Parkinson et SEP). - Prise en soins, aide au maintien dans l'emploi…) et évolutive tout au long de leur parcours des « malades jeunes » avec pathologies neurologiques - Renforçant les transversalités, les coordinations, les mutualisations concourant aux actions de recherche en neurologie. - Amélioration des prises en charge neurologiques en Neuro-Oncologie - Centre expert Parkinson et Mouvements anormaux (mise en place de base de données communes). - Actions de mutualisations dans le champ de la SEP (bases de données, imagerie, biothérapies).	
Début prévisionnel : 2017/2018	**Echéance prévisionnelle :**

4. Renforcer l'offre d'aval après prise en charge aiguë de l'AVC et plus généralement des cérébo-lésés	
Description : - Favoriser l'identification d'un parcours de soins type SSR dans chacun des établissements du GHT en coopération avec les gériatres et MPR. Montée en charge avec un poste de PH partagés entre les établissements MCO et SSR - Favoriser l'identification des patients cérébro-lésés dans chacun des établissements du GHT - Carnet de suivi informatisé avec l'identification d'un poste de TEC pour la coordination (faisabilité testée avec les services d'urgences du GHT) - Favoriser l'identification d'un parcours de soins type SSR pour les patients cérébro-lésés dans les établissements du GHT en coopération avec les MPR	
Début prévisionnel : 2017/2018	**Echéance prévisionnelle :**

5. Renforcer les activités de neuro radio interventionnelle	
Description : - Diffusion des procédures de prises en charge de neuroimagerie pour les patients neurologiques au sein de chacun des établissements de la GHT - Favoriser l'accès aux données de neuroimagerie dans le cadre de la télé radiologie et le RUN - Renforcer les moyens des RCP neurovasculaires spécifiques. Secrétariat dédié mutualisé entre les services - Rendre attractif un poste de NeuroRadiologie Interventionnel. Poste de CCA ou Assistant partagé entre Neuroradiologie et Neurologie	
Début prévisionnel : 2017/2018	**Echéance prévisionnelle :**

6. Soutenir les activités spécifiques de neurochirurgie	
Description : - Rendre attractif les postes de neurochirurgie - Renforcer les moyens des RCP neurovasculaires spécifiques - Développer une stratégie GHT autour de certaines chirurgies (A discuter en fonction de l'évolution des plateaux techniques : acte chirurgical sur le CHU et amont/aval en périphérie)	
Début prévisionnel : 2017/2018	**Echéance prévisionnelle :**

Filière de prise en charge en médecine palliative

A. Etat des lieux

Organisation

Dans notre système de santé, la politique de développement des soins palliatifs prévoit que les soins palliatifs puissent être réalisés par l'ensemble des professionnels de santé selon 3 niveaux (recommandations EAPC) :

Niveau 1 : professionnels de santé et étudiants de tout horizon

Niveau 2 : professionnels ayant une pratique régulière de médecine palliative (LISP, oncologie, réanimation,…)

Niveau 3 : professionnels ayant pour activité principale la médecine palliative (EMSP, USP, ERRSPP)

L'organisation du niveau 3 au sein de notre GHT est basée sur :

- 4 EMSP rattachées chacune à un centre hospitalier. Chaque équipe couvre un territoire selon un fonctionnement qui évite toute zone blanche.
- Une USP au CHU qui prend en charge les situations complexes et fait office de recours pour le GHT et la Franche Comté
- Une ERRSPP dont l'activité couvre la Franche Comté

Collaboration :

Les professionnels de soins palliatifs du GHT travaillent ensemble régulièrement pour permettre une offre cohérente compte tenu des missions communes. Cf. circulaire du 25 mars 2008.

Points forts :	points de vigilance:
-maillage territorial hospitalier avec travail d'harmonisation des pratiques entre les équipes de soins palliatifs (EMSP, USP et ERSPP) - EMSP favorisent, dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, la réflexion nécessaire pour optimiser les parcours de santé en clarifiant la stratégie de prise en charge par chaque équipe médicale responsable du malade (résident) -conventions existantes entre le CHU et les établissements sanitaires et médico-sociaux du territoire : Quingey, Baume les Dames, Ornans, Ehpad et Mas. -convention entre Ehpad, MAS et CHIHC -coopération entre le CHIHC et le CH de Morteau (intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs et de l'équipe douleur du CHIHC à Morteau) - convention entre CH Dole, Mas, Ehpad, et coopération HAD 39. - l'équipe régionale ressource en soins palliatifs pédiatriques implantée dans les services de pédiatrie du CHU, du CH de Dole, intercommunal de haute comté et les établissements médico sociaux -l'USP du CHU a un rôle de recours à l'échelle du GHT mais aussi de la Franche Comté -lits dédiés et professionnels formés en soins palliatifs dans plusieurs établissements	-organisation nécessaire de la collaboration entre EMSP et PTA (ARESPA) pour le domicile en fonction des missions complémentaires de chaque structure - démographie faible des médecins de soins palliatifs opérationnels, et en formation DESC -filière universitaire à pérenniser -nature des financements (FIR)

B. Plan d'action

-favoriser la réflexion sur la stratégie de prise en charge du malade, quelle que soit la spécialité médicale et chirurgicale, en intégrant :

-les dispositions de la loi 2016-96 du 2 février 2016

-les repères d'éthique médicale utiles

- identifier précocement les situations de fin de vie* afin de fluidifier les parcours patient dans chaque filière

**un malade est en fin de vie lorsqu'il est atteint d'une maladie grave et incurable à un stade avancé ou terminal L1111-4 CSP, R1111-17 à R1111-20 CSP, R4127-37 CSP*

- développer le travail entre domicile, secteur médico-social et secteur sanitaire en s'appuyant sur les compétences logistiques des plateformes territoriales d'appui (ARESPA) et sur la coopération avec l'HAD et en lien avec les hôpitaux de proximité.

- mettre en œuvre une organisation à l'échelle du GHT qui permette un accès de tous les malades aux soins palliatifs en prenant en compte le déficit en médecins de soins palliatifs

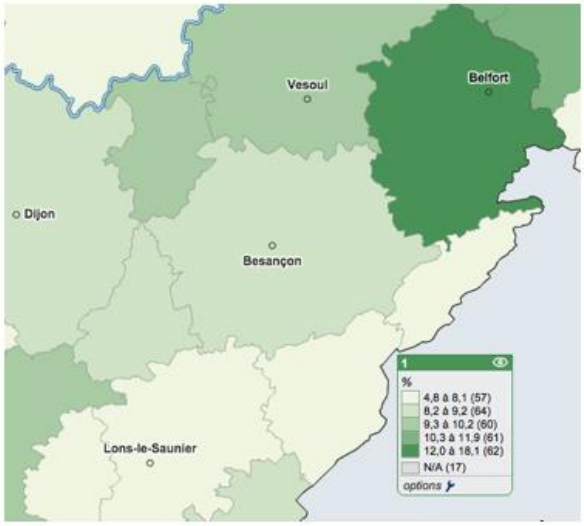
-développer la filière universitaire et renforcer l'attractivité pour les jeunes médecins

Filière Précarité

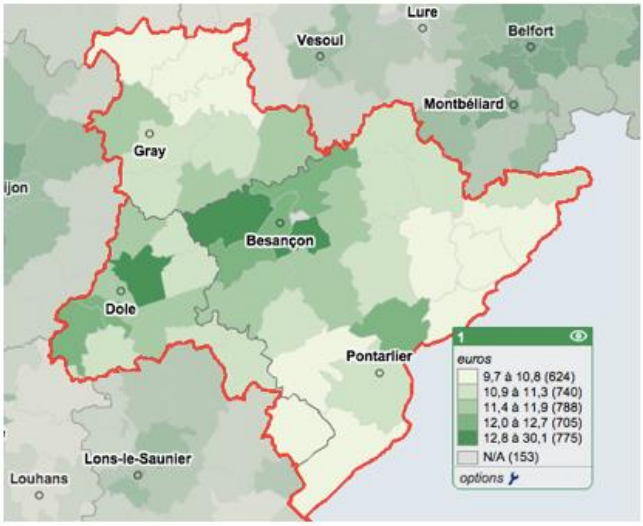
A. Etat des lieux

Points forts de la filière	Points de vigilance et axes de progrès de la filière
•Coopération existante entre les PASS de la région (coordonnateur régional) •Réactivité des PASS pour répondre aux besoins des populations (centres de demandeurs d'asile à Besançon et Gray). PASS médecine/urgences/ gynéco/addicto au CHIHC •Coordination existante avec les interlocuteurs hors hôpital	•Le CHRU est le seul établissement du GHT dans lequel la PASS est médicalisée. •Hétérogénéité des fonctionnements et des publics des PASS •Absence de PASS psy sur le territoire •Absence de MIG précarité au CHRU et au CH de Gray •Inégalité de formalisation et de régularité des contacts avec les partenaires de l'action sociale hors hôpital

Indicateurs économiques :



Taux de chômage



Salaire moyen en €

B. Plan d'actions

1. **Évaluer la qualité de la couverture territoriale et l'égal accès aux soins sur le GHT**	
Description de l'action : • Cartographie des PASS et de leur fonctionnement selon les différents établissements du GHT • Identifier les besoins dans l'offre des différents bassins • Mettre en place les mesures permettant de garantir que les autres filières prennent en charge la précarité Cette action est actuellement en cours dans le cadre de la coordination régionale. Il s'agit de décrire les services proposés par les PASS mais aussi leurs modes de fonctionnement et les ressources humaines et matérielles mise à disposition. La coordination régionale des PASS est une instance déjà existante.	
Etapes de mise en œuvre : - Définir la liste des informations à recueillir et les compiler dans un questionnaire - Diffuser le questionnaire et assurer un suivi/aide au remplissage - Collecter les réponses et synthétiser les informations - Partager cet état des lieux au sein du GHT et via le Copil PASS	
Début prévisionnel : - Déjà initié	**Echéance prévisionnelle :** - Été 2017
Modalité de suivi : Production et partage de l'état des lieux à la date prévue	

2. **Renforcer le lien entre les PASS du GHT avec projet d'une collaboration plus étroite afin d'améliorer la qualité des réponses et d'harmoniser les pratiques**	
Description de l'action : Construire et adresser un questionnaire d'identification des besoins de la population précaire à destination des acteurs externes à l'hôpital (CAS, associations …) pour ensuite mesurer l'adéquation de l'offre au besoin. L'enjeu est bien de dépasser la notion stricte de PASS et traiter de la précarité	
Etapes de mise en œuvre : - Construire le questionnaire - Identifier les destinataires et adresser le questionnaire - Collecter les réponses et synthétiser les informations - Identifier les écarts entre l'offre et le besoin et construire un plan d'actions d'ajustement - Partager cet état des lieux du besoin au sein du GHT et du Copil PASS	
Début prévisionnel : - 3ème T 2017	**Echéance prévisionnelle :** - 4ème T 2017

Modalité de suivi :

Production et partage des écarts entre l'offre et le besoin de la population à la date prévue et construction effective d'un plan d'actions

3. Regrouper les compétences au niveau du GHT, pour permettre une collaboration plus fine avec les partenaires extérieurs (CPAM, préfecture, Ville, conseils départementaux…)

- Nomination d'un responsable précarité unique fort pour le GHT et pour les partenaires extérieurs
- Rapprochement avec la CPAM - convention - garantir un suivi régulier - Evaluation

Description de l'action :

Les filières qui doivent prioritairement intégrer une dimension précarité sont :
- Les urgences
- La gynécologie et l'obstétrique
- La psychiatrie
- La pédiatrie
- La médecine (dermatologie - plaies et cicatrisation)

Etapes de mise en œuvre :

- Communiquer aux responsables de filières la nécessité d'inclure la dimension précarité dans la prise en compte des patients
- Présentation par le Dr Auzas des spécificités médicales de la population précaire (instance adéquate à définir)
- Présentation par le Dr Auzas des critères d'identification de la précarité par le bureau des entrées et les soignants
- Suivi de la prise en compte par le COSTRAT

Début prévisionnel :	**Echéance prévisionnelle :**
- À définir	- À définir

Modalité de suivi :

Existence de la prise en compte de la précarité dans les 5 filières identifiées

4. Optimiser le rôle de la coordination régionale au service des établissements du GHT

- Développer les synergies entre la coordination régionale PASS et la direction des différents établissements du GHT

Description de l'action :

La mise en place d'un poste d'assistant partagé entre les sites du CHRU de Besançon et des CH de Gray et Dôle.
Cette ressource partagée est envisagée comme le moyen de fédérer les modes de prise en charge de la précarité, d'étendre les bonnes pratiques identifiées.

Etapes de mise en œuvre : - Identifier le profil du poste - Go/No Go ? par instance GHT et ARS - Si Go, Sélectionner des candidats - Réaliser les entretiens et mesurer l'adéquation des candidats au profil de poste et préparer le plan d'intégration - Décision de recrutement, intégration et bilan à 3/6 mois	
Début prévisionnel : ASAP	**Echéance prévisionnelle :** Fin 2017

5. Nomination d'un référent précarité unique pour le GHT et vis-à-vis des partenaires externes	
Description de l'action : Désigner un interlocuteur unique qui représentera et portera le sujet de la précarité auprès des interlocuteurs externes. Le profil serait un directeur sensibilisé à l'impact économique de la précarité pour les établissements - idéalement un DAF.	
Etapes de mise en œuvre : - Valider le rôle de référent - Nommer le référent - Inclure le référent dans les instances relatives à la gestion de la précarité (instance annuelle)	
Début prévisionnel : Été 2017	**Echéance prévisionnelle :** Été 2017

6. Rapprochement avec la CPAM - convention - garantir un suivi régulier - Evaluation	
Description de l'action : Participer activement aux relations entre le GHT et l'Assurance Maladie (CPAM du Doubs) pour mettre en place et faire fonctionner au quotidien les dispositifs de prise en charge de la précarité notamment les soins urgents	
Etapes de mise en œuvre : - Faire un bilan du fonctionnement des dispositifs nationaux de gestion de la précarité au sein du GHT - Présenter ce bilan aux acteurs externes à l'hôpital et proposer un plan d'actions correctif - Mettre en place un suivi annuel	
Début prévisionnel :	**Echéance prévisionnelle :**

7. Développer les synergies entre la coordination régionale PASS et la direction des différents établissements du GHT	
Description de l'action : Créer les conditions d'un échange régulier entre la coordination PASS existante et la direction du GHT afin de pérenniser les modes de fonctionnement et un mettre en place un système d'amélioration continue	
Etapes de mise en œuvre : - Identifier le ou les instance(s) existante(s) dans lesquels le sujet de la précarité doit être traité - Nommer un ou des participants et construire un ordre du jour type (actions réalisées, bilan à date, reste à faire, décision à prendre) - Participer aux instances (selon ordre du jour type)	
Début prévisionnel :	**Echéance prévisionnelle :**

Filière Personnes Handicapées

A. Etat des lieux

Données contextuelles issues des études de l'UNAPEI

Les Personnes Handicapées présentent des pathologies multiples du fait du handicap, de son évolutivité et des pathologies associées.

Le handicap génère des besoins spécifiques qui nécessitent souvent une prise en charge multidisciplinaire. Leurs soins en santé peuvent imposer une charge spécifique (dépistage et traitement de la douleur, soins dentaires sous sédation…)

Le vieillissement s'ajoute au handicap en favorisant diverses pathologies (maladies cardio-vasculaires, musculo-squelettiques, démences, cancers ….)

Les difficultés de communication et d'expression rendent les diagnostics plus difficiles et peuvent conduire à un retard de traitement.
L'adhésion au projet de santé doit toujours être vérifiée.
Les ruptures dans les parcours de santé sont fréquentes en particulier lors de la modification de l'environnement et lorsque de multiples pathologies exposent au risque de fractionnement de soins.
Les professionnels de santé du secteur sanitaire sont peu formés au handicap alors que le secteur médico-social est surtout formé à l'accompagnement.

Tous les établissements sont concernés par le parcours de la Personne Handicapée

Points forts de la filière

Proximité du CHU
Travaux conduits par l'ARS en 2011 entre les établissements pour personnes handicapées et le secteur sanitaire
Convention entre le CH d'ORNANS et SDH 25 pour relais lors des sorties du CHU
MAS de 40 places sur QUINGEY dans le GHT des personnes en situation de Handicap physique
FAS de Nozeroy adossé à la maison de retraite, et à la maison médicale, permettant des passerelles entre les deux secteurs médico-sociaux et des prises en charge conjointes parents et enfants handicapés
Partenariat avec les établissements médico-sociaux.

Points de vigilance et axes de progrès filière

Accueil et information des Patients
DLU à sens unique car il ne revient que rarement dans les établissements
Complexité des prises en charge et accès au recours des spécialités
Importance de l'homogénéité du collectif
Personnes naviguant entre la neurologie les SSR, la maison de vie, les MAS en séjour temporaire pendant des mois dans ce parcours plusieurs fois répété
Problématique de la Personne Handicapée Vieillissante

B. Plan d'actions

1 – Réaliser un état des lieux

2 – Concerter les acteurs du secteur du handicap en associant les représentants des usagers

3 – Performer le dossier de liaison d'urgence

4 - Développer des consultations dédiées en neuro, ORL, gastro, gynéco, bucco-dentaire sans passage aux urgences

5- Former les professionnels du secteur sanitaire sur l'accueil, la communication avec les Personnes Handicapées et les Aidants

6 – Nommer un référent de la filière Personnes Handicapées

C – Méthodologie opérationnelle

1 . Réaliser un état des lieux

Analyse démographique	novembre 2017
Taux de recours à l'hospitalisation	novembre 2017

Pilote à solliciter

2 - Concerter les acteurs du secteur du handicap en associant les représentants des usagers

Construire et adresser un questionnaire d'identification des besoins des Personnes Handicapées sur le territoire du GHT dans leur parcours de santé avec focus sur les liens ville/hôpital, hôpital /établissement médico-social

Etapes de mise en œuvre :

-	Construire le questionnaire	janvier 2018
-	Identifier les destinataires et adresser le questionnaire	février 2018
-	Collecter les réponses et synthétiser les informations	avril 2018
-	Partager cet état des lieux du besoin au sein du GHT	mai 2018

Pilote : Chantal GRANDJEAN Etablissement de santé de QUINGEY avec la contribution de Michèle CHARLES représentant les Usagers au comité des Usagers du GHT et autres volontaires

3. Performer le dossier de liaison d'urgence

Rassembler les supports
Evaluer les taux de transmission : premier semestre 2018
Pilotes : Docteur Céline MENAT Docteur et Docteur Chloé BONNET Etablissement de santé de Quingey

4.- Etudier le développement des consultations dédiées en orl, neuro, gastro, gynéco, bucco-dentaire sans passage aux urgences -

Proposer la désignation d'établissements référents par type de prises en charge somatique et organiser l'accueil nécessaire des problématiques aigües. Pilote à solliciter

5. - Former les professionnels du secteur sanitaire sur l'accueil, la communication avec les Personnes Handicapées et les Aidants

La formation devra envisager spécifiquement le handicap mental ainsi que l'accompagnement dans les soins pendant l'hospitalisation

Solliciter l'avis des membres du projet paramédical de territoire et du groupe qualité

Pilote : un cadre supérieur de santé de l'établissement de santé de QUINGEY 2ème trimestre 2018

6 – Nommer un référent de la filière Personne handicapées

Désigner un interlocuteur unique qui représentera la filière et portera le projet des besoins des Personnes Handicapées dans le cadre du projet médical partagé auprès des interlocuteurs externes. Faire un appel à candidature

Filière Personnes âgées

La filière Personnes âgées et la filière SSR concernent directement l'activité des onze établissements du GHT Centre Franche-Comté. Leur organisation représente un enjeu majeur pour la structuration de l'aval et la fluidité des parcours. Elles font donc l'objet d'une présentation approfondie du plan d'actions les concernant.

A. Etat des lieux et prospective

En 2011, la Franche-Comté comptait 24 % de sa population âgée de 60 ans et plus, soit 281 000 personnes. L'accroissement continu de l'espérance de vie, conjugué à l'arrivée dans les tranches d'âges les plus élevées des générations issues du baby-boom, laisse augurer un vieillissement rapide de la population. Ainsi, si les tendances démographiques observées se maintiennent, en 2030 la population franc-comtoise âgée de 60 ans et plus devrait augmenter de 35 % pour représenter 30 % de la population (379 000 personnes).

Au regard de la structure par âge, ce sont les effectifs des tranches les plus âgées qui augmenteraient en premier lieu. Le nombre des 85 ans et plus passerait ainsi de 30 900 à 46 900 en 2030, soit une progression de + 50 % entre 2011 et 2030.

Ce vieillissement rapide de la population soulève la question de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie d'une part et avec une augmentation de la dépendance d'autre part. En effet, en 2011, 27 000 personnes âgées étaient en situation de dépendance dans la région (soit 9,6% de la population âgée), et si le taux de dépendance ne représente que 2 % de la population des 60/64 ans, il représente 28 % chez les 85/89 ans. Selon les projections de l'INSEE, d'ici 2020, le nombre de personnes âgées en situation de dépendance devrait considérablement augmenter pour atteindre 33 300 personnes. Ainsi, sur la période 2011-2020 la population dépendante progresse de 23 %, alors que la population âgée de 60 et plus ne progresse que de 17 %.

La prise en charge d'une population âgée en hausse, dont les extrêmes en termes d'âge et de dépendance vont fortement augmenter, constitue donc un défi considérable, d'autant plus prégnant sur le département d'implantation de la majorité des établissements du GHT Centre Franche Comté (le Doubs). Ce dernier, avec un taux d'équipement de 78,45 places médicalisées pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus, paraît sous équipé tant au regard des autres départements de la région (taux d'équipement régional de 83,95), qu'au regard du niveau d'équipement national (taux d'équipement moyen national en France métropolitaine de 99 lits d'EHPAD pour 1000 habitants de 75 ans ou plus – Source : La Revue de Gériatrie, nov. 2015).

Pour y faire face, les établissements du GHT Centre Franche Comté impliqués dans la filière « Personnes âgées » incluent :

- 11 établissements sanitaires (comprenant une activité de type MCO, SSR et/ou USLD), qui totalisent dans le secteur gériatrique :
    - 117 lits de médecine de proximité (10 lits à Baume-Les-Dames et à Ornans, 20 lits à Morteau, 6 lits à Mouthe, 71 lits à Gray.
      Les services de médecine des Centres Hospitaliers de proximité jouent un rôle d'appui, à la médecine de ville, notamment dans la filière de prise en charge de la personne âgée. L'accès direct des patients à ces services de proximité évite des passages inappropriés aux urgences. Ces services sont actuellement sous-utilisés.
    - 261 lits d'USLD, implantés dans 6 établissements
    - 78 lits de court séjour gériatrique (54 lits au CHU et 24 lits au CH de Dole)
    - 299 places de SSIAD
- 9 EHPAD, qui totalisent :
    - 1623 lits d'hébergement permanent et temporaire
    - 30 places d'accueil de jour
    - 84 places de PASA

Le détail des capacités et autorisations spécifiques à la filière Personnes Âgées de chaque établissement du GHT CFC est repris dans les tableaux ci-dessous.

Une attention particulière devra être apportée sur l'évolution et le fonctionnement des ULSD dans les mois à venir.

La question du nombre d'UHR devra être également posée et une réflexion devra être menée sur les nouvelles structures.

	Données 2016	CH Baume Les Dames		CHRU de Besançon		CH de Dole		CH de Gray (CHVS)			CH de Morteau		
Court séjour	Activités	Médecine	HDJ	CSG	HDJ	CSG	HDJ	Médecine	UHTCD/USC	HDJ Gériatrique/diabeto	Médecine		
	Nombre de lits / places installées	10,0	Ouverture en janvier 2017	54 (dont 6 Soins Continus)	5	24	41	48	11	5	20 (dont 4 Soins Palliatifs)		
Equipes Transversales/Equipes mobiles	Equipes transversales/Equipes Mobiles Gériatriques			EMG		EMG en cours de déploiement		EMG en intra hospitalier (interviendra à domicile à terme)					
	Consultations spécialisées	Consultation Mémoire		Consultations mémoire (CMRR)		Consultation mémoire		Consultations mémoire (AHBFC) Consultations avancées du CH Dole (Ortho.), CHRU (Neuro., ORL, Diabéto., Gynéco….) Convention avec Clinique Saint Vincent (Consult. Gastro., Chir. Vicérale et vasculaire)			Consultations avancées du CHIHC (Chir. Ortho., Uro., Digestif, Addictologie)		
Long séjour/médico Social (MS)	Activités	USLD	EHPAD			USLD	EHPAD		EHPAD		USLD	EHPAD	
	Nombre de lits installés HC	20	120			32	28 (avec projet de transfert au CHS St Ylies)		310 (sur 4 sites) + 40 en Convention de gestion		30	96 (dont 33 en Unité Alzheimer)	
Autres activités et équipements (MS)	Activités		HT					PASA			PASA	ADJ	Séjour de répit < 15 jours
	Nombre de lits / places installées		5					14			14	10	1
Maintien à domicile	Activités (SSIAD, Unités Mobiles geronto-gériatriques)		Réseau gérontologique de Baume les Dames						PSPA		SSIAD	CAPA partenariat avec l'ARESPA	
	Nombre de lits / places installées										52		
	Nombre de personnes suivies (2014)		418						114			106	

Projet n

	Données 2016	CH d'Ornans			CHIHC		ES de Quingey			Avanne			Bellevaux		CDS Tilleroyes
Court séjour	Activités	Médecine polyvalente			Médecine polyvalente	HDJ polyvalent									
	Nombre de lits / places installées	10 (dont 2 Soins Palliatifs)			84 (78 à Pontarlier et 6 à Mouthe)	7									
Equipes Transversales/Equipes mobiles	Equipes transversales/Equipes Mobiles Gériatriques				EMG, en intra et extra hospitalier (Cf. infra) 1 EM de soins palliatifs										
	Consultations spécialisées	Consultations mémoire (CMRR)			Gériatrie, onco-gériatrie	Consultation mémoire									Consultations mémoire
Long séjour/médico Social (MS)	Activités		EHPAD		USLD	EHPAD	USLD	EHPAD	MAS	USLD	EHPAD		USLD	EHPAD	
	Nombre de lits installés HC		83 (sur 2 sites : Ornans et Vuillafans)		30	430 (sur 4 sites)	30	94 (dont 36 en unités protégées)	40 (dont 4 lits HT)	91	179 (dont 36 en Unités sécurisées)		60	204 (dont 36 en unités protégées pour résidents atteints troubles type MAMA et 18 pour résidents psychiatriques en cours de stabilisation ouvert en janvier 2017)	
Autres activités et équipements (MS)	Activités	Séjour de répit <15 jours)	HT		PASA	HT	PASA	HT EHPAD	ADJ EHPAD	PASA	HT	Bassin balnéo.	PASA	HT	
	Nombre de lits / places installées	1	5		14	5	14	4	6	14	10	1	14	10	
Maintien à domicile	Activités (SSIAD, Unités Mobiles geronto-gériatriques)	SSIAD	PSPA		SSIAD	EM Géronto.	SSIAD				ADJ		ADJ	SSIAD	Réseau géronto. Bisontin
	Nombre de lits / places installées	37 (dont 5 AH)			82		50				10		10	78 (dont 10 dédiées aux AH, sans limite d'âge)	
	Nombre de personnes suivies (2014)		211			902									159

B. Plan d'actions

Le plan d'actions de la filière Personnes âgées du GHT doit être pensé dans le sens de l'amélioration et de la fluidification des parcours de santé des personnes âgées, intégrant le champ ambulatoire et les établissements non membres du GHT (privés ou ESPIC), sur un territoire très étendu et caractérisé par l'existence de territoires de proximité en partie structurés autour de filières pré-existantes.

Concernant la filière gériatrique du GHT CFC proprement dite, on peut ainsi identifier trois territoires de proximité, qui doivent comporter à terme l'ensemble des éléments de la filière, avec :

- Besançon-Gray
- Dole
- Pontarlier.

En première approche, il paraît a minima nécessaire de compléter l'offre existante par :

- La création d'un service de gériatrie aigue sur le territoire de Pontarlier,
- La finalisation du déploiement de l'équipe mobile de gériatrie du CH de Dole, en intra et extra hospitalier.

L'étude des modalités envisageables en termes d'alternatives à l'hospitalisation conventionnelle sera également réalisée.

Ainsi, concernant l'interface entre établissements de santé/établissements médico-sociaux/secteur ambulatoire, le projet médical partagé entre les établissements du GHT propose de (Cf. Objectif stratégique 1 : Améliorer la connaissance réciproque des établissements du GHT et Objectif stratégique 2 : Fluidifier le parcours de la personne âgée et diminuer les hospitalisations évitables) :

- Renforcer les EMOG (Équipes Mobiles de Gériatrie) existantes, afin de permettre l'externalisation de leur activité dans chacun des 3 territoires de proximité
- Favoriser les liens entre les instances de coordination existantes et les plateformes territoriales d'appui en cours de déploiement, en particulier afin d'analyser collectivement les situations complexes (organisations de RCP – RMM…)
- S'appuyer sur la médecine de proximité pour éviter les passages aux urgences non pertinents des personnes âgées et renforcer les compétences et l'accès à l'expertise gériatrique des établissements de proximité via le développement des consultations gériatriques avancées (y compris via télémédecine), ainsi que l'HDJ.
- Tendre vers des SI interopérables et une plateforme numérique commune ; généraliser l'utilisation de l'outil Via-trajectoire sur le champ médico-social
- Favoriser les liens entre équipes mobiles d'un même territoire, en particulier entre EMOG et EMSP, ainsi que les échanges entre praticiens des différents établissements
- Créer un pool des métiers de la rééducation, en lien avec le PMP SSR, et des métiers de l'accompagnement psychologique dans chaque territoire de proximité

Concernant l'amélioration, sur l'ensemble du territoire, de la prise en charge des patients/résidents atteints de troubles psychiatriques vieillissants d'une part (et, plus généralement, l'amélioration de la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes) et des personnes âgées présentant des troubles neuro-cognitifs liés au vieillissement d'autre part (Cf. Objectif stratégique 3 : Renforcer les capacités et améliorer les modalités de prise en charge des patients/résidents atteints de troubles psychiatriques, Alzheimer et apparentés), et en lien avec les établissements du GHT psychiatrie « Doubs-Jura », les établissements du GHT CFC proposent de :

- Faciliter l'admission et améliorer la prise en soins en EHPAD des patients âgés présentant une maladie psychiatrique vieillie (schizophrénie, troubles bipolaires…), grâce au renforcement des liens entre les équipes des établissements
- Donner une suite au projet innovant mis en œuvre par le CLS de Bellevaux depuis janvier 2017 (création d'un secteur « sas » entre les établissements psychiatriques et les EHPAD « classiques », comprenant notamment la présence d'IDE psy et des temps de vacation de médecins psychiatres, destiné à l'accueil de patients psychiatriques vieillissants pour une durée maximale d'un an), afin de développer un modèle reproductible au sein d'autres établissements en fonction des données de l'évaluation.
- Apporter une expertise rapide dans l'ensemble des établissements sanitaires et médicosociaux du GHT pour la prise en charge des troubles psycho-comportementaux dans le cadre de détériorations cognitives sévères (consultations avancées, télémédecine, équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée…).

Enfin, la proposition de renforcer la coordination de la filière Personnes âgées du GHT à des fins d'organisation, de cohésion, de formation et de recherche permettra, parmi d'autres actions (Cf. Objectif stratégique 4 : Renforcer l'attractivité du territoire du GHT pour les personnels médicaux et paramédicaux), de renforcer l'attractivité des métiers du vieillissement auprès des professionnels de santé.

La synthèse du plan d'actions et le détail des fiches actions sont repris ci-après.

Objectif stratégique 1 (OS 1) : Améliorer la connaissance réciproque des établissements du GHT (Synthèse)

Actions	Responsable(s)	Début prévisionnel	Échéance prévisionnelle	Modalité suivi	Estimation de la charge marginale
A.1.1 : Identifier et répertorier les acteurs de la filière existants sur le territoire (établissements, services, praticiens libéraux, associations - dont associations d'usagers, CLIC, MAIA…)	Dr Couret-Bonnet et Mme Lucille Genier (CDS Tilleroyes) avec l'appui d'un référent par infra territoire du GHT (Besançon/Quingey/Ornans, Pontarlier/Morteau, Baume les Dames, Dole, Gray) Avec l'appui des services support du CHU (SI, cellule communication …)	sept-17	sept-18	- Nombre d'exemplaires diffusés - Nombre de connexions au répertoire dématérialisé	- Charge marginale nulle (temps d'agents et de référents)
A.1.2 : Promouvoir les sociétés savantes/professionnelles et veiller à l'organisation/animation de rencontres régulières	Dr Monnier (CHU) et Dr Beyer (CH Dole)	sept-17	févr-18	- Présence/Nbre de participants aux réunions - Nombre de RMM organisées - CR des rencontres	- Charge marginale nulle : temps agents (praticiens, personnels paramedicaux, secrétaires…)
A.1.3 : Créer des lieux d'échanges entre les établissements (élaboration d'un site internet collaboratif propre aux acteurs de la filière)	Dr Monnier (CHU), en collaboration avec la DSI du CHU	sept-18	sept-20	- Quantification des connexions - Evaluation qualitative	- Charge marginale nulle si action réalisée "en interne" (temps agents, avec conception du site par les praticiens du GHT et construction du site par la DSI) - Charge marginale à évaluer (limitée) si appel à une SSII externe pour appui à la conception et à la construction du site

Objectif Stratégique 2 (OS 2) : Fluidifier le parcours de la personne âgée et diminuer les hospitalisations évitables (Synthèse)

Actions	Responsable (s)	Début prévisionnel	Échéance prévisionnelle	Modalité suivi	Estimation de la charge marginale
A.2.1 : Recenser et promouvoir les outils existants en termes de coordination/transfert d'informations (Messagerie sécurisée MS Santé…), dans un contexte d'arrivée prochaine de Via Trajectoire (personnes âgées), des Paerpa et de la plateforme territoriale d'appui.	Dr François (CH Ornans), avec l'appui des services support du GHT (DSI)	sept-17	sept-18	- Déploiement du système de communication retenu	- Charge marginale nulle (Temps agents)
A.2.2 : Organiser des « temps d'échange » sur les patients/cas complexes, pris en charge au CHU de Besançon	Dr Monnier (CHU), en collaboration avec le service social du CHU	sept-17	janv-19	- Archivage des compte-rendus sur serveur sécurisé - Participation aux réunions de coordination - Questionnaire de satisfaction	- Installation d'un système de visio conférence en salle de réunion de gériatrie du CHU C21 (à chiffrer)

Actions	Responsable (s)	Début prévisionnel	Échéance prévisionnelle	Modalité suivi	Estimation de la charge marginale
A.2.3 : Améliorer la coordination entre établissements et services, urgences incluses	Dr Monnier (CHU) et Dr Mugabo (ES Quingey)	sept-17	sept-18	- Diminution des passages aux urgences des patients de + 75 ans - Diminution des DMS	- En fonction de l'évaluation des besoins de renforcement des EMOG (recrutement) - En fonction de l'évaluation des besoins de renforcement pour le développement des HDJ, HC gériatriques et consultations gériatriques (recrutement) - Déploiement d'un outil type "Dispo lit" à l'échelle du GHT
A.2.4 : Identifier et développer des modes de prise en charge alternatifs pour les patients/résidents ne relevant pas/plus d'une prise en charge en EHPAD, en USLD, en MC ou en psychiatrie (Définition d'un secteur « intermédiaire » entre services/structures sanitaires de type MC et SSR, développement de modes d'accueil innovants…)	Pr Aubry et Pr Vandel (CHU), en lien avec les services de géronto-psychiatrie des établissements du GHT Psy (Dr Nouara - CHS Novillars et Dr Morlet - CHS St Ylie)	janv-18	janv-20	- Nombre de projets innovants portés par les établissements sur la thématique gériatrique	- A estimer au cas pas cas en fonction des projets portés
A.2.5 : Diminuer les hospitalisations indues et les transferts de patients en développant les consultations avancées, les consultations/avis en télémédecine (ex : Neurologie, psychiatrie), et en organisant la régulation « de ville »	Dr Guyon (CHIHC Pontarlier) – A valider, Dr Monnier (CHU), Dr François (CH Ornans)	sept-17	janv-19	- Diminution des passages aux urgences des patients de + 75 ans - Diminution des DMS	- En fonction de l'évaluation des besoins de renforcement des EMOG (recrutement) - Cf. Action 2.3

Objectif Stratégique 3 (OS 3) : Renforcer les capacités et améliorer les modalités de prise en charge des patients/résidents atteints de troubles psychiatriques, Alzheimer et apparentés (Synthèse)

Actions	Responsable (s)	Début prévisionnel	Échéance prévisionnelle	Modalité suivi	Estimation de la charge marginale
Action 3.1 Renforcer les liens avec les établissements psychiatriques intervenant sur le territoire du GHT pour la prise en charge des patients psychiatriques vieillissants	Dr Bonin (CLS Bellevaux) et Dr Ngamba (CHIHC Pontarlier), en collaboration avec le Professeur Vandel (CHU) et en lien avec les services de géronto-psychiatrie des établissements du GHT Psy (Dr Nouara - CHS Novillars et Dr Morlet - CHS St Ylie)	sept-17	sept-18	- Conventionnements entre les établissement du GHT et les établissements psychiatriques du territoire	- Charge marginale additionnelle, produits attendus et diminution de charges pour les établissements des GHT CFC et GT Santé Mentale à évaluer en fonction des projets finalement conventionnés
Action 3.2 : Harmoniser la prise en soins des patients/résidents présentant des troubles de type Alzheimer et apparentés, sur l'ensemble de la filière	Dr Bonin (CLS Bellevaux), Dr Ngamba (CHIHC Pontarlier), Dr Lapierre (CHIHC Pontarlier), Dr Baudet-Saucet (CDS Tilleroyes), Dr Caretti (CH Dole)	sept-17	sept-19	- Création d'unités/services expérimentaux au sein des établissements du GHT	- Impacts des surcoûts salaires et transformations/adaptations immobilières nécessaires variables selon les projets. (Cf. cahier des charges UHR et PASA pour les charges marginales liées à ce type de projet) - Valider les financements additionnels et subventions éventuels de la part des autorités de tutelles et de tarification.
Action 3.3 : Optimiser les consultations de télémédecine dans le cas de troubles du comportement	Dr Bonin (CLS Bellevaux), Dr Ngamba (CHIHC Pontarlier), Dr Lapierre (CHIHC Pontarlier), Dr Baudet-Saucet (CDS Tilleroyes), Dr Caretti (CH Dole)	sept-17	sept-18	- Nombre de consultations de télémédecine en rapport avec des troubles du comportement	- Charge marginale nulle (temps agents)

Objectif Stratégique 4 (OS 4) : Renforcer l'attractivité du territoire du GHT pour les personnels médicaux et paramédicaux (Synthèse)

Actions	Responsable (s)	Début prévisionnel	Échéance prévisionnelle	Modalité suivi	Estimation de la charge marginale
Action 4.1 : Élaborer et mettre en œuvre la communication sur les points forts et axes de développement des activités gériatriques du GHT	Mme Paulin, Dr Lapierre (CHIHC Pontarlier), Dr Baudet-Saucet (CDS Tilleroyes)	sept-17	sept-18	- Nombre de rencontres effectuées par an - Nombre de lettres diffusées par an - Nombre d'actions mise en place sur les Etablissements Santé	- Coût agent pour l'étape 1 - Coût d'élaboration et impression de supports de communication (coût agent et matériel/reprographie) - Coût de mise à disposition de salle + coût agents pour rencontres et forum
Action 4.2 : Élaborer une réflexion commune aux établissements du GHT sur les mesures permettant de renforcer l'attractivité des établissements	Mme Paulin, Dr Lapierre (CHIHC Pontarlier), Dr Baudet-Saucet (CDS Tilleroyes) (en lien avec le groupe de travail « RH/affaires médicales » du comité stratégique)	janv-18	janv-20	- Diminution du nombre de postes vaccants - Nombre de candidats postulants - Turn over par métier (démission, mutation) - Taux d'absentéisme par métier	- Coût de formation des agents sur des actions ciblées géronto - Coûts d'équipements (ex : tablettes…) à évaluer - Coût à évaluer si mise à disposition (temporaire) de logement par les établissements
Action 4.3 : Renforcer l'attractivité de la filière gériatrique auprès des internes et favoriser la diffusion de la culture gériatrique auprès de ces professionnels	Mme Paulin, Dr Lapierre (CHIHC Pontarlier), Dr Baudet-Saucet (CDS Tilleroyes) (en lien avec le groupe de travail « RH/affaires médicales » du comité stratégique et en collaboration avec le Professeur Aubry).	juin-17	janv-18	- Nombre d'internes et autres professionnels de santé accueillis en formation au sein des services de gériatrie	- Charge marginale nulle

PLAN D'ACTIONS DETAILLE

Objectif stratégique 1 (OS 1) : Améliorer la connaissance réciproque des établissements du GHT

FICHE ACTION GHT - Filière Personnes Âgées Action 1.1				
Date création fiche	07/04/17		Etat d'avancement	A démarrer
Nom de l'action	A.1.1 : Identifier et répertorier les acteurs de la filière existants sur le territoire (établissements, services, praticiens libéraux, associations - dont associations d'usagers, CLIC, MAIA…)			
Objectif(s) de l'action	Renforcer la connaissance réciproque des établissements et de l'offre gériatrique présente sur le territoire Optimiser le parcours de santé des patients par la connaissance de l'ensemble des acteurs de la fillière personne âgée disponible sur le territoire			
Description de l'action	Créer un répertoire des acteurs existants de la filière sur le territoire			
Responsable de l'action	Dr Couret-Bonnet et Mme Lucille Genier (CDS Tilleroyes) avec l'appui d'un référent par infra territoire du GHT (Besançon/Quingey/Ornans, Pontarlier/Morteau, Baume les Dames, Dole, Gray) Avec l'appui des services support du CHU (SI, cellule communication …)			
Etapes de mise en œuvre (RASCI, planning si nécessaire cf. document joint ou autre onglet)	Etape 1	Identification des référents par infra territoire et par établissement	Réalisé en date du… :	
	Etape 2	Recensement des acteurs par les référents identifiés	Réalisé en date du :	
	Etape 3	Définission du format de l'annuaire (thématique, classement géographique…)	Réalisé en date du :	
	Etape 4	Diffusion du répertoire (destinataires, mailing, site internet accès professionnels)	Réalisé en date du :	
	Etape 5	Mise à jour du répertoire (2 fois/an)	Réalisé en date du :	
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel	sept-17	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle	sept-18	Échéance réelle :	
Estimation de la charge marginale (€)	- Charge marginale nulle (temps d'agents et de référents)			
Modalité suivi (indicateur de suivi qualitatif et quantitatif)	- Nombre d'exemplaires diffusés - Nombre de connexions au répertoire dématérialisé			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)				

FICHE ACTION GHT - Filière Personnes Âgées Action 1.2				
Date création fiche	07/04/17		Etat d'avancement	A démarrer
Nom de l'action	A.1.2 : Promouvoir les sociétés savantes/professionnelles et veiller à l'organisation/animation de rencontres régulières			
Objectif(s) de l'action	Améliorer la connaissance réciproque des établissements Améliorer la connaissance des établissements de leur environnement			
Description de l'action	Cette action s'intègre dans une action plus générale: créer une coordination de la filière gériatrique du GHT à des fins d'organisation, de cohésion, de formation et de recherche, cette mesure étant par ailleurs de nature à renforcer l'attractivité des professionnels vers les métiers du vieillissement. - réunion entre médecins: bibliographe et RMM tous les trimestres (réunion physique et/ou visioconférence) - réunions entre médecins et paramédicaux une fois par semestre, à visée de formation et actualisation de l'offre			
Responsable de l'action	Dr Monnier (CHU) et Dr Beyer (CH Dole)			
Etapes de mise en œuvre (RASCI, planning si nécessaire cf document joint ou autre onglet)				
	Etape 1	Etablir le listing des coordonnées des professionnels de gériatrie du GHT, avec mise à jour régulière (Cf. Action 1.1)	Réalisé en date du... :	
	Etape 2	Prévoir l'organisation logistique des rencontres (dates/locaux…)	Réalisé en date du :	
	Etape 3	Prévoir la communication autour des rencontres organisées (invitation, diffusion des compte rendus… : temps de secrétariat)		
	Etape 4	Elaboration d'un dispositif d'évaluation		
	Etape 5	Mise en œuvre		
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel	sept-17	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle	févr-18	Échéance réelle :	
Estimation de la charge marginale (€)	- Charge marginale nulle : temps agents (praticiens, personnels paramedicaux, secrétaires…)			
Modalité suivi (indicateur de suivi qualitatif et quantitatif)	- Présence/Nbre de participants aux réunions - Nombre de RMM organisées - CR des rencontres			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	- Retour qualité de la part des participants (questionnaire de satisfaction)			

FICHE ACTION GHT - Filière Personnes Âgées Action 1.3				
Date création fiche	07/04/17		Etat d'avancement	A démarrer
Nom de l'action	A.1.3 : Créer des lieux d'échanges entre les établissements (élaboration d'un site internet collaboratif propre aux acteurs de la filière)			
Objectif(s) de l'action	Améliorer la connaissance réciproque des établissements			
Description de l'action	Cette action s'intègre dans une action plus générale: créer une coordination de la filière gériatrique du GHT à des fins d'organisation, de cohésion, de formation et de recherche. La mise en oeuvre de cette action est par ailleurs de nature à renforcer l'attractivité des professionnels vers les métiers du vieillissement. - Création d'un site internet collaboratif pour mise en ligne de protocoles, mise à disposition des recommandations....(promotion des bonnes pratiques) - Diffusion de l'annuaire actualisé des professionnels de la gériatrie du GHT - Diffusion des offres d'emplois au sein des établissements du GHT - Forum Principe : une page gériatrie/PA identique pour les 11 établissements du GHT, avec une partie accessible aux professionnels de santé (ex : quelle procédure d'admission dans telle unité,...) et une partie "accessible publique". Hebergée par chacun des sites des établissements A coordonner avec le groupe DSI du GHT			
Responsable de l'action	Dr Monnier (CHU), en collaboration avec la DSI du CHU			
Etapes de mise en œuvre (RASCI, planning si nécessaire cf document joint ou autre onglet)				
	Etape 1	Conception du site/pages : à définir entre les praticiens référents des 11 établissements du GHT (à identifier)	Réalisé en date du... :	
	Etape 2	Construction du site Désignation des modérateurs	Réalisé en date du :	
	Etape 3	Mise en place		
	Etape 4	Test		
	Etape 5	Ouverture du site et communication		
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel	sept-18	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle	sept-20	Échéance réelle :	
Estimation de la charge marginale (€)	- Charge marginale nulle si action réalisée "en interne" (temps agents, avec conception du site par les praticiens du GHT et construction du site par la DSI) - Charge marginale à évaluer (limitée) si appel à une SSII externe pour appui à la conception et à la construction du site			
Modalité suivi (indicateur de suivi qualitatif et quantitatif)	- Quantification des connexions - Evaluation qualitative			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)				

Objectif Stratégique 2 (OS 2) : Fluidifier le parcours de la personne âgée et diminuer les hospitalisations évitables

FICHE ACTION GHT - Filière Personnes Âgées Action 2.1				
Date création fiche	07/04/17		Etat d'avancement	A démarrer
Nom de l'action	A.2.1 : Recenser et promouvoir les outils existants en termes de coordination/transfert d'informations (Messagerie sécurisée MS Santé…), dans un contexte d'arrivée prochaine de Via Trajectoire (personnes âgées), des Paerpa et de la plateforme territoriale d'appui.			
Objectif(s) de l'action	Fluidifier le parcours de la personne âgée et diminuer les hospitalisations évitables Eviter les redondances d'examens des patients			
Description de l'action				
Responsable de l'action	Dr François (CH Ornans), avec l'appui des services support du GHT (DSI)			
Etapes de mise en œuvre (RASCI, planning si nécessaire cf document joint ou autre onglet)				
	Etape 1	Recenser les outils de communication existants au sein des établissements du GHT et au-delà (MS Santé, Trajectoire…)	Réalisé en date du… :	
	Etape 2	Recenser les besoins "type" en termes d'informations devant accompagner le patient lors de son parcours entre les différents établissements et services	Réalisé en date du :	
	Etape 3	Formaliser une liste d'informations/documents harmonisée à transmettre lors des transferts entre services/établissements		
	Etape 4	Choisir un mode de transmission de ces informations et documents parmi les systèmes identifiés en étape 1		
	Etape 5	Promouvoir l'utilisation de ces outils (documents/informations normées et système de transmission) auprès des utilisateurs.		
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel	sept-17	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle	sept-18	Échéance réelle :	
Estimation de la charge marginale (€)	- Charge marginale nulle (Temps agents)			
Modalité suivi (indicateur de suivi qualitatif et quantitatif)	- Déploiement du système de communication retenu			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)				

FICHE ACTION GHT - Filière Personnes Âgées Action 2.2				
Date création fiche	07/04/17		Etat d'avancement	A démarrer
Nom de l'action	A.2.2 : Organiser des « temps d'échange » sur les patients/cas complexes, pris en charge au CHU de Besançon			
Objectif(s) de l'action	Fluidifier le parcours de la personne âgée et diminuer les hospitalisations évitables			
Description de l'action	Cette action s'inscrit dans un cadre plus large, qui vise notamment à : - favoriser les liens entre les instances de coordination et les plateformes territoriales d'appui, en particulier pour analyser collectivement les situations complexes (organisations de RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire), RMM (revue de de morbidité et de mortalité)…) - organiser des RCP en visioconférence			
Responsable de l'action	Dr Monnier (CHU), en collaboration avec le service social du CHU			
Etapes de mise en œuvre (RASCI, planning si nécessaire cf document joint ou autre onglet)				
	Etape 1	Définir la notion de situation/cas complexe (critères médicaux, sociaux,…)	Réalisé en date du… :	
	Etape 2	Mise en place d'une fiche standardisée de présentation des cas	Réalisé en date du :	
	Etape 3	- Définir les modalités d'organisation avec la PTA (qui coordonne? Qui participe? Sur quels créneaux horaires?) - Définir les liens avec ETICSS		
	Etape 4	Mise en place test		
	Etape 5	Généralisation		
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel	sept-17	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle	janv-19	Échéance réelle :	
Estimation de la charge marginale (€)	- Installation d'un système de visio conférence en salle de réunion de gériatrie du CHU C21 (à chiffrer)			
Modalité suivi (indicateur de suivi qualitatif et quantitatif)	- Archivage des compte-rendus sur serveur sécurisé - Participation aux réunions de coordination - Questionnaire de satisfaction			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)				

FICHE ACTION GHT - Filière Personnes Âgées			
Date création fiche	07/04/17	Etat d'avancement	A démarrer
Nom de l'action	A.2.3 : Favoriser et soutenir la prise en charge des personnes âgées en proximité, notamment en évitant les passages inutiles aux urgences.		
Objectif(s) de l'action	Fluidifier le parcours de la personne âgée et diminuer les hospitalisations évitables		
Description de l'action	Cette action s'intègre dans un champ plus vaste, qui vise notamment à : - Renforcer les EMOG (CHU, CHIHC, Dole) et les « unités mobiles d'évaluation géronto-gériatrique » (PSPA Gray, CAPA Morteau, PSPA Ornans, RGB, Réseau Santé Doubs Central) existant en vue d'améliorer l'anticipation des hospitalisations et la limitation des ré hospitalisations - Finaliser le déploiement de l'EMOG sur Dole - Favoriser les liens entre les instances de coordination (RGB, MAIA, CLIC, MDPH, HAD..) et les plateformes territoriales d'appui. - Développer les consultations gériatriques (y compris télémédecine) et l'HDJ pour limiter les hospitalisations inadéquates - Tendre vers des SI interopérables et généraliser l'utilisation de l'outil Via-trajectoire - Renforcer/créer des passerelles avec le secteur ambulatoire, les EHPAD, en s'appuyant sur l'expertise des hôpitaux de proximité qui travaillent au quotidien avec les professionnels libéraux de leur territoire.		
Responsable de l'action	Dr Monnier (CHU) et Dr Mugabo (ES Quingey)		
Etapes de mise en œuvre (			
	Etape 1	Evaluer les besoins en EMG, HDJ et HC gériatrique Identifier les potentiels des hôpitaux de proximité au niveau des entrées directes en service de médecine, voire en SSR et les difficultés éventuelles (ressources internes, profils pris en charge…)	
	Etape 2	Rencontrer les différents interlocuteurs médicaux pour organiser les PEC directes dans le service adapté. Définir les rôles respectifs des différentes structures	
	Etape 3	Travailler l'articulation des services de médecine de proximité avec les services d'urgence dans une logique de plus grande rapidité des prises en charge.	
		Créer un organigramme fonctionnel	
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel	sept-17	
	Echéance prévisionnelle	sept-18	
Estimation de la charge marginale (€)	- En fonction de l'évaluation des besoins de renforcement des EMOG (recrutement) - En fonction de l'évaluation des besoins de renforcement pour le développement des HDJ, HC gériatriques et consultations gériatriques (recrutement)		
Modalité suivi (indicateur de suivi qualitatif et quantitatif)	- Diminution des passages aux urgences des patients de + 75 ans - Diminution des DMS		
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)			

FICHE ACTION GHT - Filière Personnes Âgées Action 2.4				
Date création fiche	07/04/17		Etat d'avancement	A démarrer
Nom de l'action	A.2.4 : Identifier et développer des modes de prise en charge alternatifs pour les patients/résidents ne relevant pas/plus d'une prise en charge en EHPAD, en USLD, en MC ou en psychiatrie (Définition d'un secteur « intermédiaire » entre services/structures sanitaires de type MC et SSR, développement de modes d'accueil innovants...)			
Objectif(s) de l'action	Fluidifier le parcours de la personne âgée et diminuer les hospitalisations évitables			
Description de l'action	- Création dans le territoire du grand Besançon d'un secteur permettant l'hospitalisation prolongée de patients âgés poly pathologiques trop « lourds » pour être admis en SSR et dont les séjours longs sont préjudiciables pour le court séjour du CHU et dans le contexte de T2A - En lien avec le GHT « psy » et le PMP psychiatrie : faciliter la prise en charge dans les services et, le cas échéant, l'admission en EHPAD des patients âgés présentant une maladie psychiatrique vieillie (schizophrénie, troubles bipolaires…). - Donner une suite au projet innovant développé par le CLS de Bellevaux depuis Janvier 2017 (création d'une unité "sas" de 18 lits pour résidents psychotiques vieillissant, avec mise à disposition de 2 infirmiers psy + 2 vacation de psychiatre par semaine), en vue de développer un modèle reproductible selon les données de l'évaluation. - Créer un secteur fermé de type Unité Cognitivo Comportementale - Unité de psychogériatrie aigue au CHU pour pouvoir conduire une analyse organique des troubles du comportement			
Responsable de l'action	Pr Aubry et Pr Vandel (CHU), en lien avec les services de géronto-psychiatrie des établissements du GHT Psy (Dr Nouara - CHS Novillars et Dr Morlet - CHS St Ylie)			
Etapes de mise en œuvre (RASCI, planning si nécessaire cf document joint ou autre onglet)	Etape 1	Recensement des modalités d'hébergement alternatives existantes (Cf. document Powerpoint recensant les initiatives recensées à date)	Réalisé en date du... :	
	Etape 2	Evaluation du projet innovant mis en oeuvre depuis Janvier 2017 par le CLS Bellevaux	Réalisé en date du :	
	Etape 3	Constitution des dossiers de demande d'ouverture d'unités/services complémentaires		
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel	janv-18	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle	janv-20	Échéance réelle :	
Estimation de la charge marginale (€)	- A estimer au cas pas cas en fonction des projets portés			
Modalité suivi (indicateur de suivi qualitatif et quantitatif)	- Nombre de projets innovants portés par les établissements sur la thématique gériatrique			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	- Diminution des DMS			

FICHE ACTION GHT - Filière Personnes Âgées Action 2.5				
Date création fiche	07/04/17		Etat d'avancement	A démarrer
Nom de l'action	A.2.5 : Diminuer les hospitalisations indues et les transferts de patients en développant les consultations avancées, les consultations/avis en télémédecine (ex : Neurologie, psychiatrie), et en organisant la régulation « de ville »			
Objectif(s) de l'action	Fluidifier le parcours de la personne âgée et diminuer les hospitalisations évitables			
Description de l'action	Cette action s'intègre dans un champ plus vaste, qui vise notamment à : - Renforcer les EMOG (CHU, CHIHC, Dole) et les « unités mobiles d'évaluation géron-gériatrique » (PSPA Gray, CAPA Morteau, PSPA Ornans, RGB) existant en vue d'améliorer l'anticipation des hospitalisations et la limitation des ré hospitalisations - Finaliser le déploiement de l'EMOG sur Dole - Favoriser les liens entre les instances de coordination (RGB, MAIA, CLIC, MDPH, HAD..) et les plateformes territoriales d'appui. - Développer les consultations gériatriques (y compris télémédecine) et l'HDJ pour limiter les hospitalisations inadéquates - Tendre vers des SI interopérables et généraliser l'utilisation de l'outil Via-trajectoire - Renforcer/créer des passerelles avec le secteur ambulatoire, les EHPAD			
Responsable de l'action	Dr Guyon (CHIHC Pontarlier) – A valider, Dr Monnier (CHU), Dr François (CH Ornans)			
Etapes de mise en œuvre (RASCI, planning si nécessaire cf document joint ou autre onglet)				
	Etape 1	Evaluer l'expérimentation TELEMEDECINE mise en place entre le CHU et les EHPAD	Réalisé en date du… :	
	Etape 2	Renforcer les potentiels de consultation gériatrique en direction du secteur ambulatoire	Réalisé en date du :	
	Etape 3	Renforcer les EMOG pour l'anticipation des hospitalisations et la limitation des ré hospitalisations		
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel	sept-17	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle	janv-19	Échéance réelle :	
Estimation de la charge marginale (€)	- En fonction de l'évaluation des besoins de renforcement des EMOG (recrutement) - Cf. Action 2.3			
Modalité suivi (indicateur de suivi qualitatif et quantitatif)	- Diminution des passages aux urgences des patients de + 75 ans - Diminution des DMS			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)				

Objectif Stratégique 3 (OS 3) : Renforcer les capacités et améliorer les modalités de prise en charge des patients/résidents atteints de troubles psychiatriques, Alzheimer et apparentés

FICHE ACTION GHT - Filière Personnes Âgées Action 3.1				
Date création fiche	07/04/17		Etat d'avancement	A démarrer
Nom de l'action	Action 3.1 Renforcer les liens avec les établissements psychiatriques intervenant sur le territoire du GHT pour la prise en charge des patients psychiatriques vieillissants			
Objectif(s) de l'action	Renforcer les capacités d'accueil et améliorer les modalités de prise en charge des patients/résidents atteints de troubles psychiatriques.			
Description de l'action	Organiser une offre de soins spécifique psychiatrique équitable sur chaque infra-territoire, en collaboration étroite avec les établissements de santé mentale intervenants sur le territoire du GHT			
Responsable de l'action	Dr Bonin (CLS Bellevaux) et Dr Ngamba (CHIHC Pontarlier), en collaboration avec le Professeur Vandel (CHU) et en lien avec les services de géronto-psychiatrie des établissements du GHT Psy (Dr Nouara - CHS Novillars et Dr Morlet - CHS St Ylie)			
Etapes de mise en œuvre (RASCI, planning si nécessaire cf document joint ou autre onglet)				
	Etape 1	Recenser et évaluer l'existant en termes d'offre dédiée aux patients psy vieillissants (équipes mobiles, télémédecine, unités dédiées du type de l'unité spécialisée de Bellevaux ouverte en janvier 2017…)	Réalisé en date du… :	
	Etape 2	Identifier les besoins au sein de chaque infra territoire	Réalisé en date du :	
	Etape 3	Travailler en collaboration avec les représentants des établissements psy (CHU, Novillars, St Ylie) à la formulation d'accompagnements et de prises en charge spécifiques à ce type de patients/résidents.		
	Etape 4	Conventionner avec les établissements concernés.		
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel	sept-17	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle	sept-18	Échéance réelle :	
Estimation de la charge marginale (€)	- Charge marginale additionnelle, produits attendus et diminution de charges pour les établissements des GHT CFC et GT Santé Mentale à évaluer en fonction des projets finalement conventionnés			
Modalité suivi (indicateur de suivi qualitatif et quantitatif)	- Conventionnements entre les établissement du GHT et les établissements psychiatriques du territoire			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)				

FICHE ACTION GHT - Filière Personnes Âgées Action 3.2				
Date création fiche	07/04/17		Etat d'avancement	A démarrer
Nom de l'action	Action 3.2 : Harmoniser la prise en soins des patients/résidents présentant des troubles de type Alzheimer et apparentés, sur l'ensemble de la filière			
Objectif(s) de l'action	Renforcer les capacités d'accueil et améliorer les modalités de prise en charge des patients/résidents atteints de pathologie Alzheimer et apparentés (création d'une UHR sur le territoire du GHT...), dans le cadre d'une démarche coordonnée entre les établissements du GHT CFC (à la suite et en complément de l'appel à projets de création d'une UHR devant être lancé par l'ARS sur la région en 2017).			
Description de l'action	Proposer une prise en soins au sein de structures adaptées aux patients/résidents Alzheimer ayant des troubles psycho comportementaux, pour chaque infra territoire et pour les différentes sévérités de troubles.			
Responsable de l'action	Dr Bonin (CLS Bellevaux), Dr Ngamba (CHIHC Pontarlier), Dr Lapierre (CHIHC Pontarlier), Dr Baudet-Saucet (CDS Tilleroyes), Dr Caretti (CH Dole)			
Etapes de mise en œuvre (RASCI, planning si nécessaire cf document joint ou autre onglet)				
	Etape 1	Recenser et analyser l'existant en termes d'offre dédiée à ce type de patients/résidents	Réalisé en date du... :	
	Etape 2	Définir les besoins pour chaque secteur infra territoire	Réalisé en date du :	
	Etape 3	Proposer des offres de structures adaptées (PASA, unités protégées Alzheimer avec expertise gériatrique (personnel médical et non médical - ASG/AMP), UHR, UCC…), notamment par transformation de capacités existantes.		
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel	sept-17	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle	sept-19	Échéance réelle :	
Estimation de la charge marginale (€)	- Impacts des surcoûts salaires et transformations/adaptations immobilières nécessaires variables selon les projets. (Cf. cahier des charges UHR et PASA pour les charges marginales liées à ce type de projet) - Valider les financements additionnels et subventions éventuels de la part des autorités de tutelles et de tarification.			
Modalité suivi (indicateur de suivi qualitatif et quantitatif)	- Création d'unités/services expérimentaux au sein des établissements du GHT			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)				

FICHE ACTION GHT - Filière Personnes Âgées Action 3.3				
Date création fiche	07/04/17		Etat d'avancement	A démarrer
Nom de l'action	Action 3.3 : Optimiser les consultations de télémédecine dans le cas de troubles du comportement			
Objectif(s) de l'action	Renforcer les capacités et améliorer les modalités de prise en charge des patients/résidents atteints de troubles psychiatriques, Alzheimer et apparentés			
Description de l'action				
Responsable de l'action	Dr Bonin (CLS Bellevaux), Dr Ngamba (CHIHC Pontarlier), Dr Lapierre (CHIHC Pontarlier), Dr Baudet-Saucet (CDS Tilleroyes), Dr Caretti (CH Dole)			
Etapes de mise en œuvre (RASCI, planning si nécessaire cf document joint ou autre onglet)				
	Etape 1	Evaluation des expérimentations en cours	Réalisé en date du... :	
	Etape 2	Généralisation si retours positifs	Réalisé en date du :	
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel	sept-17	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle	sept-18	Échéance réelle :	
Estimation de la charge marginale (€)	- Charge marginale nulle (temps agents)			
Modalité suivi (indicateur de suivi qualitatif et quantitatif)	- Nombre de consultations de télémédecine en rapport avec des troubles du comportement			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)				

Objectif Stratégique 4 (OS 4) : Renforcer l'attractivité du territoire du GHT pour les personnels médicaux et paramédicaux

FICHE ACTION GHT - Filière Personnes Âgées Action 4.1				
Date création fiche	07/04/17		Etat d'avancement	A démarrer
Nom de l'action	Action 4.1 : Élaborer et mettre en œuvre la communication sur les points forts et axes de développement des activités gériatriques du GHT			
Objectif(s) de l'action	Renforcer l'attractivité du territoire du GHT pour les personnels médicaux et paramédicaux			
Description de l'action	Améliorer la communication des des établissements du GHT auprès des professionnels de santé en cours de formation (écoles, universités, IFPS) Constituer une équipe en charge de la communication du GHT sur la thématique gériatrique auprès de ces professsionels, en lien avec les services supports du CHU.			
Responsable de l'action	Mme Paulin, Dr Lapierre (CHIHC Pontarlier), Dr Baudet-Saucet (CDS Tilleroyes)			
Etapes de mise en œuvre (RASCI, planning si nécessaire cf document joint ou autre onglet)	Etape 1	Recenser les points forts et projets (innovation, développement…) auprès des établissements membres du GHT	Réalisé en date du... :	
	Etape 2	Elaborer un support de communication sur les points forts et projets identifiés (en collaboration avec les services supports du CHU : service communication)	Réalisé en date du :	
	Etape 3	Identifier une équipe de praticiens, soignants et paramédicaux pouvant relayer la communication élaborée auprès des publics cibles (professionnels de santé, écoles, universités…) Prendre contact avec les équipes de direction de l'IFPS et des IFSI		
	Etape 4	Elaborer un plan de communication pluriannuel à destination des publics/institutions cibles identifiés Ex : Participation à des forums/rencontres organisées par les établissements d'enseignement Organisation de "portes ouvertes" dans les établissement du GHT Contact avec les medias Publications (lettres trimestrielles...)		
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel	sept-17	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle	sept-18	Échéance réelle :	
Estimation de la charge marginale (€)	- Coût agent pour l'étape 1 - Coût d'élaboration et impression de supports de communication (coût agent et matériel/reprographie) - Coût de mise à disposition de salle + coût agents pour rencontres et forum			
Modalité suivi (indicateur de suivi qualitatif et quantitatif)	- Nombre de rencontres effectuées par an - Nombre de lettres diffusées par an - Nombre d'actions mise en place sur les Etablissements Santé			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	- Diminution des postes vacants au sein des établissements			

FICHE ACTION GHT - Filière Personnes Âgées Action 4.2				
Date création fiche	07/04/17		Etat d'avancement	A démarrer
Nom de l'action	Action 4.2 : Élaborer une réflexion commune aux établissements du GHT sur les mesures permettant de renforcer l'attractivité des établissements			
Objectif(s) de l'action	Renforcer l'attractivité du territoire du GHT pour les personnels médicaux et paramédicaux en renforçant l'image des établissements du GHT (travail en partenariat avec les ressources humaines de chaque établissement) en travaillant sur une politique gériatrique dynamique commune. En lien avec le groupe" RH Affaires Médicales" du GHT			
Description de l'action				
Responsable de l'action	Mme Paulin, Dr Lapierre (CHIHC Pontarlier), Dr Baudet-Saucet (CDS Tilleroyes) (en lien avec le groupe de travail « RH/affaires médicales » du comité stratégique)			
Etapes de mise en œuvre (RASCI, planning si nécessaire cf document joint ou autre onglet)	Etape 1	Recenser et analyser les pratiques RH (salaires, formation, conditions d'exercice) existantes au sein des établissements	Réalisé en date du... :	
	Etape 2	Promouvoir la culture gériatrique et communiquer	Réalisé en date du :	
	Etape 3	Elaborer le plan de communication sur les pratiques RH définies		
	Etape 4	Mise en place d'actions concrètes pour améliorer la qualité des prises en charges gériatriques, pour les patients/résidents et personnels (formation spécifiques auprès des personnels médicaux et para médicaux; formations diplomantes pour les personnels des EHPAD/USLD - ex : formations ASG pour les AS; optimisation des temps de saisie des soins auprès des patients par utilisation de tablettes ; rompre avec l'isolement des soignants à domicile...)		
	Etape 5	Optimiser l'accueil des praticiens/personnels par des actions concrètes (en lien avec les communes d'implantation des établissements ("pack bienvenu" : aide à la recherche de logements, accès priorisé à certains services - crèches,...), chambres consulaires locales, CCI?)		
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel	janv.-18	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle	janv.-20	Échéance réelle :	
Estimation de la charge marginale (€)	- Coût de formation des agents sur des actions ciblées géronto - Coûts d'équipements (ex : tablettes…) à évaluer - Coût à évaluer si mise à disposition (temporaire) de logement par les établissements			
Modalité suivi (indicateur de suivi qualitatif et quantitatif)	- Diminution du nombre de postes vaccants - Nombre de candidats postulants - Turn over par métier (démission, mutation) - Taux d'absentéisme par métier			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	- Questionnaire de satisfaction des agents médicaux et paramédicaux annuel			

FICHE ACTION GHT - Filière Personnes Âgées Action 4.3				
Date création fiche	07/04/17		Etat d'avancement	A démarrer
Nom de l'action	Action 4.3 : Renforcer l'attractivité de la filière gériatrique auprès des internes et favoriser la diffusion de la culture gériatrique auprès de ces professionnels			
Objectif(s) de l'action	Renforcer l'attractivité du territoire du GHT pour les personnels médicaux et paramédicaux			
Description de l'action	Harmoniser la prise en charge, l'encadrement et la formation des internes S'appuyer sur la coordination de la filière gériatrique du GHT pour : - Faire état, chaque semestre des moyens et des besoins - Avoir une offre visible par les internes du DES de gériatrie et les internes des autres DES souhaitant se former à la gériatrie			
Responsable de l'action	Mme Paulin, Dr Lapierre (CHIHC Pontarlier), Dr Baudet-Saucet (CDS Tilleroyes) (en lien avec le groupe de travail « RH/affaires médicales » du comité stratégique et en collaboration avec le Professeur Aubry).			
Etapes de mise en œuvre (RASCI, planning si nécessaire cf. document joint ou autre onglet)	Etape 1	Constituer un groupe de travail "Formation" - en lien avec le CHU de Dijon - pour définir qui fait quoi et comment en termes de formation au sein du GHT	Réalisé en date du... :	
	Etape 2	Mise en œuvre du plan défini en groupe de travail étape 1	Réalisé en date du :	
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel	juin-17	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle	janv-18	Échéance réelle :	
Estimation de la charge marginale (€)	- Charge marginale nulle			
Modalité suivi (indicateur de suivi qualitatif et quantitatif)	- Nombre d'internes et autres professionnels de santé accueillis en formation au sein des services de gériatrie			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)				

Filière SSR

A. Etat des lieux

Les établissements du GHT Centre Franche Comté impliqués dans la filière SSR incluent 9 établissements, répartis sur le territoire du GHT CFC, avec :

- Le Centre Hospitalier (CH) de Baume les Dames
- Le CHU de Besançon
- Le CH de Dole
- Le CH de Gray
- Le CH de Morteau
- Le CH d'Ornans
- Le CH intercommunal de Haute-Comté, avec son site secondaire de Mouthe
- L'établissement de santé de Quingey
- Le Centre de Soins Les Tilleroyes, implanté à Besançon.

Ces 9 établissements totalisent :

- 438 lits d'hospitalisation complète en SSR, dont 40% (175 lits) sont implantés à Besançon (CHRU et CDS Tilleroyes)
- 27 places d'hospitalisation de jour en SSR, dont 15% (4 places) sont implantées à Besançon (CDS Tilleroyes)

Le détail des capacités et autorisations spécifiques, ainsi que les principaux indicateurs d'activité en SSR (pour l'année 2016) de chaque établissement du GHT CFC sont repris dans le tableau ci-dessous.

	Capacités HC (lits)	DMS	Journées	Séjours	Age moyen patients	HDJ (places)
CH Baume les Dames - Poly.	28	26,1	11 199	426	76,5	4
CHU - Syst. Nerv./App. Loco	28	36,9	8 772	238	54	
CH Dole - Syst. Nerv./App. Loco	26	34,0	8 696	252	68	4
CH Dole - Gériatrie	44	29,0	15 082	518	86	2
CH Dole - UCC	12	36,0	3 813	106		
CH Gray - Poly.	16	40,2	6 557	163	78,7	
CH Morteau - Poly.	20	37,8	7 404	196	77,3	3
CH Ornans - Poly.	35	31,0	11 346	366	82,4	5
CH Pontarlier - Poly. (Mouthe)	7	24,8	2 613	111	80,45	
ES Quingey - Syst. Nerv./App. Loco	75	36,6	22 745	622		5
Tilleroyes - Gériatrie	107		35 142	572		4
Tilleroyes - Poly.	30	65,0	9 667	128	83	
Tilleroyes - UCC	10		3 340	45		
TOTAL	**438**					**27**

L'offre des établissements SSR du GHT CFC comprend ainsi :

- 280 lits de SSR spécialisés, dédiés à la prise en charge des affections du système nerveux et de l'appareil locomoteur (129 lits) ainsi qu'à la prise en charge de patients âgés (151 lits)
- 136 lits de SSR polyvalents
- 22 lits d'UCC (Unité Cognitivo Comportementale), implantés dans 2 établissements.

Les principaux enjeux identifiés par les établissements SSR du GHT CFC dans le cadre de l'élaboration du projet médical partagé concernent :

- l'amélioration de la qualité des soins, de l'organisation et de la fluidité des parcours des patients requérants des SSR, et en particulier dans le cas de patients « complexes » (tant en termes médical que social)
- la difficulté à attirer et retenir des personnels médicaux, para-médicaux et soignants, en particulier pour les établissements frontaliers
- la nécessité d'améliorer et de structurer, à l'échelle du GHT, l'analyse et le pilotage de l'activité de SSR, notamment dans la perspective de la prochaine mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A SSR).

B. Plan d'actions

Ainsi, concernant l'amélioration de la qualité, de l'organisation et de la fluidité des parcours des patients, le projet médical partagé entre les établissements du GHT propose (Cf. Objectif stratégique 1) de renforcer l'intégration de l'offre SSR du GHT dans son environnement) :

- d'élaborer un annuaire fonctionnel des établissements et services SSR du GHT, permettant d'améliorer la connaissance réciproque des établissements SSR du GHT et la visibilité de ces services auprès des établissements et services « adresseurs »
- de renforcer les partenariats, intra et extra territoriaux, entre les établissements
- d'améliorer l'efficacité de la communication et de la transmission d'informations entre établissements, sur l'ensemble du parcours des patients (MCO->SSR->établissements d'aval le cas échéant)

Concernant le cas particulier des parcours/patients complexes, les établissements du GHT CFC proposent (Cf. Objectif stratégique 3 : Améliorer la coordination des parcours complexes, en lien avec les établissements MCO et médico sociaux) :

- d'identifier le plus en amont possible (dans les services MC et SSR des établissements) les cas potentiellement complexes (« bed-blockers ») pour raisons médicales ou sociales, grâce à l'utilisation d'outils de « scoring » pertinents
- d'améliorer la prise en charge et la gestion des parcours des cas complexes, grâce à une action coordonnée à l'échelle du territoire du GHT et à la mise en œuvre d'équipes mobiles
- de réaliser une étude pluriannuelle permettant d'identifier et quantifier de manière fine les cas/parcours complexes et de formuler des propositions de solutions à long terme

En vue de pallier les difficultés de recrutement constatées (Cf. Objectif stratégique 2 : Renforcer l'attractivité des établissements du GHT auprès des personnels médicaux et non médicaux), les établissements du GHT CFC proposent :

- d'élaborer et déployer un plan de communication ciblé sur les points forts et axes de développement des activités SSR du GHT
- d'élaborer une réflexion commune aux établissements du GHT concernant les mesures concrètes permettant de renforcer leur attractivité auprès de ces personnels.

-

Enfin, les établissements proposent d'améliorer le pilotage de l'activité SSR à l'échelle du GHT (Cf. Objectif stratégique 4 : Elaborer et mettre en œuvre des outils d'analyse et de pilotage de l'activité à l'échelle du GHT), par la mise en œuvre d'actions permettant :

- D'identifier et de quantifier les besoins en SSR au sein du territoire, par profils de patients requérants des SSR (spécialisés et polyvalents), en vue notamment de formuler des propositions d'amélioration de l'offre à l'échelle du territoire (capacité, autorisations spécifiques…)
- De renforcer les outils de gestion des établissements en vue d'améliorer l'analyse de l'activité et d'optimiser le codage, dans la perspective de la mise en œuvre de la T2A SSR
- D'optimiser la politique d'investissement sur la filière SSR à l'échelle du GHT

La synthèse du plan d'actions et le détail des fiches actions élaborées pour chacun des objectifs stratégiques sont repris ci-après.

Objectif stratégique 1 (OS 1) : Renforcer l'intégration de l'offre SSR du GHT dans son environnement (Synthèse)

Actions	Responsable (s)	Début prévisionnel	Échéance prévisionnelle	Modalité suivi	Estimation de la charge marginale
A.1.1 : Elaborer un annuaire fonctionnel des établissements et services SSR du GHT	Pr Parratte (CHU) - Mme Receveur (CH Morteau) Action à mener avec l'appui des services supports du CHU	sept-17	sept-18	- Nombre d'exemplaires distribués - Nombre de connexions au répertoire dématérialisé	- Charge marginale nulle (temps d'agents et de référents)
A.1.2 : Renforcer les partenariats, intra et extra territoriaux, entre les établissements	Mme Declerc (CS Tilleroyes/ES Quingey) - Dr Chossonnery (CS Tilleroyes) - CHU (intervenant à identifier)	sept-17	sept-19	- Formalisation des partenariats par des conventions - Etat des CS avancées et activité de celles-ci	- Charge marginale nulle (temps d'agents et de référents)
A.1.3 : Améliorer/élaborer des outils de communication et d'information efficaces entre établissements (MCO->SSR->établissements d'aval)	Dr Guyon (CH Pontarlier) - Dr Decavel (CHU) En lien avec les travaux du groupe de travail "information para médicales" du Projet de Soins Partagé En lien avec les services support du CHU (DSI...) et prestataires (Emosist)	sept-17	sept-18	- Utilisation du mode de transmission des informations choisi par les professionnels des établissements	- Charge marginale nulle (temps d'agents et de référents)

Objectif Stratégique 2 (OS 2) : Renforcer l'attractivité des établissements du GHT auprès des personnels médicaux et non médicaux (Synthèse)

Actions	Responsable (s)	Début prévisionnel	Échéance prévisionnelle	Modalité suivi	Estimation de la charge marginale
A.2.1 : Elaborer et déployer un plan de communication ciblé sur les points forts et axes de développement des activités SSR du GHT	Dr Schmitt-Jaulmes (ES Quingey) - Mr Merelle (ES Quingey)	sept-17	sept-18	- Manifestations organisées au sein des établissements du GHT - Participation des professionnels des établissements du GHT aux évènements organisés par les institutions partenaires (écoles, universités…)	- Coût agent pour l'étape 1 - Coût d'élaboration et impression de supports de communication (coût agent et matériel/reprographie) - Coût agents pour rencontres et forum
A.2.2 : Elaborer une réflexion commune aux établissements du GHT sur les mesures permettant de renforcer l'attractivité des établissements	Mr Merelle (ES Quingey) - Dr Guyon (CH Pontarlier)	sept-17	sept-19	- Avancée de l'élaboration du plan de communication spécifique RH	- Charge marginale nulle (temps agents)

Objectif Stratégique 3 (OS 3) : Améliorer la coordination des parcours complexes, en lien avec les établissements MCO et médico sociaux (Synthèse)

Actions	Responsable (s)	Début prévisionnel	Échéance prévisionnelle	Modalité suivi	Estimation de la charge marginale
Action 3.1 Elaborer/choisir des outils de repérage précoce des cas complexes	Dr Guerre (CH Ornans) - Mme Sommer (CH Ornans - Cadre) - Mme Buisson (CH Ornans - Asste sociale) - Mme Courgey (CHU - Asste sociale)	sept-17	sept-19	- Utilisation de l'indicateur - Exhaustivité de l'évaluation - Respect des actions en fonction des seuils - Formation à l'utilisation	- Charge marginale nulle (temps agents)
Action 3.2 : Mettre en place des équipes mobiles à l'échelle du territoire, en lien avec le secteur médico-social	Dr Aleton (CHU/CH Pontarlier) (sous réserve d'accord : Pr Parratte lui en parle) - Dr Gaume (CH Gray)/Mme Arbey (CH Baume les Dames - à valider)	sept-17	sept-19	- Activité des équipes mobiles en distinguant s'il y a lieu l'activité interne et l'activité hors les murs - Nombre de personnes suivies - Nombre de visites sur sites - Réunions de synthèses - Analyse de la population suivie, notamment par l'indicateur de complexité de l'action 1	- Charge marginale à évaluer en fonction des besoins (volumes, profils) en personnel identifiés pour mise en œuvre de cette action
Action 3.3 : Mettre en œuvre un observatoire territorial des parcours complexes à l'échelle du GHT, en lien avec la future plateforme d'appui	Mme Declerc (CS Tilleroyes/ES Quingey) - DIM GHT (Dr Antraigue)	sept-17	sept-19	- Mise en place de la commission - Rapports de la commission - Présentations à la direction du GH	- Charge marginale nulle (temps agents pour les études) - Charge marginale à évaluer pour étape 5 (en fonction des propositions formulées)

Objectif Stratégique 4 (OS 4) : Elaborer et mettre en œuvre des outils d'analyse et de pilotage de l'activité à l'échelle du GHT (Synthèse)

Actions	Responsable (s)	Début prévisionnel	Échéance prévisionnelle	Modalité suivi	Estimation de la charge marginale
Action 4.1 : Identifier et quantifier les besoins en SSR au sein du territoire, par profils de patients requérants des SSR (spécialisés et polyvalents)	Services supports du CHU (Direction Coopération/Communication du CHU (Avec appui si besoin de Mme Declerc (CS Tilleroyes/ES Quingey)) Avec appui du Pr Parratte (CHU) - DIM du GHT)	sept-17	sept-19	- Mise en place de l'équipe de recherche - Détermination des outils de recueil (statut fonctionnel, facteurs socio-environnementaux) - Construction de la classification - Critères d'orientation - Complémentarité entre annuaire des structures et typologie des groupes de patients requérant les SSR	- Charge marginale nulle (temps agents) en phase étude
Action 4.2 : Améliorer l'analyse de l'activité et optimiser le codage, à l'échelle du GHT	Dr Bokan (CHIHC Pontarlier) - Dr Guerre (CH Ornans) En collaboration avec le DIM du GHT - Mme Bauerlin (CS Tilleroyes - TIM) - TIM de ES Quingey	sept-17	sept-18	- Avancée du déploiement des outils d'analyse et de suivi de l'activité des établissements	- Charge marginale nulle (temps agents, formation interne)
Action 4.3 : Identifier et quantifier les besoins et financements mobilisables en termes d'investissement	Mr Merelle (ES Quingey) - Mr Saltarelli (CH Dole) - Dr Chossonnery (CS Tilleroyes)	sept-17	sept-18	- Formalisation du plan d'investissement pluriannuel concernant les établissements et services SSR du GHT	- Charge marginale nulle en phase étude - Charge marginale à évaluer en fonction des projets d'investissements identifiés

PLAN D'ACTIONS DETAILLE

Objectif stratégique 1 (OS 1) : Renforcer l'intégration de l'offre SSR du GHT dans son environnement

FICHE ACTION GHT - Filière SSR Action 1.1				
Date création fiche	07/04/17		Etat d'avancement	A démarrer
Nom de l'action	A.1.1 : Elaborer un annuaire fonctionnel des établissements et services SSR du GHT			
Objectif(s) de l'action	Améliorer la connaissance réciproque des établissements à travers leur mission (agréments : SSR spécialisés, SSR polyvalents), leur situation (SSR "de proximité", SSR "de recours")			
Description de l'action	Créer un répertoire opérationnel des interlocuteurs au sein des établissements et services SSR du GHT			
Responsable de l'action	Pr Parratte (CHU) - Mme Receveur (CH Morteau) Action à mener avec l'appui des services supports du CHU			
Etapes de mise en œuvre (RASCI, planning si nécessaire cf document joint ou autre onglet)	Etape 1	Identifier les référents/interlocuteurs par établissement (praticiens, cadres de santé, assistantes sociales, direction…)	Réalisé en date du... :	
	Etape 2	Collecte des informations auprès des référents/interlocuteurs au sein de chaque établissement	Réalisé en date du :	
	Etape 3	Définir le format du répertoire (thématiques, classement géographique…)		
	Etape 4	Définir le mode de diffusion du répertoire (destinataires du format papier le cas échéant, droit d'accès du format en ligne)		
	Etape 5	Tirage du répertoire papier le cas échéant et mise en ligne du répertoire		
	Etape 6	Mise à jour du répertoire (sur une base annuelle)		
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel	sept-17	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle	sept-18	Échéance réelle :	
Estimation de la charge marginale (€)	- Charge marginale nulle (temps d'agents et de référents)			
Modalité suivi (indicateur de suivi qualitatif et quantitatif)	- Nombre d'exemplaires distribués - Nombre de connexions au répertoire dématérialisé			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	- Diminution du taux de rejet des demandes sur Via Trajectoire (par amélioration de la qualification des demandes des établissements adresseurs)			

FICHE ACTION GHT - Filière SSR Action 1.2				
Date création fiche	07/04/17		Etat d'avancement	A démarrer
Nom de l'action	A.1.2 : Renforcer les partenariats, intra et extra territoriaux, entre les établissements			
Objectif(s) de l'action	Améliorer la fluidité des parcours, dans le respect de la pertinence des soins			
Description de l'action	Mettre en place une structure de coopération et des mécanismes de liaison entre structures de SSR, en lien avec les partenaires des différentes filières et se doter des outils d'analyse nécessaires			
Responsable de l'action	Mme Declerc (CS Tilleroyes/ES Quingey) - Dr Chossonnery (CS Tilleroyes) - CHU (intervenant à identifier)			
Etapes de mise en œuvre (RASCI, planning si nécessaire cf document joint ou autre onglet)	Etape 1	Désignation d'un référent médical et paramédical, administratif par structure	Réalisé en date du... :	
	Etape 2	Mise en place de réunions de concertation régulières	Réalisé en date du :	
	Etape 3	Identification de filières cérébrolésés /médullaires, SEP, oncohématologie, addictions…		
	Etape 4	Identification des besoins en CS avancées de SSR vers l'aigu, de l'aigu vers les SSR de SSR en SSR (ex. MPR et gériatres…), voire d'équipes mobiles externes (hors les murs) pour certains groupes de patients. Discussion de la faisabilité de mise en place de vacations correspondantes		
	Etape 5	Rédactions de guides de bonnes pratiques. Modalités d'admission, outils communs de détermination des besoins en SSR (pathologies, dépendance, troubles cognitifs, difficultés socio-environnementales)		
	Etape 6	Télé-évaluation pour les admissions		
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel	sept-17	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle	sept-19	Échéance réelle :	
Estimation de la charge marginale (€)	- Charge marginale nulle (temps d'agents et de référents)			
Modalité suivi (indicateur de suivi qualitatif et quantitatif)	- Formalisation des partenariats par des conventions - Etat des CS avancées et activité de celles-ci			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	- Diminution des impasses hospitalières - Durées de séjour par filières en MCO et SSR, en ciblant les personnes à risque de séjour long			

FICHE ACTION GHT - Filière SSR Action 1.3				
Date création fiche	07/04/17		Etat d'avancement	A démarrer
Nom de l'action	A.1.3 : Améliorer/élaborer des outils de communication et d'information efficaces entre établissements (MCO->SSR->établissements d'aval)			
Objectif(s) de l'action	Améliorer la fluidité des parcours, dans le respect de la pertinence des soins			
Description de l'action	Normer les échanges d'informations concernant les patients (contenu et outils de transmission) entre les établissements et services du GHT			
Responsable de l'action	Dr Guyon (CH Pontarlier) - Dr Decavel (CHU) En lien avec les travaux du groupe de travail "information para médicales" du Projet de Soins Partagé En lien avec les services support du CHU (DSI...) et prestataires (Emosist)			
Etapes de mise en œuvre (RASCI, planning si nécessaire cf document joint ou autre onglet)				
	Etape 1	Recenser les outils de communication existants au sein des établissements du GHT et au-delà (MS Santé, Trajectoire…)	Réalisé en date du… :	
	Etape 2	Recenser les besoins "type" en termes d'informations devant accompagner le patient lors de son parcours entre les différents établissements et services	Réalisé en date du :	
	Etape 3	Formaliser une liste d'informations/documents harmonisée à transmettre lors des transferts entre services/établissements		
	Etape 4	Choisir un mode de transmission de ces informations et documents parmi les systèmes identifiés en étape 1		
	Etape 5	Promouvoir l'utilisation de ces outils (documents/informations normées et système de transmission) auprès des utilisateurs.		
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel	sept-17	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle	sept-18	Échéance réelle :	
Estimation de la charge marginale (€)	- Charge marginale nulle (temps d'agents et de référents)			
Modalité suivi (indicateur de suivi qualitatif et quantitatif)	- Utilisation du mode de transmission des informations choisi par les professionnels des établissements			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	- Diminution du taux de réhospitalisation - Diminution de la DMS			

Objectif Stratégique 2 (OS 2) : Renforcer l'attractivité des établissements du GHT auprès des personnels médicaux et non médicaux

FICHE ACTION GHT - Filière SSR Action 2.1				
Date création fiche	07/04/17		Etat d'avancement	A démarrer
Nom de l'action	A.2.1 : Elaborer et déployer un plan de communication ciblé sur les points forts et axes de développement des activités SSR du GHT			
Objectif(s) de l'action	Améliorer la communication des établissements du GHT auprès des professionnels de santé (écoles, université ?), constituer une équipe de communication du GHT sur la thématique SSR. En lien avec les services support du CHU?			
Description de l'action	Promouvoir l'offre SSR des établissements du GHT auprès des professionnels de santé prescripteurs.			
Responsable de l'action	Dr Schmitt-Jaulmes (ES Quingey) - Mr Merelle (ES Quingey)			
Etapes de mise en œuvre (RASCI, planning si nécessaire cf document joint ou autre onglet)	Etape 1	Recenser les points forts et projets en termes de prise en charge auprès des établissements membres du GHT	Réalisé en date du… :	
	Etape 2	Elaborer un support de communication sur les points forts et projets identifiés (en collaboration avec les services supports du CHU : service communication?)	Réalisé en date du :	
	Etape 3	Identifier une équipe de praticiens, soignants et para médicaux pouvant relayer la communication élaborée auprès des publics cibles (professionnels de santé, écoles, universités…)		
	Etape 4	Elaborer un plan de communication pluriannuel à destination des publics/institutions cibles identifiés (participation à des manifestations organisées par les établissements d'enseignement, organisation de visites des établissements du GHT…)		
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel	sept-17	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle	sept-18	Échéance réelle :	
Estimation de la charge marginale (€)	- Coût agent pour l'étape 1 - Coût d'élaboration et impression de supports de communication (coût agent et matériel/reprographie) - Coût agents pour rencontres et forum			
Modalité suivi (indicateur de suivi qualitatif et quantitatif)	- Manifestations organisées au sein des établissements du GHT - Participation des professionnels des établissements du GHT aux évènements organisés par les institutions partenaires (écoles, universités…)			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	- Diminution des postes vacants (médicaux, soignants et paramédicaux)			

FICHE ACTION GHT - Filière SSR Action 2.2				
Date création fiche	07/04/17		Etat d'avancement	A démarrer
Nom de l'action	A.2.2 : Elaborer une réflexion commune aux établissements du GHT sur les mesures permettant de renforcer l'attractivité des établissements			
Objectif(s) de l'action	Renforcer l'image des établissements du GHT en tant qu'employeurs auprès des professionnels de santé, harmoniser les pratiques RH en interne au GHT et valoriser le GHT par rapport aux autres GHT (en lien avec le groupe de travail « RH/affaires médicales » du comité stratégique)			
Description de l'action				
Responsable de l'action	Mr Merelle (ES Quingey) - Dr Guyon (CH Pontarlier)			
Etapes de mise en œuvre (RASCI, planning si nécessaire cf document joint ou autre onglet)	Etape 1	Recenser et analyser les pratiques RH (salaires, formation, conditions d'exercice) existantes au sein des établissements	Réalisé en date du… :	
	Etape 2	Définir des pratiques RH homogènes au sein des établissements du GHT	Réalisé en date du :	
	Etape 3	Elaborer le plan de communication sur les pratiques RH définies		
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel	sept-17	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle	sept-19	Échéance réelle :	
Estimation de la charge marginale (€)	- Charge marginale nulle (temps agents)			
Modalité suivi (indicateur de suivi qualitatif et quantitatif)	- Avancée de l'élaboration du plan de communication spécifique RH			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	- Diminution des postes vacants (médicaux, soignants et paramédicaux)			

Objectif Stratégique 3 (OS 3) : Améliorer la coordination des parcours complexes, en lien avec les établissements MCO et médico sociaux

FFICHE ACTION GHT - Filière SSR Action 3.1				
Date création fiche	07/04/17		Etat d'avancement	A démarrer
Nom de l'action	Action 3.1 Elaborer/choisir des outils de repérage précoce des cas complexes			
Objectif(s) de l'action	Identifier le plus en amont possible (dans les services MC et SSR des établissements) les cas potentiellement complexes (« bed-blockers ») pour raisons médicales ou sociales, grâce à l'utilisation d'outils de « scoring » pertinents			
Description de l'action	Choisir un outils scoré permettant de repérer dans les 48 premières heures de l'hospitalisation des situations complexes qui requerront des SSR mais nécessitent une coordination médico-sociale précoce			
Responsable de l'action	Dr Guerre (CH Ornans) - Mme Sommer (CH Ornans - Cadre) - Mme Buisson (CH Ornans - Asste sociale) - Mme Courgey (CHU - Asste sociale)			
Etapes de mise en œuvre (RASCI, planning si nécessaire cf document joint ou autre onglet)				
	Etape 1	Analyse des outils disponibles : Intermed etc.	Réalisé en date du… :	
	Etape 2	Choix de l'outil	Réalisé en date du :	
	Etape 3	Déploiement de l'outil dans les services. Qui fait quoi et quand ?		
	Etape 4	Détermination des actions en fonction du score. Ex : appel au service social au-dessus d'un seuil, déclenchement de l'intervention d'un équipe mobile au-dessus d'un autre seuil…		
	Etape 5	Suivi des actions mises en œuvre à l'échelle d'un unité		
	Etape 6	Suivi de l'indicateur à l'échelle d'un établissement, du GHT		
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel	sept-17	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle	sept-19	Échéance réelle :	
Estimation de la charge marginale (€)	- Charge marginale nulle (temps agents)			
Modalité suivi (indicateur de suivi qualitatif et quantitatif)	- Utilisation de l'indicateur - Exhaustivité de l'évaluation - Respect des actions en fonction des seuils - Formation à l'utilisation			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	- Réduction des impasses hospitalières et séjour longs - Taux de la DMS pour les séjours en médecine suivis d'un séjour en SSR ou en HAD. - Taux de ré-hospitalisation en médecine à 30 jours. - Part des séjours de médecine pour lesquels les patients de 75 ans et plus sont arrivés par les services d'urgence. - Taux de ré-hospitalisation en médecine dans les 6 mois et pour un motif identique des personnes âgées de 75 ans en plus. - Part de séjours de personnes de 75 ans et plus dont la durée est supérieure à la borne haute en séjours de médecine hospitalier.			
Points d'attention* *Communication nécessaire, prérequis (exemple : Action X doit être réalisée avant action Y,*	- Choix d'un outil à renseignement rapide - Acceptabilité pour les médecins et les autres soignants - Coordination avec les directions des soins - Intégration au dossier du patient			

FICHE ACTION GHT - Filière SSR Action 3.2				
Date création fiche	07/04/17		Etat d'avancement	A démarrer
Nom de l'action	Action 3.2 : Mettre en place des équipes mobiles à l'échelle du territoire, en lien avec le secteur médico-social			
Objectif(s) de l'action	Améliorer la prise en charge et la gestion des parcours des cas complexes, grâce à une action coordonnée à l'échelle du territoire du GHT (désignation d'un coordonnateur à l'échelle du territoire?)			
Description de l'action	Déployer, à l'échelle d'un territoire permettant des visites, des équipes mobiles pour certains profils de patients			
Responsable de l'action	Dr Aleton (CHU/CH Pontarlier) (sous réserve d'accord : Pr Parratte lui en parle) - Dr Gaume (CH Gray)/Mme Arbey (CH Baume les Dames - à valider)			
Etapes de mise en œuvre (RASCI, planning si nécessaire cf document joint ou autre onglet)				
	Etape 1	Déterminer les profils cibles : outre la gériatrie, cérébrolésés, patients à risque de handicap neurologique lourd?	Réalisé en date du… :	
	Etape 2	Choix des territoires pertinents au sein du GHT	Réalisé en date du :	
	Etape 3	Composition des équipes mobiles : médecin, secrétaire, ergothérapeute, assistantes sociale…		
	Etape 4	Détermination des missions des équipes mobiles (coordination, soins…)		
	Etape 5	Mise en œuvre des équipes mobiles au regard des équipes déjà existantes		
	Etape 6	Déterminer la frontière avec les CS avancées : rôle du seuil de l'indicateur de complexité ?		
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel		sept-17	Début réel :
	Échéance prévisionnelle		sept-19	Échéance réelle :
Estimation de la charge marginale (€)	- Charge marginale à évaluer en fonction des besoins (volumes, profils) en personnel identifiés pour mise en œuvre de cette action			
Modalité suivi (indicateur de suivi qualitatif et quantitatif)	- Activité des équipes mobiles en distinguant s'il y a lieu l'activité interne et l'activité hors les murs - Nombre de personnes suivies - Nombre de visites sur sites - Réunions de synthèses - Analyse de la population suivie, notamment par l'indicateur de complexité de l'action 1			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	- Taux de ré-hospitalisation en médecine à 30 jours. - Part des séjours de médecine pour lesquels les patients de 75 ans et plus sont arrivés par les services d'urgence. - Taux de ré-hospitalisation en médecine dans les 6 mois et pour un motif identique des personnes âgées de 75 ans en plus. - Part de séjours de personnes de 75 ans et plus dont la durée est supérieure à la borne haute en séjours de médecine hospitalier.			

FICHE ACTION GHT - Filière SSR Action 3.3				
Date création fiche	07/04/17		Etat d'avancement	A démarrer
Nom de l'action	Action 3.3 : Mettre en œuvre un observatoire territorial des parcours complexes à l'échelle du GHT, en lien avec la future plateforme d'appui			
Objectif(s) de l'action	Réaliser une étude pluriannuelle permettant d'identifier et quantifier les cas/parcours complexes et de formuler des propositions de solutions à long terme, en lien avec la future plateforme d'appui			
Description de l'action	Se doter d'une structure d'analyse des parcours complexe à l'échelle du GHT en vue de solutions opérationnelles			
Responsable de l'action	Mme Declerc (CS Tilleroyes/ES Quingey) - DIM GHT (Dr Antraigue)			
Etapes de mise en œuvre (RASCI, planning si nécessaire cf document joint ou autre onglet)				
	Etape 1	Créer une commission dédiée associant médecins, cadres, direction, DIM, responsable Trajectoire	Réalisé en date du... :	
	Etape 2	Déterminer l'ensemble des données pertinentes : indicateurs de séjour, indicateurs de complexité, PMSI MCO et SSR ? données trajectoires etc.	Réalisé en date du :	
	Etape 3	Définir un lien de coopération et d'information avec l'ARS sur ce thème et articulations aux outils régionaux		
	Etape 4	Analyser en se dotant d'outils de synthèse homogènes les parcours complexes dans l'ensemble des établissements du GHT		
	Etape 5	Etablir des rapports réguliers et des propositions en lien avec le PRS : réorganisation, déploiement de CS avancées d'équipes mobiles, restructurations, nouvelles implantations SSR, en HC ou HDJ...		
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel	sept-17	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle	sept-19	Échéance réelle :	
Estimation de la charge marginale (€)	- Charge marginale nulle (temps agents pour les études) - Charge marginale à évaluer pour étape 5 (en fonction des propositions formulées)			
Modalité suivi (indicateur de suivi qualitatif et quantitatif)	- Mise en place de la commission - Rapports de la commission - Présentations à la direction du GH			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	- Réduction des impasses hospitalières et séjour longs - Taux d'évolution de la DMS pour les séjours en médecine suivis d'un séjour en SSR ou en HAD. - Taux de ré-hospitalisation en médecine dans les 6 mois et pour un motif identique des personnes âgées de 75 ans en plus. - Part de séjours de personnes de 75 ans et plus dont la durée est supérieure à la borne haute en séjours de médecine hospitalier.			
Points d'attention* *Communication nécessaire, prérequis (exemple : Action X doit être réalisée avant action Y,*	Rassembler toutes les parties prenantes en particulier en termes de système d'information Coordination avec l'ARS et les futures plateformes d'appui Coopération avec les soins de ville et le secteur médico-social Représentants des usagers			

Objectif Stratégique 4 (OS 4) : Elaborer et mettre en œuvre des outils d'analyse et de pilotage de l'activité à l'échelle du GHT

FICHE ACTION GHT - Filière SSR Action 4.1				
Date création fiche	07/04/17		Etat d'avancement	A démarrer
Nom de l'action	Action 4.1 : Identifier et quantifier les besoins en SSR au sein du territoire, par profils de patients requérants des SSR (spécialisés et polyvalents)			
Objectif(s) de l'action	Identifier les besoins et formuler des propositions d'amélioration de l'offre à l'échelle du territoire (capacité, autorisations spécifiques…)			
Description de l'action	Déterminer une typologie des patients requérant des SSR plus fine que les groupes médico-économiques en termes de besoins de réadaptation. Par exemple, il n'y a pas aujourd'hui de "bonne" classification des patients AVC requérant les SSR, tant en termes d'orientation que de prédiction des coûts de prise en charge.			
Responsable de l'action	Services supports du CHU (Direction Coopération/Communication du CHU (Avec appui si besoin de Mme Declerc (CS Tilleroyes/ES Quingey)) Avec appui du Pr Parratte (CHU) - DIM du GHT)			
Etapes de mise en œuvre (RASCI, planning si nécessaire cf document joint ou autre onglet)	Etape 1	Déterminer les parties prenantes : cliniciens, santé publique, économie de la santé, DIM, direction ; partenariats ARS	Réalisé en date du… :	
	Etape 2	Définir les outils de saisie des caractéristiques de patients et de l'activité	Réalisé en date du :	
	Etape 3	Déterminer les partenaires en termes de système d'information DIM, Trajectoire, ARS		
	Etape 4	Déterminer les méthodes de regroupement des patients en fonction des besoins de SSR polyvalent ou spécialisés		
	Etape 5	Confrontation des groupes de patients aux coûts de prise en charge		
	Etape 6	Proposition d'outils d'analyse des besoins des patients à utiliser en routine.		
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel	sept-17	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle	sept-19	Échéance réelle :	
Estimation de la charge marginale (€)	- Charge marginale nulle (temps agents) en phase étude			
Modalité suivi (indicateur de suivi qualitatif et quantitatif)	- Mise en place de l'équipe de recherche - Détermination des outils de recueil (statut fonctionnel, facteurs socio-environnementaux) - Construction de la classification - Critères d'orientation - Complémentarité entre annuaire des structures et typologie des groupes de patients requérant les SSR			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	- Capacité de la classification à prédire les coûts - Confrontation à la classification en GME			
Points d'attention* *Communication nécessaire, prérequis (exemple : Action X doit être réalisée avant action Y, validation en CME avant initiation étape 4), coût, livrables, etc*	Rassembler toutes les parties prenantes en particulier en termes de système d'information Coordination avec l'ARS			

FICHE ACTION GHT - Filière SSR Action 4.2				
Date création fiche	07/04/17		Etat d'avancement	A démarrer
Nom de l'action	Action 4.2 : Améliorer l'analyse de l'activité et optimiser le codage, à l'échelle du GHT			
Objectif(s) de l'action	Renforcer les outils de gestion des établissements dans la perspective de la mise en œuvre de la T2A SSR			
Description de l'action	En collaboration avec le DIM du GHT : - Définir des outils d'analyse et de suivi de l'activité communs aux établissements et services SSR du GHT - Définir et déployer des pratiques de codage homogènes au sein des établissements			
Responsable de l'action	Dr Bokan (CHIHC Pontarlier) - Dr Guerre (CH Ornans) En collaboration avec le DIM du GHT - Mme Bauerlin (CS Tilleroyes - TIM) - TIM de ES Quingey			
Etapes de mise en œuvre (RASCI, planning si nécessaire cf document joint ou autre onglet)	Etape 1	Recenser les outils d'analyse et de suivi de l'activité SSR existants au sein des établissements du GHT	Réalisé en date du... :	
	Etape 2	Choisir des outils pouvant être déployés sur l'ensemble des établissements et services du GHT	Réalisé en date du :	
	Etape 3	Définir des principes et pratiques de codage communs aux établissements du GHT		
	Etape 4	Former les praticiens et PNM impliqués dans le codage des actes aux principes et pratiques définis		
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel	sept-17	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle	sept-18	Échéance réelle :	
Estimation de la charge marginale (€)	- Charge marginale nulle (temps agents, formation interne)			
Modalité suivi (indicateur de suivi qualitatif et quantitatif)	- Avancée du déploiement des outils d'analyse et de suivi de l'activité des établissements			
Evaluation action (indicateur de résultats qualitatif et quantitatif)	- Diminution du taux d'erreur de codage - Optimisation des produits/recettes des établissements			

FICHE ACTION GHT - Filière SSR Action 4.3				
Date création fiche	07/04/17		Etat d'avancement	A démarrer
Nom de l'action	Action 4.3 : Identifier et quantifier les besoins et financements mobilisables en termes d'investissement			
Objectif(s) de l'action	Optimiser la politique d'investissement sur la filière SSR à l'échelle du GHT			
Description de l'action	Anticiper et optimiser les investissements propres à la filière SSR (amélioration des plateaux techniques, développement d'équipements innovants…), à articuler avec les directions chargés des investissements au sein des établissements du GHT			
Responsable de l'action	Mr Merelle (ES Quingey) - Mr Saltarelli (CH Dole) - Dr Chossonnery (CS Tilleroyes)			
Etapes de mise en œuvre (RASCI, planning si nécessaire cf document joint ou autre onglet)	Etape 1	Recenser les projets d'investissements (immobiliers, matériels) au sein des établissements et services	Réalisé en date du… :	
	Etape 2	Prioriser les besoins d'invesstissements identifiés au sein de chaque établissement et service	Réalisé en date du :	
	Etape 3	Identifier les sources de financements/subventions mobilisables concernant les projets identifiés		
	Etape 4	Formaliser les plans d'investissement et de financement pluriannuels à l'échelle du GHT et des établissements		
Échéance prévisonnelle / réelle	Début prévisionnel	sept-17	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle	sept-18	Échéance réelle :	
Estimation de la charge marginale (€)	- Charge marginale nulle en phase étude - Charge marginale à évaluer en fonction des projets d'investissements identifiés			
Modalité suivi (indicateur de suivi qualitatif et quantitatif)	- Formalisation du plan d'investissement pluriannuel concernant les établissements et services SSR			

Filière Santé Mentale

A. Méthodologie générale

Le Groupement Hospitalier de Territoire Centre Franche-Comté et le Groupement Hospitalier de Territoire Psychiatrie Doubs-Jura s'associent pour élaborer le projet médical partagé de la filière santé mentale.

Principes généraux

Les établissements du GHT Centre Franche-Comté et du GHT Psychiatrie Doubs-Jura sont liés par de nombreuses et anciennes coopérations existantes. Certaines structures sont déjà gérées conjointement par certains établissements, dans un souci de prise en charge globale et coordonnée des patients (urgences psychiatriques de Besançon, Espace Accueil Adolescents du CH de Novillars, localisé sur le site de Saint-Jacques du CHRU de Besançon...).

L'association des deux GHT pour la rédaction du projet médical partagé santé mentale repose sur la volonté des établissements membres de travailler ensemble, avant tout pour faciliter les parcours de soins et la qualité de la prise en charge des patients.

Le projet médical partagé est conçu par étapes dans un esprit d'amélioration continue de la coopération entre les établissements membres.

Cette coopération est construite sur une logique fédérative, non intégrative. Enfin, les établissements membres des deux GHT souhaitent conserver souplesse et pragmatisme dans la gouvernance du projet médical.

Le PMP s'inscrit dans le cadre actuel de la sectorisation, en respectant le rattachement médico-administratif des secteurs.

Prérequis à la mise en œuvre des projets :

Les projets présentés pourront être mis en place sous réserve :

- d'une allocation de moyens correspondants
- d'une démographie médicale en adéquation.

Gouvernance :

Un comité de pilotage a été constitué entre les deux GHT. Il est composé des directeurs et présidents de commissions médicales d'établissements du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Besançon, du Centre Hospitalier Intercommunal de Haute-Comté, du Centre Hospitalier de Novillars et du Centre Hospitalier Spécialisé du Jura.

Le comité de pilotage s'est réuni :

- le 5 septembre au CHU de Besançon,
- le 15 novembre 2016 au Centre Hospitalier Spécialisé du Jura,

- le 4 février au CHU de Besançon,
- le 7 avril au CH de Novillars,
- le 31 mai au CHU de Besançon.

Le comité de pilotage a créé des groupes de travail chargés de réaliser un état des lieux et de proposer des actions d'amélioration de la filière. Ces groupes sont coordonnés par un référent de chaque GHT.

B. Activités de recours

1. Projet centre ressources régionales maladies psychiatriques résistantes (troubles de l'humeur unipolaires et bipolaire et schizophrénie)	
Constats : La prise en charge des pathologies psychiatriques au long cours est assurée par les différents secteurs sur le territoire mais ne permet pas de répondre à toutes les situations. Il existe un manque de réponse dans les cas complexes et/ou nécessitant une approche globale et pluridisciplinaire. **Objectif de l'action :** **I. Renforcer l'expertise clinique existante dans le cadre d'une offre régionale** • **Sur le plan diagnostique** • **Sur le plan thérapeutique** **II. Développer les activités de centre de référence dans :** • la prévention • l'élaboration de bonnes pratiques • la réduction de la morbi- mortalité • les démarches qualité **III. Porter les projets de recherche** dans le domaine de des pathologies concernées **Description de l'action** : Il s'agit de proposer, au CHRU du Besançon, le premier Centre Ressource Régional de Franche-Comté –Bourgogne pour les maladies psychiatriques résistantes (C2RMPR).	
Début prévisionnel : Attente autorisation ARS	**Echéance prévisionnelle :**

2. Projet dispositif de prise en charge intensive de la crise suicidaire :
Constats : La récidive suicidaire est connue pour être de 20 % dans l'année suivant le passage à l'acte. Au regard des taux de récidive élevés il est nécessaire d'améliorer le dispositif de suivi de la crise suicidaire et de la prévention de la récidive. Cette activité n'est pas structurée et est assurée au détriment de l'activité des urgences psychiatriques dans les différents centres. **Objectif de l'action :** Proposer un suivi dédié sur les lieux de prise en charge des patients, avec des outils spécifiques. Appui des équipes existantes dans le repérage de la crise suicidaire. Amélioration du suivi post crise. Amélioration du dispositif post hospitalisation. Prise en charge des familles et proches des personnes en crise suicidaire
Description de l'action : Le projet propose de **créer des équipes mobile intersectorielles de prévention et de lutte contre la récidive suicidaire pouvant intervenir dans les différents lieux de prise en soins de ces patients,** et nécessitant une coordination avec dispositifs déjà existants en améliorant la prévention de la crise suicidaire Ces équipes seront crées dans un premier temps sur le Grand Besançon et Dole avec extension dans un deuxième temps sur Lons le Saunier et Pontarlier.

Début prévisionnel :	**Echéance prévisionnelle :**

3. Projet Equipe Mobile de Liaison, d'Evaluation et d'Orientation en Pédopsychiatrie
Constats : - Demande croissante des services de santé scolaire , des services de PMI, ASE, PJJ, structures médico-sociales (IME, ITEP) pour des enfants et adolescents présentant des troubles psychiques dont l'intensité conduisent à des passages récurrents aux urgences ou à des hospitalisations qui se prolongent de façon inadéquate. - Augmentation des cas complexes nécessitant une évaluation approfondie pluridisciplinaire et le développement des liens avec les structures d'amont et d'aval.

- Résultats très encourageants d'un dispositif expérimental d'un poste d'assistant partagé pédopsy /ITEP

Objectif de l'action :

- Apporter des réponses adaptées aux professionnels de premier recours
- Optimiser le recours aux soins en adaptant le juste niveau de réponse à la demande
- Eviter les passages inadaptés aux urgences, et les ruptures de parcours
- Proposer évaluation approfondie pour les cas complexes
- Développer les recherches en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent

Description de l'action :

Structurer un dispositif de liaison, d'évaluation et de coordination de parcours pour des enfants et adolescents présentant des troubles psychiques entravant leur développement et leur intégration familiale, scolaire et sociale. : mise en place de RCP et de consultations de présentation de cas pour professionnels de premier recours, consultations d'évaluation éventuellement sur site, et suivi des parcours.

4. Projet Centre Ressource Régional Psychiatrie de la Personne âgée

Constats :

La psychiatrie de la personne âgée se structure en spécialité et nécessite une expertise spécifique.

La demande d'expertise dans des situations complexes n'est pas structurée ni suffisante.

Demande croissante de la part de la filière gériatrique.

Manque d'un Centre de référence d'enseignement et de formation, de recherche et d'expertise des cas complexes, susceptible de se positionner comme pôle d'attractivité de la discipline, lieu de ressources pour les pratiques

Objectif de l'action :

I. Renforcer l'expertise clinique existante dans le cadre d'une offre régionale

- **Sur le plan diagnostique**
- **Sur le plan thérapeutique**

II. Développer les activités de centre de référence dans :

- la prévention

- l'élaboration de bonnes pratiques
- les questions d'éthique
- les démarches qualité

III. Porter les projets de recherche dans le domaine de la psychiatrie de la personne âgée que ce soit des études épidémiologiques, cliniques, pharmacologiques, cognitives ou en imagerie ou encore des recherches en soins infirmiers.

Description de l'action :

Il s'agit de créer, au sein du CHU du Besançon, le premier Centre Ressource Régional (CRR) de Franche-Comté - Bourgogne consacré à la psychiatrie du sujet âgé.

C. Soins ambulatoires

- **Constats**
  - **Des délais d'attente importants pour une consultation en CMP ou en CGI aussi bien en zone urbaine que rurale,**
  - **Insuffisance de dispositifs d'alternative à l'hospitalisation complète, notamment HDJ dans les trois filières (Pédopsychiatrie, Psychiatrie Adulte, Psychiatrie de la Personne Agée), entrainant une embolisation des lits d'hospitalisation complète et des services d'urgences psychiatriques**

- **Plan d'actions**
  - **Création de structures d'hospitalisation à temps partiel, notamment hôpitaux de jour, aussi bien en Pédopsychiatrie, Psychiatrie Adulte que Psychiatrie de la Personne Agée sans diminution de la capacité en hospitalisation complète.**
  - **Renforcement / création de CMP/ CGI notamment en développant des CMP / CGI adossés à des maisons de santé,**
  - **Développement des équipes mobiles,**

D. Soins au long cours – articulation avec les structures sociales et médico-sociales

Constats :

- De nombreux patients hospitalisés à temps complet en Psychiatrie faute de places adaptées en structures médico-sociales, à la fois de type FAM / MAS, qu'EHPAD,
- Déficit en structure de réhabilitation – réadaptation psychosociale – préparation à la sortie visant l'autonomisation,

Plan d'actions :

- Poursuivre et développer le soutien aux structures médico-sociales par le renforcement des équipes mobiles existantes et la création d'équipes mobiles nouvelles, par le développement de la télémédecine à destination de ces structures,
- Structurer une véritable filière de réhabilitation / réadaptation
- Projet d'Unité d'hospitalisation complète de séjours de rupture (CH Novillars)
- Développement des FAM / MAS / EHPAD à orientation psychiatrique.

E. Psychiatrie du sujet âgé

Constats :

Développement de la psychiatrie de la personne âgée avec nécessité d'intégration dans une filière.

Demande croissante de la filière gériatrique et du secteur médico-social pour prises en charge et avis.

Organisations hétérogènes en fonction des centres avec individualisation d'intersecteur sur certains centres.

Déficit d'hébergement en secteur médico-social tant en ce qui concerne les patients vieillissants présentant une pathologie psychiatrique mais aussi les polyhandicapés vieillissants.

Objectifs de l'action :

- Structurer les différents niveaux d'offre de soins en psychiatrie de la personne âgée et améliorer le parcours de la personne en associant une continuité entre projet de soins et projet de vie.
- Coordonner projets et actions avec la filière gériatrie du GHT centre et GHT Jura Sud

Description de l'action :

- Développer Centre Ressource Régional de psychiatrie de la personne âgée : expertise clinique et thérapeutique en lien avec plateau technique, mise en place de RCP cas complexes, développement formations, enseignement, recherche
- Compléter la filière de soins « Psychiatrie Personnes Agées) par augmentation du nombre de places HDJ (création nouvel HDJ sur Besançon).
- Développer les places d'EHPAD à orientation psychiatrique avec le soutien d'équipe mobile

F. Pédopsychiatrie

Constats

- Délai d'attente pour l'accès aux soins avec manque d'un filtre de priorisation des demandes
- Défaut de repérage des situations à risque de « crise » et manque de formalisation des circuits d'accueil de crise et de leur suivi.
- Demande croissante des structures scolaires et médico-sociales pour les cas complexes

- Manque de dispositif type hôpital de jour pour assurer relai des soins ambulatoires ou hospitaliers
- Défaut de prise en compte de la spécificité de l'accompagnement dans les phases de transition enfant/ado et ado/adulte
- Demande croissante de consultations de recours pour pathologies spécifiques (TDAH, précocité intellectuelle…)

Objectifs

- Structurer le soutien aux professionnels de premier recours (médecin généraliste, pédiatre, services de santé scolaire, PMI…) pour priorisation, orientation et suivi des demandes
- Structurer offre graduée de soin et l'articulation entre les dispositifs ambulatoires, CATTP, hospitalisation jour, hospitalisation complète
- Structurer l'articulation avec les structures médico-sociales pour la prise en charge des cas complexes
- Développer les dispositifs d'évaluation pour les pathologies ou les soins spécifiques (TDAH, précocité intellectuelle, soins-études)

Description de l'action

- Développer équipe mobile pour soutien et orientation des professionnels de 1er recours, RCP et évaluation cas complexes, développement formation et recherche
- Structurer hôpital de jour adolescents en ciblant d'une part les suites des soins des pathologies de l'enfance, et d'autre part les problématiques émergentes à l'adolescence
- Développer les unités d'évaluation pour les pathologies spécifiques

G. Urgences

Constats :

Problème de la démographie médicale avec délais de réponse et d'intervention psychiatrique parfois longs

L'hétérogénéité des niveaux d'urgences psychiatriques selon les centres.

Disparité d'organisation des UP et d'accès au psychiatre

Pédopsychiatrie : Difficultés d'accueil des 8-12 ans et 16-18 ans

Délais pour consultation en CMP en post-urgences en fonction des professionnels : Psychologues et médecin

Objectifs :

Améliorer l'organisation de la pré-urgence avec démarche préventive des situations de crise

Structure la réponse d'urgence psychiatrique sur la FC en lien avec les urgences générales

Améliorer le dispositif de suivi de la crise en post-urgence

Description de l'action :

- PRE-URGENCE

Développer et structure la psychiatrie de liaison au CHU et en CH, les séjours séquentiels et de rupture en prévention de la crise

Favoriser le repérage des situations à risque et développer consultations de pré-urgences par équipe mobile de liaison en pédopsychiatrie

Renforcer les partenariats avec le secteur médico-social

- URGENCE

Veiller à permettre un accès à un avis psychiatriques 24/24 pour les urgentistes sur tous les sites avec au minimum une astreinte de psychiatre sénior par site

En cas d'absence de lits dédiés d'urgences psychiatriques, ouvrir la possibilité pour les patients de psychiatrie de pouvoir être accueillis sur des lits d'urgence somatique

En pédopsychiatrie : formaliser les modalités d'accueil des enfants/ados dans les services d'urgence médicale, pédiatrique, psychiatrique et renforcer les équipes de pédopsy de liaison

- POST URGENCE

- Délégations de taches : remboursement des actes des psychologues en libéral.
- Nécessité de moyens pour équipes mobiles à vocation territoriales ou supra sectorielles.
- Projet dispositif de prise en charge intensive de la crise suicidaire
- Dispositifs de recontact type Vigilans : Mutualiser ces dispositifs de recontact des patients post-urgence
- UHCD et HDJ en post urgence

CUMP / Situations exceptionnelles

Constats :

Manque de reconnaissance et INCOHERENCE entre les moyens donnés aux CUMP et les exigences des personnes qui sollicitent un déclenchement CUMP.

Pas d'anticipation suffisant en cas de situation exceptionnelle type attentat

Pas de lieu d'orientation suffisant après intervention de la CUMP

Description de l'action :

Création d'une astreinte téléphonique régionale

Développer les consultations spécialisées dans la prise en charge du psychotraumatisme y compris pour enfants et adolescents

Formation des personnels des professionnels de santé mentale à la Clinique du psychotraumatisme et sa prise en charge immédiate et post-immédiate

Psychiatrie médico-légale et pénitentiaire,

Constats :

Les soins psychiatriques en milieu pénitencier sont organisés en trois niveaux. toutes les Maisons d'Arrêt de Franche-Comté, sont de niveau 1 (UCSA) : consultation et CATTP avec un taux de présence médicale variable

Difficulté d'accéder en urgence (< 12 h) à l'UHSA de Lyon, engendrant l'hospitalisation de détenus (article D398) au sein des CHS.

Augmentation continue du nombre de détenus à la Maison d'Arrêt de Besançon (330 détenus pour une capacité théorique de 280) engendrant une augmentation d'activités de consultations.

Absence de niveau 2 (SMPR) autorisé en Franche-Comté malgré l'objectif fixé par le SROS et récemment rappelé (cf arrêté ARSBFC/DOS/PSH/2016-846 du 5 septembre 2016)

Axes d'amélioration
Augmentation du nombre de places de niveau 2 (HDJ SMPR) en Bourgogne Franche-Comté avec création d'un niveau 2 à la Maison d'Arrêt de Besançon, sur la base des recommandations nationales (1 place HDJ pour 100 détenus et proximité du lieu de détention, 500 détenus en Franche-Comté),
· Création d'une UHSA en Bourgogne Franche-Comté,
· Mise à jour des « protocoles » de collaboration entre CHS et Maison d'Arrêt (cf : protocole CH Novillars – Maison Arrêt de Besançon) : transformation de la convention bipartite CHRUB – Maison d'Arrêt en une convention tripartite CHRUB – Maison d'Arrêt – CH Novillars.

SDRE judiciaire

Constats :

L'admission en hospitalisation complète de patients en SDRE et irresponsabilité pénale diminue durablement la capacité d'admission des établissements

Les procédures de sortie sont très complexes générant des hospitalisations longues.

Objectifs :

Améliorer la trajectoire de soins pour ce type de patients.

Axes d'amélioration :
· Coordination régionale via ARS Bourgogne Franche-Comté des admissions des patients SDRE irresponsable pénaux sur la base de critères préalablement définis,

· Réflexion conjointe ARS BFC – Préfecture – Justice sur le cadre d'hospitalisation et la trajectoire de

soins.

Victimologie,

Constats

Hétérogénéité des structures sanitaires impliquées dans les prises en charge en urgence ou à distance de l'agression

Délais et difficultés d'accès aux soins pour les injonctions de soins avec conséquences pénales (consultations au sein des CMP)

Axes d'amélioration :

- Prise en charge des victimes

Améliorer la visibilité et l'orientation des patients entrant dans le dispositif de soins aussi bien lors d'une entrée en urgence qu'à distance de l'agression

Améliorer l'information de l'existence des dispositifs de soins et la formation (mise à jour et diffusion des protocoles) auprès des autres professionnels de santé et favoriser la coordination.

- Prise en charge des auteurs

Améliorer la coordination des soins des patients sous mains de justice, notamment au moment de la sortie de détention : (Projet Kairos porté par le CHRUB (unité de prévention, d'évaluation et de prise en charge destinée aux auteurs de violence et d'infraction qui permettrait la continuité et le suivi du parcours)

Favoriser le décloisonnement des prises en charge d'auteurs et de victimes par temps de réunions transversales

H. Addictologie

ADDICTOLOGIE	
Constats	**Propositions**
A la demande de l'ARS Bourgogne Franche Comté, une étude prospective relative à l'organisation de l'offre médico-sociale, sanitaire et ambulatoire en addictologie en Bourgogne Franche Comté a été réalisée par la société Eneis Conseil. L'objectif était d'établir un diagnostic détaillé de l'offre médico-sociale et sanitaire disponible dans les 2 régions fusionnées en termes de prévention, de repérage et de prise en charge pour élaborer un plan d'action régional.	

• L'offre sanitaire est mieux structurée en Bourgogne. Il est indispensable de renforcer la structuration de la filière de prise en charge en addictologie en Franche Comté par la mise en place d'un niveau 2 et d'un niveau 3. • L'offre médico-sociale (CSAPA, CAARUD) est réalisée en Franche-Comté par plusieurs opérateurs, associatifs ou hospitaliers, qu'il est indispensable de mieux coordonner. • Les réseaux Franc-Comtois sont regroupés, contrairement à la Bourgogne, au sein d'un GCSMS le Groupement Addictions Franche-Comté (GAFC). La proximité est privilégiée dans les actions du GAFC qui réunit l'ensemble des acteurs concernés : médico-sociaux, sanitaires et libéraux. L'élargissement des acteurs au sein du GAFC est nécessaire pour une meilleure coordination des professionnels en addictologie.	• Doter d'un niveau 2 le CHS du Jura, le CH de Novillars et le CHU, avec ouverture des hôpitaux de jour sur ces 2 sites (Dole et Besançon). • Doter le CHU du niveau 3 (à l'identique de la Bourgogne). • Doter les ELSA existantes, en particulier à Pontarlier et à Gray, de moyens minimums (1/2 PH, 1/2 IDE, 1/2 psychologue). • Mieux coordonner les relations entre les ELSA du territoire. • Développer les consultations ambulatoires. • Redéfinir les rôles de chacun, et « fluidifier » les parcours. • Développer les liens avec la médecine générale et somatique en s'appuyant notamment sur les maisons de santé pluridisciplinaires. • Développer la coordination des acteurs du sanitaire et du médico-social tout en permettant une meilleure lisibilité des relations ville-hôpital.

I. Soins somatiques

Constats :

Manque de coordination entre secteur de soins somatiques et psychiatrie

Retard d'accès aux soins somatiques pour les patients souffrant d'un problème de santé mentale

Objectifs :

Améliorer l'accès aux soins somatiques des patients souffrant d'une pathologie psychiatrique et la coordination entre les différents secteurs de soins.

Axes d'amélioration

Intervention de la psychiatrie de liaison avec sollicitation de l'équipe lors de soins programmés en services de soins somatiques.

Positionner les unités de psychiatrie du CHU comme recours lors de nécessité de soins somatiques

Développement par les 2 établissements de l'accessibilité des plateaux techniques de niveau 2 pour les patients ambulatoires ou du médico-social.

Plateau technique Biologie

A. Etat des lieux

Activités

- Etablissements avec laboratoire accrédité :
  - CHU de Besançon
  - CH Dole,
  - CHI Haute-Comté
  - CH de Gray
- Etablissements ne disposant pas d'un laboratoire en interne :
  - CH de Morteau, Ornans, Baume-les-Dames, établissement de santé de Quingey, Centre de long séjour de Bellevaux, centre de soins et d'hébergement de longue durée Avanne, centre de soins et de réadaptation des Tilleroyes.

- Equipements :
  - CHU : Plateau technique totalement regroupé et automatisé en 2015
  - CHI Haute-Comté : Système d'information et principaux automates renouvelés en 2016
  - CH de Gray : Deux automates renouvelés en 2016. Deux autres automates renouvelés en 2017.
  - CH de Dole : plateau globalement à niveau.

Coopérations existantes

- Coopérations publiques :
  - Coopérations nombreuses avec le CHU sur les examens de recours
  - Coopération existante entre le CHIHC et Lons le Saunier (GCS de droit public).
  - Certains établissements du GHT travaillent quasi exclusivement avec des laboratoires privés.

- Coopérations avec le secteur privé :
  - EFS
  - Biomnis
  - CH de Baume avec laboratoire privé de Baume
  - Gray pour certains examens de biologie spécialisés
  - Morteau : laboratoire privé de Morteau
  - Ornans : laboratoire privé d'Ornans
  - Quingey- Avanne, Tilleroyes, Bellevaux

Equipes médicales communes

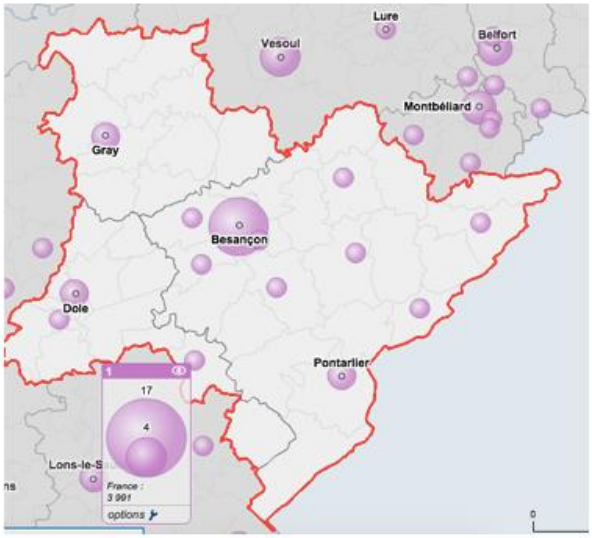
- Projet d'astreintes communes entre le CHIHC, CH de Lons-le-Saunier, CH de Saint-Claude dans le cadre du GCS

Organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles

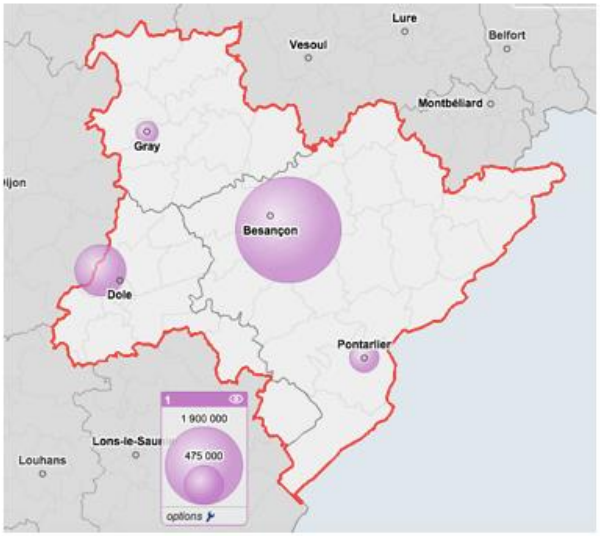
Conventions avec le CHU et le GCS Sud Jura pour gérer les situations exceptionnelles et le secours

Points forts de la filière	Points de vigilance et axes de progrès de la filière
• Plateau de biologie du CHU totalement regroupé et automatisé • 4 laboratoires accrédités • Examens spécialisés réalisés au CHU • Existence d'un laboratoire de métrologie au CHU	• Exigences COFRAC • Fragilité RH du laboratoire de Gray (démographie médicale fragile, PDSES) • Répartition des parts de marché public-privé • Distances et délais d'acheminement dans le cadre du GCS Arc jurassien

Analyse du nombre de laboratoires



Nombre de laboratoires publics/privés sur le territoire



Activité des laboratoires du GHT

B. Plan d'actions

1. **Etudier les perspectives de réorganisations de l'offre publique au sein du GHT**	
Description : - Etudier les possibilités de rapprochement entre laboratoires du GHT	
Etapes de mise en œuvre : Rencontre des différentes équipes du GHT	
Début prévisionnel : 2018	**Echéance prévisionnelle : 2019**

2. **Organiser les coopérations en biologie spécialisée pour certaines filières**	
Objectifs associés : ▪ Développer le volume d'analyses réalisées par les laboratoires des établissements du GHT	
Description : - Réduire le nombre d'analyses qui ne sont pas réalisées par un des laboratoires des établissements du GHT en réduisant l'appel à la sous-traitance tout en garantissant que le volume d'analyses est suffisant pour être rentable ou à l'inverse soutenable	
Etapes de mise en œuvre : - Analyser le volume d'analyses réalisées et envoyées à CERBA et BIOMNIS (pour chacun des établissements) - Définir les analyses avec un volume important que le CHU de Besançon pourrait réaliser - Définir le point critique entre le volume que peut atteindre le CHU pour ces analyses en fonction des ressources et capacités disponibles (RH - logistique, automate…) (Construire un EPRD prévisionnel)	
Début prévisionnel : - 2018	**Echéance prévisionnelle :** - 2020
Points d'amélioration : 1) Garantir le rendu efficace des résultats de façon intégrable au système informatique 2) Des conditions de transport avec un système de navette permettant un transfert rapide 3) Bien identifier les analyses à continuer à sous-traiter (faible volume au niveau du GHT et complexité/spécificité) de celles pour lesquelles une masse critique peut être atteinte 4) Les participants soulignent tous que la nouvelle accréditation COFRAC est prioritaire sur ce sujet (l'échéance est prévue en 2020)	

3. Profiter des convergences existantes du matériel biomédical pour faire des économies	
Objectifs associés : ▪ Développer le volume d'analyses réalisées par les laboratoires des établissements du GHT.	
Description : Cette action demandera : - De définir un périmètre d'intervention cible et les critères de convergence du matériel Biomédical - De cartographier ce qui peut rentrer dans cette démarche.	
Etapes de mise en œuvre : - Cartographier le matériel et les types d'analyses réalisés sur des matériels communs ou compatibles (même constructeur mais modèle différent) - Sélectionner les possibilités d'achat commun au sein du GHT - Mettre en place une organisation partagée des achats pour les matériels identifiés	
Début prévisionnel : Début 2018	**Echéance prévisionnelle :** Fin 2018
Points d'amélioration : Un point d'attention spécifique aux critères d'accréditation des automates	

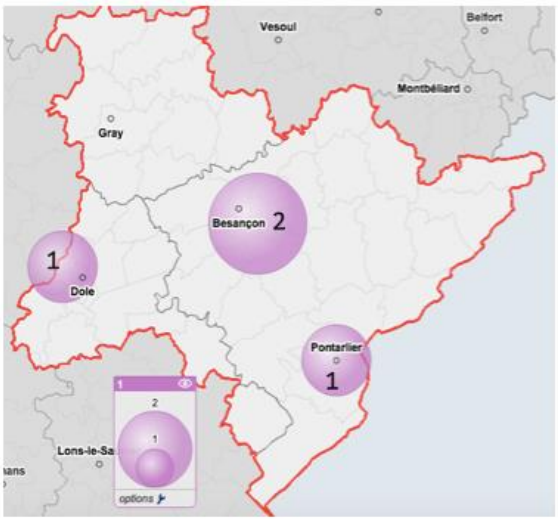
4. Analyser la qualité de réponse aux demandes des services cliniques des établissements du GHT	
Etapes de mise en œuvre : - Cf. fiche cardiologie sur les examens de biologie	
Début prévisionnel : Début 2018	**Echéance prévisionnelle :** Fin 2018

Plateau technique Imagerie

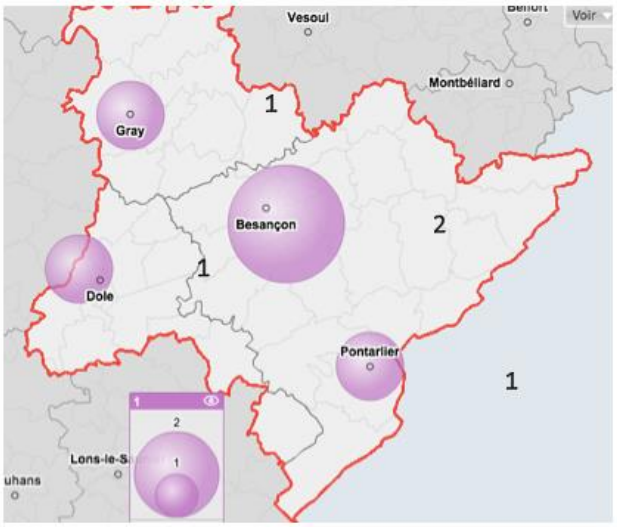
A. Etat des lieux

Points forts de la filière	Points de vigilance et axes de progrès de la filière
• Coopérations existantes entre établissements du GHT : • Existence d'une FMIH d'imagerie CHRU-CH de Dole • Coopération CHRU-Gray depuis 2006 concernant l'imagerie médicale (recueil d'avis spécialisés et amélioration des conditions de transfert de patients • Equipe médicale du CHRU déjà investie hors territoire du GHT • Expertise en cancérologie, en pédiatrie et en neuro-imagerie • Structuration des filières d'imagerie (mou-dur-neurologie) • Organisation de la permanence des soins : plateau technique assuré au CHRU et au CHIHC 24h/24 et 7j/7 • Fonctionnement du PACS franc-comtois • Télémédecine en neuroradiologie => Cf. fiche neurologie • CHIHC : Plateau technique (fonctionnement public/privé) renouvelé en 2015 et 2016 (IRM et scanner)	• Equipe médicale investie majoritairement hors territoire du GHT • Délai d'accès trop long aux plateaux techniques pour l'ensemble des plateaux techniques (scanner, IRM) • Fuites de patientèle vers le secteur libéral • Démographie médicale à stabiliser dans le secteur public • Fragilité de la démographie en radiologie interventionnelle => voir fiche Neurologie • Fragilité de la démographie médicale libérale dans certains secteurs du territoire • Fragilité de l'activité et de la permanence des soins à Gray et Dole, et à court terme au CHIHC • Coût financier important du recours à des praticiens contractuels. Continuité et permanence des soins assurées par des intérimaires et par de la téléradiologie concédée à des prestataires privés

Analyse de l'activité d'imagerie :



Nombre d'IRM public



Nombre de scanner public

B. Plan d'actions

1. Renforcer les coopérations et l'attractivité du secteur public	
Description : - Construire une équipe médicale commune (CHU, CH Dole, CHI Haute-Comté, CH de Gray) tout en renforçant les équipes hors CHU. Afin de pourvoir aux postes vacants, les médecins nouvellement recrutés pourraient garantir le fonctionnement des établissements hors CHU, selon une quotité de vacations à définir et à répartir entre les CH hors CHU et le CHU. - Proposer des postes partagés au sein du GHT/ ou des postes de praticiens contractuels (partagés) - Investir dans des équipements de pointe et développer des activités de recherche pour retenir les jeunes. - Utiliser les équipements de télé radiologie à la fois pour permettre des avis spécialisés et pour assurer la PDS	
Début prévisionnel : 2017	**Echéance prévisionnelle :** Court Terme

2. Etudier la faisabilité de structurer la permanence des soins en imagerie en renforçant la téléradiologie	
Description : - Etudier la faisabilité RH, technique, financière et opérationnelle d'une PDS d'imagerie pour le GHT organisée sur le plateau technique du CHU - Travailler sur le modèle économique de la téléimagerie	
Début prévisionnel : 2018	**Echéance prévisionnelle :** Moyen Terme

3. Consolider les activités de radiologie interventionnelle	
Description : - Fragilité des activités de radiologie interventionnelle au CHU	
Début prévisionnel : 2017	**Echéance prévisionnelle :** Tout au long du projet

Plateau technique Pharmacie

A. Etat des lieux

Activités : Les 11 établissements du GHT disposent d'une PUI.

Particularité : Système d'information partagé et animé en commun en cancérologie

Autorisations : Les autorisations spécifiques (pharmacotechnie, stérilisation, médicaments expérimentaux, radiopharmacie...) sont concentrées sur les PUI de MCO. Les rétrocessions aux patients ambulatoires sont autorisées : CHU, CH de Dole, CH intercommunal de Haute-Comté, CH de Gray, CH de Baume-les-Dames.

Equipes médicales communes :

Il existe de nombreuses coopérations au sein du GHT :

- Travail de groupe historique en cancérologie et dans le cadre de l'OMEDIT Franche-Comté
- Sous-traitance de préparations hospitalières par la PUI du CHU : CH de Dole, CH intercommunal de Haute-Comté, centre de soins et d'hébergement de longue durée d'Avanne, centre de long séjour de Bellevaux, centre des soins et de réadaptation des Tilleroyes, établissement de santé de Quingey
- Conventions sur les périodes de gardes et astreinte par le CHU
- Coopérations CH intercommunal de Haute-Comté / CH de Morteau et entre CH Louis-Pasteur de Dole/Centre hospitalier spécialisé du Jura (Saint-Ylie)

Organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles :

PSMII au CHU / Plans d'urgences

Points forts de la filière	Points de vigilance et axes de progrès de la filière
•PUI autorisées dans tous les établissements du GHT •PUI fortement impliquées au sein de leur établissement (projet d'établissement, politique qualité) •Plateaux de pharmaco-technie récents •Achats mutualisés (UniHA ou groupement régional) •Environnement réglementaire des PUI modifié (Ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur)	•Le plan national de sécurisation de prise en charge thérapeutique à l'hôpital (exigences croissantes et évolutives) n'a pas été accompagné de moyens. --> Nécessité de redéployer et concentrer le temps pharmaceutique sur la prise en charge du patient (pharmacie clinique, sécurisation du parcours thérapeutique, bon usage, sécurité des soins et gestion des risques...) •Des normes en permanente évolution, liées à des enjeux économiques très importants •Activités logistiques réalisées au sein de chaque établissement •Des PUI en difficulté à court terme avec la mise en œuvre prochaine du DES d'exercice (2017) et la problématique des remplacements •Des projets de robotisation à moyen terme, avec des investissements importants, nécessitant obligatoirement une réflexion territoriale •Environnement réglementaire des PUI modifié à très court terme (Ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur)

Etat de la démographie médicale

Bonne attractivité de la région pour la formation en DES

Impact du DES d'exercice sur l'organisation de certaines PUI.

B. Plan d'actions

1. **Mettre en place une réflexion sur le nombre de PUI**	
Actions : - Garantir le maintien d'activités pharmaceutiques dans chaque établissement, et le maintien du temps pharmaceutique réorienté vers des tâches à valeur ajoutée - Dans le plateau bisontin, mettre en place un projet de PUI commune (CHU, CDS Tilleroyes, CLS Bellevaux, CJW Avanne) - Mener une réflexion sur les autres sous territoires du GHT - Dans ce cadre il conviendra de prendre en compte les obligations du décret d'exercice en PUI (continuité et permanence des soins pharmaceutiques), qui ne sont pas couvertes actuellement dans toutes les PUI.	
Début prévisionnel : Immédiat	**Echéance prévisionnelle :** 1er trimestre 2018

2. **Développer la pharmacie clinique**	
Actions : - Renforcer cette activité dans tous les établissements du GHT (sécurité de prise en charge thérapeutique, pertinence des soins, évaluation des produits de santé) - Organiser une offre spécifique dédiée à la gériatrie dans le GHT - Renforcer les actions au service du parcours thérapeutique du patient (transfert inter-établissements, relations ville-hôpital) - Renforcer l'évaluation des produits de santé dans toutes ses composantes	
Début prévisionnel : Immédiat	**Echéance prévisionnelle :** 2018-2019

3. **Finaliser la structuration de l'offre de pharmacotechnie existante à l'échelle du GHT (sous-traitance existante)**	
Actions : - Identifier les points restant à couvrir - Définir des solutions de repli en cas de d'indisponibilité (locaux ou matériels) - Développement du contrôle analytique (surveillance des processus)	
Début prévisionnel :	**Echéance prévisionnelle :** 2018-2019

4. **Développer des coopérations sur les dispositifs médicaux stériles**
Actions : - Etudier les solutions de repli en cas d'indisponibilité des stérilisations - Développer un réseau d'expertise territorial

Début prévisionnel :	**Echéance prévisionnelle : 2018-2019**

5. Améliorer les liens avec la ville	
Actions : - Proposer une meilleure offre territoriale de proximité pour les rétrocessions (limiter les déplacements des patients, problème du portage) - Développer le lien avec la ville & notamment les officines	
Début prévisionnel :	**Echéance prévisionnelle :** 2018-2019

6. Soutenir le développement de la recherche clinique hors CHU	
Actions : - Structurer une plateforme territoriale de produits de santé expérimentaux	
Début prévisionnel :	**Echéance prévisionnelle :** 2018-2019

7. Développer une culture de performance des organisations	
Actions : - Mettre en place une politique d'achats des produits de santé commune au GHT - Développer des processus communs d'organisation (benchmark) - Etudier les projets de robotisation : réaliser une cartographie territoriale des besoins - Organiser la permanence pharmaceutique	
Début prévisionnel : Immédiat	**Echéance prévisionnelle :** 2018

8. Développer une politique commune sur la qualité pharmaceutique	
Actions : - Donner à la cellule d'information sur le médicament (CIM) du CHU une dimension GHT - Développer la politique qualité en PUI (échanges de pratiques & outils, standardisation, audits…) - Développer des indicateurs communs : qualité, efficience, management	
Début prévisionnel : Immédiat	**Echéance prévisionnelle :** 2018

Analyse SWOT du projet médical partagé

Forces	**Faiblesses**
Coopérations anciennes et solides entre établissements hospitaliers de Franche-Comté	Déficit de la démographie médicale à l'hôpital et en ville
Initiatives de longue date en matière de télémédecine	Situation financière dégradée de certains établissements
Rôle de recours du CHU de Besançon	
Caractère volontariste de la création du GHT Centre Franche-Comté. Logique territorialisée et non intégrative	
Opportunités	**Menaces**
Marges de développement de la gradation des soins	Déficit de la démographie médicale
Marges de réorganisation des plateaux techniques	Soutenabilité médico-économique des projets

ANNEXES

Annexe 1 : Plan d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins

1. Etat des lieux

• Les moyens déployés par les établissements pour mettre en œuvre leur politique et leur programme qualité

Chaque établissement est constitué d'une équipe, qualité et gestion des risques composée de professionnels formés et presque tous disposent de professionnels ressources en hygiène. Certaines équipes restent toutefois fragiles et seraient demandeuses de mutualisation de ressources.

Ces moyens sont recensés dans le document GHT-Qualité 1, annexé ci-après.

Par ailleurs, dix des onze établissements adhèrent au REQUA en support de leurs démarches.

• Politique et programme qualité des établissements du GHT

Chaque établissement du GHT Centre Franche-Comté s'est doté d'une politique qualité ou d'un programme qualité, voire des deux.

Il a été procédé à une synthèse de ces documents. Celle-ci est annexée ci-après.

• La Certification V2014

Date	Etablissements	Commentaires
2015	CH « Louis Pasteur » de Dole	Rapport consultable sur le site de la HAS
2016	CDS « Les Tilleroyes » de Besançon CDS « Jacques Weinmann » d'Avanne	Rapport reçu –en suivi
2017	CH de Gray CH « Sainte-Croix » de Baume-les-Dames CLS Bellevaux de Besançon CDS de Quingey	En cours de démarche
2018	CHRU de Besançon CH « Saint-Louis » d'Ornans CH « Paul Nappez » de Morteau CHIHC de Pontarlier	

En raison de la forte proportion d'établissements du GHT en cours de certification V2014, le GHT Centre-Franche-Comté n'a pas souhaité entrer dans une démarche synchronisée ou conjointe durant la période transitoire, comme le proposait la Haute-Autorité de Santé dans sa note « Trajectoire de mise en œuvre de la certification dans le cadre des GHT » de mai 2016.

2. Les objectifs qualité-sécurité-gestion des risques du GHT

Préambule :

Dans le cadre de ce premier PMP et dans l'attente des directives de la Haute Autorité de Santé, les établissements du GHT Centre Franche-Comté souhaitent développer une culture qualité et sécurité commune.

Pour ce faire, ils se dotent d'une politique et d'un programme qualité, sécurité et prévention des risques visant à optimiser la sécurité de la prise en charge en identifiant les évènements porteurs de risques pour les patients ainsi qu'en accompagnant les équipes à l'analyse des causes et au développement d'un plan d'action commun.

L'état des lieux témoigne d'un engagement fort de chacune des structures dans les démarches qualité, sécurité et gestion des risques. La satisfaction aux exigences des procédures de certification successives en est la preuve.

Tout au long des cinq prochaines années, chaque établissement reste engagé dans les démarches initiées au sein de sa structure, au regard des thématiques ciblées par la HAS, telles que les droits du patient, la prise en charge de la douleur, le dossier du patient, la gestion du risque infectieux, le droit des patients à la fin de vie.

Par ailleurs, il a été fait le choix de construire la politique qualité du GHT autour de la thématique du parcours patient. Elle s'articule autour des trois axes suivants :

- Structurer une démarche qualité sur le GHT dans le cadre de la coordination des parcours patients ;
- Améliorer la coordination de la prise en charge tout au long du parcours en associant les professionnels des différents établissements d'accueil du patient ;
- Améliorer la continuité de la prise en charge tout au long du parcours.

La réflexion ainsi menée doit permettre, à terme, d'élaborer une cartographie des risques a priori, dans les cadre des parcours inter-établissement. Elle pourra, par ailleurs, être enrichie par les propositions du comité des usagers.

1. Structurer une démarche qualité sur le GHT dans le cadre de la coordination des parcours patient

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Organiser le management de la qualité dans le cadre du GHT (organigramme)
- Définir une politique qualité commune
    - Définir des objectifs EPP sur le GHT
    - Conduire des EPP entre les équipes médico-soignantes des établissements
- Définir une architecture commune en matière de gestion documentaire
- Evaluer les pratiques
    - Mettre en place des audits de processus
    - Réaliser des audits croisés
    - Réaliser des enquêtes de satisfaction ciblées

- Evaluer les activités à risques

A. Améliorer la coordination de la prise en charge tout au long du parcours

L'objectif principal de cet axe consiste à améliorer l'organisation des flux de patients inter-établissements.

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Améliorer la qualité de l'information transmise entre les établissements
  - Evaluer les outils de communication inter-établissement
  - Optimiser l'implémentation des supports existants (fiche de liaison- dossier de transfert – DLU) afin de garantir un accueil bien traitant, adapté et sécurisé (qui remplit et comment)
  - Poursuivre le déploiement de l'outil informatique Via trajectoire et en améliorer le remplissage dans l'attente de la mise en œuvre d'une interopérabilité des outils informatiques en lien avec la stratégie du GHT sur les systèmes d'info

- Développer une politique concertée de gestion des situations de tension
  - Réfléchir à une coordination en temps de crise

- Créer une commission en vue une étude de pertinence des hospitalisations, des admissions : cré

- Définir des méthodes d'identification des patients de manière coordonnée

- Mettre en place une gestion des évènements indésirables survenues sur le parcours du patient (CREX communes sur les parcours EIG parcours)

2. Améliorer la continuité de la prise en charge tout au long du parcours

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Evaluer la qualité des parcours dans le cadre de démarche patient-traceur

- Définir des axes d'amélioration de la qualité en lien avec les filières identifiées et développées dans le cadre du PMP

- Assurer la continuité de la prise en charge médicamenteuse en lien avec la réflexion sur le PMP

- Optimiser les flux d'information, entre établissements concernant les patients, porteurs de bactéries résistantes (BMR- SARM, BHRE) en vue de prévenir les Infection Nosocomiales

3. Pertinence des actes et des résultats

- Mettre en œuvre une politique volontariste en matière de pertinence des actes effectués au sein des établissements membres du GHT
- Définir et se doter d'indicateurs de résultat.

Annexe 2 : Spécialités en tension dans les établissements du GHT Centre Franche-Comté

Ces listes ont été établies à partir de la cartographie complète des postes médicaux réalisée par le GHT.

Certaines spécialités connaissent un déficit démographique important à la fois à l'hôpital et en ville :

- l'anesthésie,
- la gastro-entérologie,
- l'imagerie,
- la cardiologie,
- la pneumologie,
- la diabétologie,
- l'ophtalmologie
- le diagnostic anténatal.

La liste suivante retrace les spécialités en tension dans les établissements parties au GHT.

Etablissement	Spécialités en tension
CHU Besançon	Certaines spécialités de recours (chirurgie thoracique, radiothérapie, anatomie pathologique, radiologie interventionnelle notamment)
CH Dole	Anesthésie et unité de surveillance continue, cardiologie, radiologie, ophtalmologie, ORL, MPR, gastro-entérologie, médecins exerçant en structure douleur
CHI Haute Comté	Anesthésie, pneumologie, cardiologie, gastro-entérologie, psychiatrie, gériatrie A moyen terme : ORL, ophtalmologie
CH Gray	Gastro-entérologie , cardiologie, radiologie Spécialité inexistante y compris en secteur libéral : ophtalmologie
CH Ornans	Médecins généralistes / coordonnateurs EHPAD
CH Morteau	Médecins généralistes / coordonnateurs EHPAD
CH Baume-les Dames	Médecins généralistes (activité sanitaire)
CLS Bellevaux	
CDS Tilleroyes	
CRF Quingey	
CJW Avanne	

Par ailleurs, les centres hospitaliers de proximité sont confrontés à la problématique de la continuité pharmaceutique dans les PUI.

GLOSSAIRE

ARS	Agence Régionale de Santé
AVC	Accident vasculaire cérébral
CATTP	Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel
CFC	Centre Franche-Comté
CH	Centre Hospitalier
CHI	Centre Hospitalier Intercommunal
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
COSTRAT	Comité stratégique
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CREX	Comité de Retour d'Expérience
CS	Centre de Soins
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
CUMP	Cellule d'Urgence Médico-Psychologique
DIM	Département Information Médicale
DMS	Durée Moyenne de Séjour
EMOG	Equipe mobile orientation gériatrique
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EIG	Evènement Indésirable Grave
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
ES	Etablissement de Santé
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
GHT CFC	Groupement Hospitalier de Territoire Centre Franche Comté
HAD	Hospitalisation à Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HDJ	Hôpital De Jour
IFPS	Institut de Formation des Professions de Santé

IRFC	Institut Régional Fédératif du Cancer
MAS	Maison d'Accueil Spécialisé
MIG	Missions d'Intérêt Général
MCO	Médecine-Chirurgie-Obstétrique
PASS	Permanences d'accès aux soins de santé
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PMP	Projet Médical Partagé
PPT	Projet paramédical de territoire
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
RéQUA	Réseau Qualité
SDRE	Soins psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat
SMPR	Service Médico-Psychologique Régional
SSR	Soins de suite et de réadaptation
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
USLD	Unités de Soins de Longue Durée