



Centre hospitalier Louis Pasteur

Projet médical 2014 - 2018

Tome 1 Projet institutionnel

SOMMAIRE

Préambule : un projet médical d'établissement s'inscrivant dans le cadre d'une politique nationale et régionale de santé	3
Un contexte national : la stratégie nationale de santé.....	3
Une déclinaison opérationnelle : le projet régional de santé	3
Implications pour le centre hospitalier Louis Pasteur	4
1. Positionnement du centre hospitalier Louis Pasteur sur son territoire	7
1.1. Diagnostic stratégique du centre hospitalier Louis Pasteur	7
1.1.1. Contexte	7
Démographie, géographie.....	7
Economie	7
Concurrence et parts de marché.....	7
Parts de marché.....	8
Définition des priorités.....	11
1.1.2. Situation financière	11
Un déséquilibre caractérisé.....	11
Une rentabilité d'exploitation correcte	12
Une politique d'investissement à maîtriser	14
1.2. Orientations stratégiques du centre hospitalier Louis Pasteur	21
1.2.1. Orientations de l'établissement	21
1.2.2. Orientations médicales	21
2. Méthodologie d'élaboration	23
2.1. Contexte d'élaboration du projet médical.....	23
2.2. Méthodologie	23
2.2.1. Mise en place d'un comité de pilotage.....	23
2.2.2. Mise en place d'une équipe projet.....	24
2.2.3. Déclinaison du projet au niveau des pôles	25
2.2.3.1. Un contexte : les projets de pôle	25
2.2.3.2. Déroulé de la démarche	25
2.3. Calendrier d'élaboration.....	25
3. Un document s'inscrivant dans les axes de la politique qualité de l'établissement	27
3.1. Priorités de l'établissement	27
3.2. Entretenir le mouvement en promouvant l'adhésion des équipes	28
3.3. Les pôles, pivots entre priorités de l'établissement et motivations des équipes.....	29
3.3.1. Pilotage unifié.....	29
3.3.2. Le rôle croissant du pôle, pivot entre priorités de l'établissement et motivations des équipes. ..	29
4. Les projets par orientation structurante	31
4.1. Développer la qualité, la sécurité et l'évaluation des pratiques professionnelles	32
4.1.1. Filière Biologie.....	32

4.1.2.	Filière Cancérologie.....	32
4.1.3.	Filière Chirurgie	33
4.1.4.	Filière Imagerie médicale et équipements lourds	33
4.1.5.	Filière Insuffisance rénale chronique	34
4.1.6.	Filière Médecine	34
4.1.7.	Filière Médecine d'urgence	34
4.1.8.	Filière Périnatalité, néonatalogie, réanimation néonatale	34
4.1.9.	Filière Réanimation, soins intensifs, surveillance continue	35
4.1.10.	Filière Soins palliatifs	35
4.1.11.	Autres déclinaisons opérationnelles de la politique qualité ne s'inscrivant pas dans une filière SROS spécifique.....	35
4.2.	Optimiser le parcours du patient	36
4.2.1.	Filière Chirurgie	36
4.2.2.	Filière Médecine	37
4.2.3.	Filière Périnatalité, néonatalogie, réanimation néonatale	37
4.2.4.	Filière Prise en charge des patients cérébro-lésés.....	38
4.2.5.	Filière Prise en charge des personnes âgées en EHPAD	38
4.2.6.	Filière Soins de suite et de réadaptation	39
4.3.	Maîtriser les durées de séjour et prendre définitivement le virage vers l'ambulatoire	39
4.3.1.	Filière Chirurgie	39
4.3.2.	Filière Médecine	39
4.3.3.	Filière Périnatalité, néonatalogie, réanimation néonatale	40
4.4.	Développer les complémentarités, les partenariats, les réseaux	40
4.4.1.	Filière Biologie.....	40
4.4.2.	Filière Chirurgie	41
4.4.3.	Filière Médecine	41
4.4.4.	Filière Médecine d'urgence	42
4.4.5.	Filière Périnatalité, néonatalogie, réanimation néonatale	42
4.4.6.	Filière Prise en charge des personnes âgées en EHPAD	42
4.4.7.	Pharmacie - stérilisation	43
4.5.	Créer des ensembles fonctionnels : efficience de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités	43
4.5.1.	Filière chirurgie.....	43
4.5.2.	Filière Imagerie médicale et équipements lourds	44
4.5.3.	Filière Médecine d'urgence	44
4.5.4.	Filière Soins de longue durée	44
4.5.5.	Filière Soins de suite et de réadaptation	44
5.	Suivi, évaluation, et communication	47
5.1.	Modalités de suivi et d'évaluation du projet médical	47
5.2.	Communication.....	47
5.2.1.	Communication interne.....	47
5.2.2.	Communication externe.....	48
	Conclusion.....	49
	ANNEXES.....	i

Préambule : un projet médical d'établissement s'inscrivant dans le cadre d'une politique nationale et régionale de santé

Un contexte national : la stratégie nationale de santé

« Il est aujourd'hui indispensable de refonder en profondeur notre système de santé, performant mais inéquitable ». C'est à partir de ce constat que les premières orientations de la Stratégie Nationale de Santé (SNS), publiées le 23 septembre 2013, visent à répondre aux mutations du système sanitaire français. La stratégie nationale de santé s'inscrit dans la continuité des travaux du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) et s'appuie notamment sur les conclusions du rapport Cordier¹. Elle constitue une feuille de route pour « opérer la transformation en profondeur du système de santé, afin de réduire les inégalités qui l'affectent, de valoriser ses atouts, de renforcer sa qualité et ses performances² ». Il s'agit de passer d'une médecine pensée comme une succession d'actes ponctuels et indépendants à une médecine de parcours, par une pratique plus coopérative entre professionnels et une participation plus active des personnes soignées. Dressant un nouveau paradigme, la stratégie nationale de santé a pour ambition de reconsidérer l'organisation du système de santé dans son ensemble et se structure autour de trois axes :

- Prioriser la prévention sur le curatif et agir sur les déterminants de santé ;
- Mieux organiser les soins pour les patients, garantir l'égalité d'accès en privilégiant une logique territoriale ;
- Miser sur la déconcentration et renforcer la démocratie sanitaire.

Une déclinaison opérationnelle : le projet régional de santé

Le projet régional de santé (2012-2016), dans ses volets schéma régional d'organisation des soins (SROS) et schéma régional de l'organisation de l'action médico-sociale (SROMS) notamment, constitue le cadre très actuel d'action, le « champ des possibles » pour le Centre Hospitalier Louis Pasteur (CHLP).

Le Projet Régional de Santé (PRS) contient trois ambitions pour améliorer l'état de santé de la population franc-comtoise :

- Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ;
- Garantir la pérennité du modèle de financement solidaire du système de santé en améliorant l'efficacité de la dépense et en choisissant résolument la voie de la performance ;
- Promouvoir la qualité, la sécurité des soins et des prises en charge en favorisant les approches territoriales.

¹ Un projet global pour la stratégie nationale de santé – 19 recommandations du comité des « sages », Juin 2013, CORDIER A., CHENE G., DUHAMEL G., DE HAAS P., HIRSCH E., PARISOT-LAVILLONIERE F., PERROTIN D.

² Stratégie nationale de santé, feuille de route, Ministère des affaires sociales et de la santé, 23 septembre 2013.

Implications pour le centre hospitalier Louis Pasteur

Pour le centre hospitalier Louis Pasteur, il s'agit de s'adapter à ce nouveau paradigme porté au niveau national et relayé au niveau régional par les évolutions du PRS. En effet, si la stratégie nationale de santé est conduite jusqu'à son terme et dans toutes ses composantes, le changement induit par celle-ci sera aussi puissant pour l'hôpital que l'effet combiné des réformes de 1958 et de 1970. Il s'inscrit dans le prolongement de l'ordonnance de 1996 qui comportait un ensemble de mesures visant à réformer le système de protection sociale, et de la loi dite « Hôpital, patients, santé et territoire » (2009). Il est désormais demandé à l'hôpital de s'adapter à un nouveau système non construit autour de lui et de s'insérer dans une organisation mieux coordonnée de la santé. En élaborant son projet médical au début de ce processus, le centre hospitalier Louis Pasteur a l'opportunité de moderniser profondément son fonctionnement. Le projet médical 2014-2018 du centre hospitalier Louis Pasteur est ainsi l'occasion de penser l'hôpital de demain. Celui-ci est un hôpital ouvert, de taille moindre qu'actuellement, où l'activité ambulatoire sera prépondérante. Centrées sur un plateau technique performant, les activités ambulatoires et de soins critiques se côtoient dans un hôpital moderne, adapté à l'évolution de la médecine : plus personnalisée, moins invasive, fonctionnant plus en réseau. Les relations avec la médecine de ville sont fondamentales, de même que l'organisation des filières de prise en charge avec le CHU, les établissements ou services assurant les soins de suite, le secteur médico-social et les services qui accompagnent le retour à domicile.

L'action de l'hôpital en matière de prévention, d'éducation thérapeutique et d'amélioration des déterminants de la santé est amenée à s'accroître. Cela suppose des liens structurés et plus étroits avec des acteurs de la prévention, comme la médecine scolaire, les réseaux, les associations, la médecine du travail.

Il est demandé à chaque professionnel de santé de développer des compétences relationnelles au-delà de ses compétences techniques afin de contribuer à la qualité de la prise en charge du patient dans l'hôpital et à la fluidité de son parcours de soins. Les acteurs hospitaliers contribuent en effet à l'émergence d'une vision globale fondée sur le parcours du patient ou de la personne prise en charge. Cela suppose la reconnaissance d'un continuum, coordonné et surtout visible pour les professionnels et les usagers entre les actions de prévention, les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et les soins de suite lorsqu'il y a un épisode hospitalier et, le cas échéant, l'accueil en établissement du secteur médico-social et le domicile.

Aucun acteur ne peut à lui seul assurer la réponse aux besoins de santé d'une personne ou d'une population. Avec l'introduction de l'obligation de coopération dans le service public, les acteurs (hôpital et professionnels ou structures assurant des missions de service public sur le territoire) sont incités à se préoccuper du suivi du patient après leur prestation et de l'accompagnement ou de la prise en charge de la personne en aval de leur intervention.

Le projet médical du centre hospitalier Louis Pasteur s'inscrit ainsi dans un environnement stratégique national, régional et réglementaire (article D6143-37-1 du code de la santé

publique³), à partir des grandes tendances constituant les lignes de force de la médecine moderne, les évolutions attendues du système sanitaire français et les orientations du projet régional de santé. Le centre hospitalier Louis Pasteur doit anticiper les changements à venir. Il s'agit d'avoir un hôpital ouvert sur son environnement tout en contribuant à la médecine de parcours. Dans ce contexte d'action, les orientations stratégiques et médicales du centre hospitalier Louis Pasteur doivent être dressées, à partir d'une analyse de la situation de l'établissement sur son territoire. C'est autour de ces constats que s'inscrivent les projets médicaux structurants pour le centre hospitalier Louis Pasteur, lesquels ont été élaborés de manière participative entre l'ensemble des professionnels hospitaliers.

³ Article D6143-37-1 du code de la santé publique : Le président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire, élabore avec le directeur et en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le projet médical de l'établissement. Il en assure le suivi de la mise œuvre et en dresse le bilan annuel.

Le projet médical est élaboré pour une période de cinq ans. Il peut être modifié par voie d'avenant. Il définit la stratégie médicale de l'établissement et précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions du contrat pluriannuel mentionné aux articles L. 6114-1 et L. 6114-2. Il comprend notamment :

- 1) Les objectifs médicaux en cohérence avec le schéma régional d'organisation sanitaire et le contenu de l'offre de soins ;
- 2) Les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
- 3) Le cas échéant les objectifs en matière de recherche et de démarches innovantes ;
- 4) L'organisation des moyens médicaux ;
- 5) Une annexe spécifique précisant l'articulation entre les pôles d'activité pour garantir la cohérence du parcours de soins du patient;
- 6) Un volet relatif à l'activité palliative des services ou unités fonctionnelles identifiant les services de l'établissement au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs

1. Positionnement du centre hospitalier Louis Pasteur sur son territoire

1.1. Diagnostic stratégique du centre hospitalier Louis Pasteur

1.1.1. Contexte

Démographie, géographie

Le centre hospitalier Louis Pasteur évolue dans un bassin de santé de 90 000 habitants. La croissance démographique y est faible, avec un taux de natalité inférieur et un taux de mortalité supérieur à la moyenne nationale. Le vieillissement de la population est important. Dans le Jura, la population âgée de plus de 60 ans représente 26,5 % du total et cette proportion devrait dépasser 30 % en 2030.

Dole est situé au carrefour des régions Franche-Comté et Bourgogne. La population porte son intérêt vers l'agglomération bisontine, mais aussi vers la métropole dijonnaise, voire Lyon et Paris en ce qui concerne l'offre de recours exceptionnel. Le centre hospitalier Louis Pasteur de Dole se trouve à égale distance des centres hospitaliers universitaires (CHU) de Besançon et de Dijon. Les praticiens dolois ont tissé des relations avec les équipes médicales des deux CHU et du centre de lutte contre le cancer de Bourgogne. Ces relations sont toutefois fragiles.

La proximité de deux grands centres urbains (40 minutes par les grands axes routiers) est un handicap, dans la mesure où les CHU de Besançon et de Dijon, qui ont restructuré leur offre récemment, sont eux-mêmes à la recherche de la taille critique et sont très attentifs à leurs parts de marché. Cependant, cette connexion facile permet d'atténuer un peu les difficultés de recrutement médical.

Economie

Le contexte économique n'a jamais été aussi difficile depuis l'existence de la version moderne de l'hôpital. Si l'effort de la Nation consacré à la santé continue de progresser, cette augmentation des dépenses d'assurance maladie est forcément contrainte par une croissance économique atone. Les effets prix appliqués aux recettes de l'établissement (tarifs, missions d'intérêt général, dotations) sont nuls. Seule l'augmentation du volume d'activité – difficile dans le cas du centre hospitalier de Dole – permet de générer des produits supplémentaires.

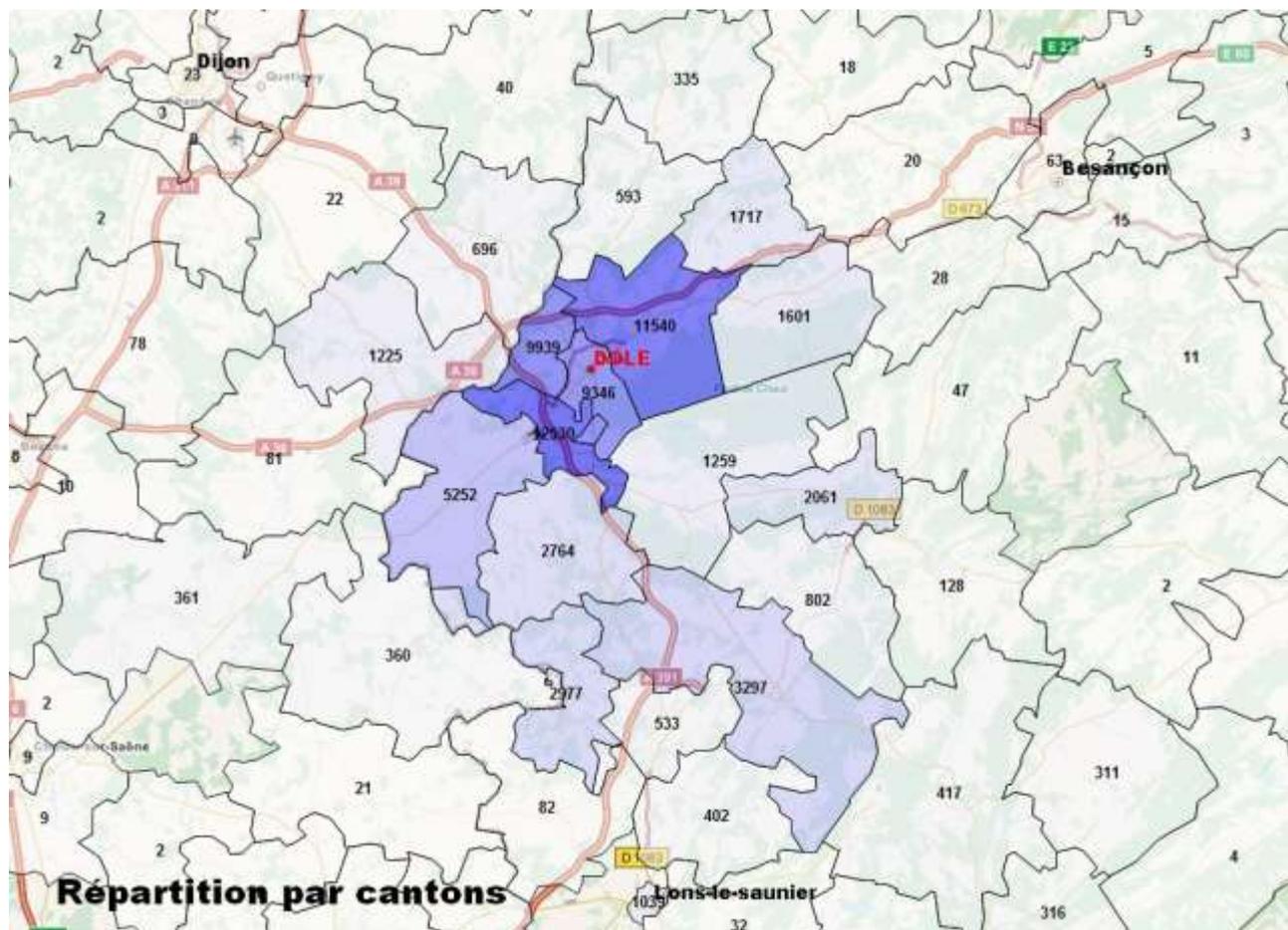
C'est dans ce contexte tendu que l'hôpital doit se restructurer pour assurer son avenir.

Concurrence et parts de marché

L'offre concurrentielle du secteur privé est modérée dans le secteur, avec une clinique, à vocation essentiellement chirurgicale de 69 lits et places, bien implantée à Dole (polyclinique du Parc). Il faut toutefois noter que les flux d'adressage à partir de la médecine de ville sont organisés prioritairement vers l'offre privée de Besançon (clinique Saint-Vincent, polyclinique

de Franche-Comté) et de Dijon (CLCC George-François Leclerc, clinique de Chenôve, clinique de Fontaine).

La zone d'attractivité du centre hospitalier Louis Pasteur est peu étendue, comme le montre la carte ci-après, où figurent les cantons de provenance des usagers.



Parts de marché

La part de marché du centre hospitalier Louis Pasteur dans sa zone d'attractivité est en légère augmentation en médecine. Elle est stable en chirurgie en hospitalisation complète et en diminution dans toutes les autres disciplines.

Tableau 1 : Parts de marché globales

EVOLUTION DES PARTS DE MARCHÉ DANS LA ZONE D'ATTRACTIVITE	2009	2010	2011	2012
Médecine	52,6%	52,1%	53,2%	55,2%
Chirurgie - Hospitalisation complète	33,3%	33,7%	33,4%	34,1%
Chirurgie ambulatoire	26,4%	29,3%	26,7%	27,2%
Obstétrique	74,2%	73,9%	73,1%	74,5%
Cancérologie (hors séances)			30,7%	31,0%
Chimiothérapie	24,4%	23,6%	22,4%	21,6%

Source : HOSPI DIAG



Tableau 2 : Parts de marché en médecine

EVOLUTION DES PARTS DE MARCHE DANS LA ZONE D'ATTRACTIVITE - MEDECINE	2010	2011	2012
CHLP	52,1%	53,2%	55,2%
CHU de Besançon	20,2%	19,8%	18,9%
Polyclinique du Parc	10,0%	9,5%	9,0%
CLCC George-François Leclerc	3,4%	3,9%	4,5%
CHU de Dijon	3,7%	3,1%	2,9%
Clinique Saint-Vincent	2,8%	2,9%	2,8%
Polyclinique de Franche-Comté	1,2%	1,3%	1,3%
CH de Lons	0,8%	0,8%	0,7%
HCL	1,0%	0,8%	0,6%

Source : HOSPI DIAG



Tableau 3 : Parts de marché en chirurgie (hospitalisation complète)

EVOLUTION DES PARTS DE MARCHE DANS LA ZONE D'ATTRACTIVITE - CHIRURGIE (HC)	2010	2011	2012
CHLP	33,7%	33,4%	34,1%
Polyclinique du Parc	23,7%	22,1%	21,9%
CHU de Besançon	13,8%	16,1%	17,0%
Clinique Saint-Vincent	7,7%	7,5%	7,3%
Polyclinique de Franche-Comté	3,8%	3,9%	3,8%
CH de Lons	3,3%	2,9%	2,9%
CHU de Dijon	3,2%	2,8%	2,6%
Clinique Drevon	1,6%	1,2%	1,2%
CLCC George-François Leclerc	1,4%	1,2%	1,1%

Source : HOSPI DIAG



Tableau 4 : Parts de marché en chirurgie (hospitalisation de jour)

EVOLUTION DES PARTS DE MARCHE DANS LA ZONE D'ATTRACTIVITE - CHIRURGIE (HJ)	2010	2011	2012
Polyclinique du Parc	37,4%	42,1%	38,9%
CHLP	29,3%	26,7%	27,2%
CHU de Besançon	3,0%	5,1%	6,1%
Clinique Saint-Vincent	4,8%	4,5%	4,9%
CHU de Dijon	3,0%	3,8%	3,9%
Clinique de Fontaine	3,9%	3,3%	3,6%
Polyclinique de Franche-Comté	4,7%	3,4%	3,6%
Clinique Drevon	2,2%	2,4%	2,2%
Clinique Sainte-Marthe	1,8%	1,2%	1,2%

Source : HOSPI DIAG

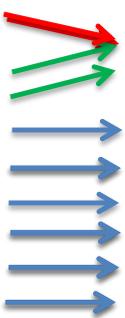


Tableau 5 : Parts de marché en obstétrique

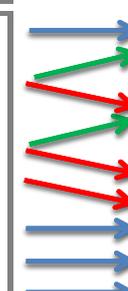
EVOLUTION DES PARTS DE MARCHÉ DANS LA ZONE D'ATTRACTIVITE - OBSTETRIQUE	2010	2011	2012
CHLP	73,9%	73,1%	74,5%
CHU de Dijon	7,0%	8,7%	7,8%
CHU de Besançon	4,5%	5,9%	4,6%
Clinique Sainte-Marthe	7,1%	5,3%	4,2%
Polyclinique de Franche-Comté	5,0%	4,6%	6,0%
CH de Lons	0,9%	1,1%	1,5%



Source : HOSPI DIAG

Tableau 6 : Parts de marché en cancérologie (hospitalisation complète)

EVOLUTION DES PARTS DE MARCHÉ DANS LA ZONE D'ATTRACTIVITE - CANCEROLOGIE (hors séances)	2010	2011	2012
CHU de Besançon	24,2%	24,5%	données non disponibles
CLCC George-François Leclerc	19,2%	21,7%	
CHLP	25,8%	21,6%	
Polyclinique du Parc	13,1%	19,3%	
CHU de Dijon	7,7%	4,3%	
Clinique Saint-Vincent	2,6%	2,0%	
Polyclinique de Franche-Comté	1,5%	1,8%	
Clinique Drevon	1,7%	1,6%	
HCL	0,7%	0,6%	



Source : HOSPI DIAG

Tableau 7 : Parts de marché en cancérologie (chimiothérapie en séances)

EVOLUTION DES PARTS DE MARCHÉ DANS LA ZONE D'ATTRACTIVITE - CHIMIOTHERAPIE	2010	2011	2012
CHU de Besançon	28,0%	33,8%	37,7%
CHLP	23,6%	22,4%	21,6%
CLCC George-François Leclerc	16,9%	20,7%	19,0%
Clinique Drevon	13,1%	14,4%	11,7%
CHU de Dijon	7,6%	3,9%	5,6%
CH de Lons	0,4%	0,2%	1,4%
Polyclinique de Franche-Comté	3,6%	1,1%	0,9%
HCL	1,7%	1,7%	0,4%



Source : HOSPI DIAG

Définition des priorités

Tableau 8 : Vue synoptique du positionnement concurrentiel

SYNTHESE SUR LES TAUX DE FUIITE	Perte forte et en augmentation	Perte moyenne et en augmentation	Perte forte, mais en diminution		Perte faible et en augmentation		Perte moyenne mais en diminution	Perte faible mais en diminution
Médecine					CLCC de Bourgogne		CHU de Besançon PdP	
Chirurgie	CHU de Besançon (HC)		PdP (HJ)				Cliniques de Besançon	Offre de Dijon
Obstétrique		CHU de Dijon CHU de Besançon						Clinique Sainte-Marthe PFC
Cancérologie	CHU de Besançon CLCC de Bourgogne PdP						Clinique Drevon	CHU de Dijon PFC

Dans un premier temps, les efforts du centre hospitalier Louis Pasteur en matière d'attraction de clientèle doivent être focalisés sur les secteurs où la concurrence est en augmentation, qu'elle soit forte (chirurgie, cancérologie) ou moyenne (obstétrique).

1.1.2. Situation financière

Un déséquilibre caractérisé

Malgré les efforts réalisés en 2011 et 2012, le centre hospitalier Louis Pasteur est encore proche de la situation de déséquilibre financier définie par l'article D.6143-39 du code de la santé publique.

Tableau 9 : Caractéristiques du déséquilibre financier

EQUILIBRE FINANCIER GLOBAL	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Le résultat éventuellement déficitaire du compte principal ne doit pas excéder 2 % des produits	6,9%	0,1%	1,5%	3,5%	3,1%	0,9%
La CAF doit représenter au moins 2 % du total des produits	-1,1%	5,2%	4,1%	2,9%	3,1%	6,5%
La CAF doit être au moins égale au remboursement en capital des emprunts	-0,5	0,4	1,1	0,8	0,7	1,5

Le déficit du compte de résultat principal est structurel, seuls les exercices 2008, 2009 et surtout 2012 ayant constitué un léger progrès dans ce domaine. S'agissant de l'exercice 2012, il convient de noter que le résultat net intègre une aide exceptionnelle de 2,6 M€ ayant notamment permis de conduire une opération de sincérité des comptes.

Tableau 10 : Soldes significatifs consolidés

SOLDES SIGNIFICATIFS (en K€)	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Marge brute	700	5 476	4 324	3 168	3 777	6 741
Résultat courant	-4 210	-303	-441	-1 726	-1 784	122
Résultat net	-4 158	-43	-684	-1 406	-1 797	-476
Capacité d'autofinancement	-751	3 827	2 983	2 118	2 305	5 010

Le niveau de capacité d'autofinancement est correct en valeur absolue depuis 2008 ; il est cependant nettement insuffisant au regard de l'endettement accumulé par l'établissement.

Le centre hospitalier Louis Pasteur se trouve en effet en situation de surendettement. A ce titre, il répond encore en 2012 à deux des trois critères de l'article D.6145-70 du code de la santé publique.

Tableau 11 : Marqueurs du surendettement

ENDETTEMENT	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Le ratio d'indépendance financière ne doit pas excéder 50 %	75,8%	75,1%	76,4%	78,8%	80,8%	78,3%
Le ratio de durée apparente de la dette ne doit pas excéder 10 ans	-51,5	10,1	13,5	19,4	17,3	7,7
L'encours de la dette ne doit pas représenter plus de 30 % du total des produits	59,4%	54,7%	57,2%	57,5%	55,1%	52,7%

Cette situation de surendettement, qui est pour partie la conséquence de choix d'investissement pas toujours rationnels jusqu'en 2011, est d'autant plus regrettable que la rentabilité intrinsèque du centre hospitalier Louis Pasteur est correcte.

Une rentabilité d'exploitation correcte

On définit ici la marge opérationnelle comme la trésorerie potentielle dégagée de l'exploitation courante. Il s'agit d'une marge brute, de laquelle sont retirés les crédits non reconductibles d'aide ponctuelle et les dotations d'aide à la contractualisation destinées à l'investissement. L'objectif est de déterminer quel niveau de trésorerie l'hôpital est capable de dégager de ses ressources internes.

Dans ce domaine, la performance du centre hospitalier Louis Pasteur se situe à un niveau standard.

Tableau 12 : Evolution de la marge opérationnelle

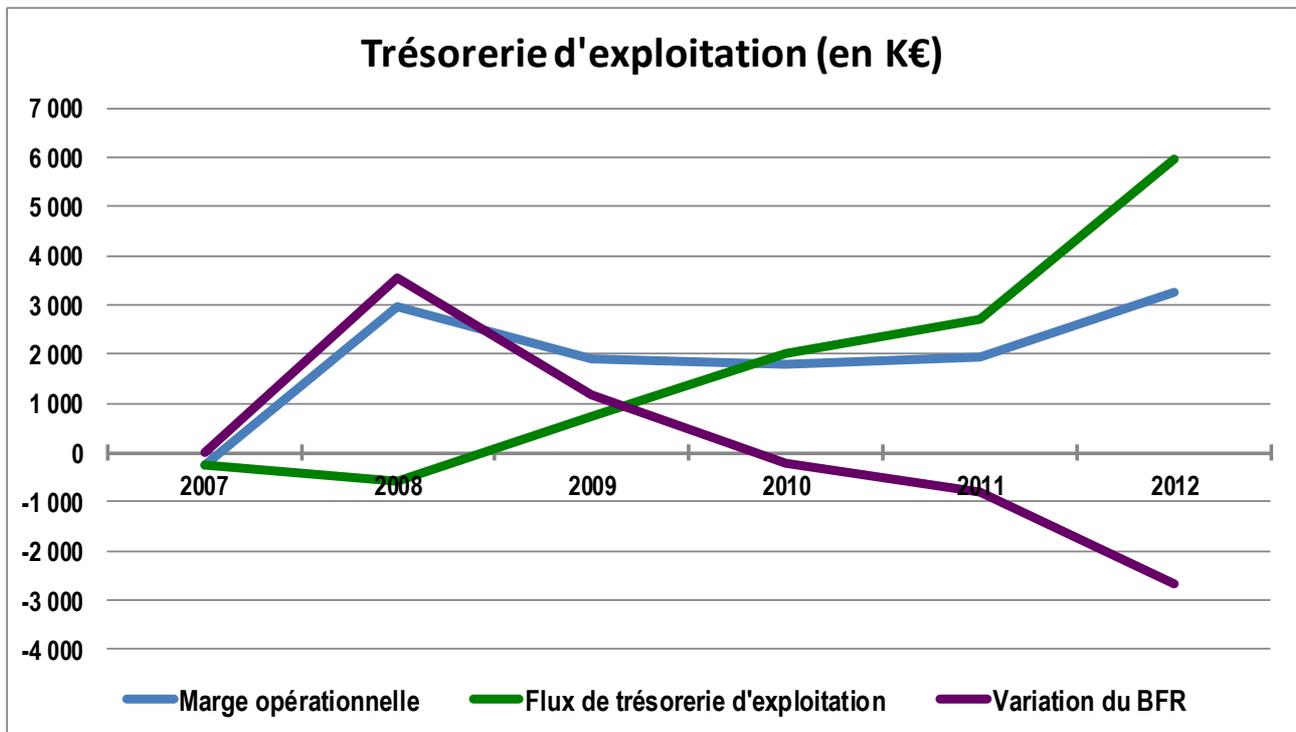
EVOLUTION DE LA MARGE OPERATIONNELLE - ACTIVITE PRINCIPALE (K€)	2007	2008	2009	2010	2011	2012
T1P hors aides à l'investissement et aides ponctuelles	53 554	56 221	55 092	55 143	55 321	55 959
N/N-1 (%)		5,0%	-2,0%	0,1%	0,3%	1,2%
% des produits nets opérationnels	84,6%	83,9%	83,7%	82,8%	82,0%	81,1%
T2P	4 685	4 958	5 378	5 775	5 859	5 748
N/N-1 (%)		5,8%	8,5%	7,4%	1,5%	-1,9%
% des produits nets opérationnels	7,4%	7,4%	8,2%	8,7%	8,7%	8,3%
T3P hors produits financiers, produits exceptionnels et reprises sur provisions	5 075	5 794	5 346	5 653	6 247	7 262
N/N-1 (%)		14,2%	-7,7%	5,7%	10,5%	16,2%
% des produits nets opérationnels	8,0%	8,7%	8,1%	8,5%	9,3%	10,5%
Produits nets opérationnels (1)	63 314	66 973	65 816	66 571	67 427	68 969
N/N-1 (%)		5,8%	-1,7%	1,1%	1,3%	2,3%
T1C	48 042	48 753	48 491	49 159	49 875	50 043
N/N-1 (%)		1,5%	-0,5%	1,4%	1,5%	0,3%
% des produits nets opérationnels	75,9%	72,8%	73,7%	73,8%	74,0%	72,6%
T2C	9 731	9 567	9 397	9 419	9 300	9 608
N/N-1 (%)		-1,7%	-1,8%	0,2%	-1,3%	3,3%
% des produits nets opérationnels	15,4%	14,3%	14,3%	14,1%	13,8%	13,9%
T3C	5 783	5 680	6 034	6 185	6 319	6 047
N/N-1 (%)		-1,8%	6,2%	2,5%	2,2%	-4,3%
% des produits nets opérationnels	9,1%	8,5%	9,2%	9,3%	9,4%	8,8%
Charges (2)	63 556	64 000	63 922	64 763	65 494	65 698
N/N-1 (%)		0,7%	-0,1%	1,3%	1,1%	0,3%
MARGE OPERATIONNELLE (1-2)	- 242	2 973	1 894	1 808	1 933	3 271
N/N-1 (%)		1328,5%	-36,3%	-4,5%	6,9%	69,2%
% des produits nets opérationnels	-0,4%	4,4%	2,9%	2,7%	2,9%	4,7%
AC pour investissement	752	900	900	900	900	900
Dotations aux amortissements	3 348	3 356	3 630	3 886	4 006	4 092
Solde reprises-dotations aux provisions	74	419	68	464	16	1 496
RESULTAT D'EXPLOITATION	- 2 764	98	768	714	1 157	1 417
Produits financiers	-	-	4	-	-	-
Charges financières	1 417	1 872	1 284	1 275	1 548	1 509
<i>Résultat financier</i>	<i>- 1 417</i>	<i>- 1 872</i>	<i>- 1 280</i>	<i>- 1 275</i>	<i>- 1 548</i>	<i>- 1 509</i>
RESULTAT COURANT	- 4 181	- 1 774	- 2 048	- 1 989	- 2 705	- 2 926
Produits exceptionnels	261	414	246	924	628	686
Charges exceptionnelles	314	173	301	647	493	693
<i>Résultat exceptionnel</i>	<i>- 53</i>	<i>241</i>	<i>- 55</i>	<i>277</i>	<i>135</i>	<i>- 7</i>
RESULTAT NET AVANT AIDE PONCTUELLE	- 4 234	- 1 533	- 2 103	- 1 712	- 2 570	- 2 933
Aide ponctuelle	-	1 566	1 200	-	700	2 570
RESULTAT NET DE L'EXERCICE	- 4 234	33	903	- 1 712	- 1 870	363
Produits de l'exercice	62 399	68 009	66 908	67 924	68 793	72 232
Résultat/Produits (%)	-6,8%	0,0%	-1,3%	-2,5%	-2,7%	-0,5%

Après une régression en 2009 et 2010, le taux de marge opérationnelle s'est amélioré en 2011 et 2012. Il atteint à cette date son plus haut niveau depuis 6 ans (4,7 %).

La trésorerie réelle d'exploitation a quant à elle augmenté, grâce à une diminution du besoin en fonds de roulement⁴.

⁴ Cette diminution est en partie conjoncturelle, liée à un arriéré de près de 3 M€ sur le paiement de la taxe sur les salaires.

Graphique 1 : Trésorerie réelle d'exploitation



Une politique d'investissement à maîtriser

Le centre hospitalier Louis Pasteur a investi de manière importante depuis 20 ans. Outre la réalisation d'extensions au bâtiment principal pour accueillir des activités auparavant mises en œuvre sur des sites dispersés (SSR, EHPAD, USLD, gynécologie-obstétrique), la stratégie d'investissement a consisté à rénover le bâtiment principal par niveau.

Tableau 13 : Principaux investissements depuis 20 ans

PRINCIPAUX INVESTISSEMENTS REALISES DEPUIS 20 ANS (hors équipements)	DATES	MONTANTS
Construction du "CMLS"	1992	4 549 829 €
Restructuration des urgences	1994	1 447 450 €
Maternité (accueil et consultations)	1996	625 118 €
Dialyse	2002	324 921 €
Cardiologie	2003	196 859 €
Diabétologie endocrinologie	2004	175 443 €
Cytostatiques	2004	309 703 €
Réanimation	2005	52 800 €
Pneumologie oncologie	2005-2006	787 392 €
Rhumatologie neurologie	2005	155 601 €
Mère-enfant	2005-2006	6 548 636 €
Pneumologie	2006	125 969 €
Agrandissement "CMLS"	2007	7 007 759 €
Bloc opératoire	2007	590 948 €
IRM	2007	2 026 584 €
Réadaption fonctionnelle	2008	314 300 €
Laboratoires	2009	146 585 €
SAU - UHCD - Hélistation	2009	5 511 217 €
Dossier patient informatisé	2010-2012	1 793 971 €
Aménagement réanimation UHCD	2012	933 894 €
Sous-total 1 - Investissements liés aux activités médicales		33 624 979 €
Economies d'énergie	1998	638 981 €
Groupes électrogènes	1999-2000	661 144 €
Ascenseurs	2000, 2009	973 782 €
Services techniques	2003	1 382 512 €
Sécurité incendie	2005, 2009	311 314 €
IFSI	2005	56 673 €
Cuisine	2005-2006	1 707 978 €
Bureaux	2008	59 247 €
Electricité	2009	1 238 946 €
Réseaux	2009	470 765 €
Façades, entrée, terrasse	2009	224 720 €
Réfection cour principale	2012	21 674 €
Maison des adolescents	2012	1 000 000 €
Sous-total 2 - Autres investissements		8 747 736 €
TOTAL		42 372 715 €

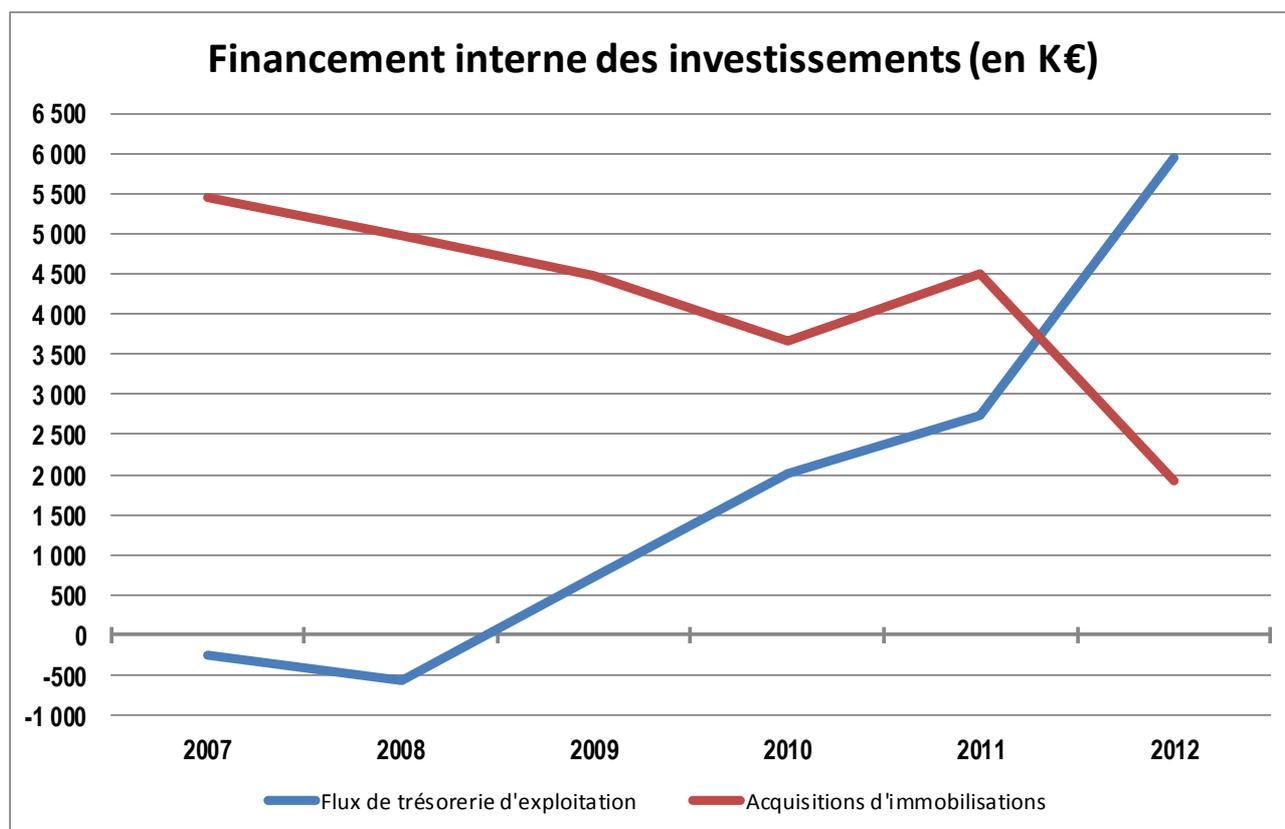
On peut tirer trois enseignements du tableau ci-dessus :

- Certains investissements productifs ont été surdimensionnés au regard de la rentabilité des activités qu'ils concernent ;

- Hormis l'électricité, la prévention des risques techniques n'a pas été au centre des préoccupations de l'établissement, laissant la question de la sécurité incendie pendante jusqu'en 2012 ;
- Une partie des investissements non productifs aurait pu être évitée ou effectuée en mutualisation avec d'autres établissements.

D'une manière générale, l'hôpital a surinvesti au regard de sa capacité d'autofinancement. Une correction a été effectuée en 2012 dans ce domaine.

Graphique 2 : Niveau d'autofinancement des investissements



On note qu'au cours de la dernière période, particulièrement entre 2007 et 2009, le flux de trésorerie d'exploitation est nettement insuffisant pour couvrir le niveau des investissements. Partant d'un niveau d'endettement déjà élevé, le centre hospitalier Louis Pasteur a continué à emprunter, pour aboutir à une situation critique.

Production médicale

Rentabilité par secteur

Le tableau suivant donne une vision de la rentabilité des différents secteurs d'activité. Les données, issues des comptes de résultat analytiques (CREA) de l'exercice 2011, doivent être regardées avec une certaine prudence dans la mesure où la robustesse méthodologique des CREA n'a pas été testée.

Tableau 14 : Rentabilité des activités médicales

ANALYSE DES CREA 2011	Résultat	Marge d'activité	Produits totaux	Taux de marge
Chirurgie traumatologie	- 50 906 €	647 200 €	5 081 308 €	12,7%
Chirurgie viscérale et vasculaire	- 229 941 €	296 152 €	4 308 536 €	6,9%
Ophtalmologie	- 244 396 €	- 50 226 €	1 287 517 €	-3,9%
Réanimation	- 1 396 292 €	- 896 517 €	2 522 533 €	-35,5%
Rééducation fonctionnelle	- 244 525 €	421 410 €	2 241 307 €	18,8%
Total pôle Bloc opératoire - Anesthésie réanimation - Chirurgie - MPR	-2 166 060 €	418 019 €	15 441 201 €	2,7%
SSR gériatrique	- 414 342 €	1 584 653 €	5 774 035 €	27,4%
Court séjour gériatrique	189 509 €	189 689 €	194 412 €	97,6%
Total pôle Gérontologie	- 224 833 €	1 774 342 €	5 968 447 €	29,7%
Cardiologie	693 394 €	1 464 966 €	4 670 890 €	31,4%
Chimiothérapie	- 368 396 €	- 73 553 €	678 368 €	-10,8%
EMSCA	- 40 039 €	- 51 618 €	189 805 €	-27,2%
Hémodialyse	184 492 €	897 473 €	2 733 819 €	32,8%
Médecine néphrologie	- 309 078 €	293 958 €	2 887 954 €	10,2%
Médecine diabéto-endocrinologie	267 352 €	996 956 €	2 877 825 €	34,6%
Médecine rhumatologie-neurologie	377 059 €	1 194 374 €	4 085 592 €	29,2%
Médecine polyvalente 4A	397 096 €	949 438 €	3 142 396 €	30,2%
Pneumologie-Oncologie médicale	429 615 €	1 047 342 €	3 476 306 €	30,1%
Total pôle Médecine	1 631 495 €	6 719 336 €	24 742 955 €	27,2%
Gynécologie-obstétrique	- 1 098 153 €	64 819 €	5 542 797 €	1,2%
Pédiatrie	- 447 637 €	173 223 €	2 454 769 €	7,1%
Total pôle Femme-Mère-Enfant	-1 545 790 €	238 042 €	7 997 566 €	3,0%
Urgences	- 811 391 €	- 115 486 €	3 247 728 €	-3,6%
UHTCD	266 395 €	352 251 €	551 251 €	63,9%
Total pôle Urgences	- 544 996 €	236 765 €	3 798 979 €	6,2%
Douleur	- 3 547 €	41 070 €	164 449 €	25,0%

On constate que les pôles médecine et gérontologie fournissent l'essentiel de la marge de l'établissement. La rentabilité de la chirurgie et de la gynécologie-obstétrique est anormalement faible.

Cette première analyse doit être complétée par une étude de la productivité par secteur. C'est l'objet du paragraphe suivant.

Exploitation des capacités

Dans le tableau ci-dessous, les « capacités cibles » sont calculées à partir des journées produites en 2012 et en considérant que la durée moyenne de séjour doit atteindre les standards nationaux (Indice de Performance de la DMS = 1) et que le taux d'occupation doit se situer autour de 90 %.

Tableau 15 : Production des activités médicales

PRODUCTION ET PRODUCTIVITE PAR DISCIPLINE (2012)	Capacités en lits, places et postes	Taux d'occupation	IPDMS (Standard/Etablissement)	Journées	Capacités cibles (T.O : 90 %, IPDMS : 1)
Chirurgie traumatologie	27	74%	0,91	6 944	19
Chirurgie viscérale et vasculaire	18	83%	1,06	5 052	16
Ophthalmologie (pour mémoire)	0		1,37		0
Chirurgie ambulatoire	17		N.S	2 268	9
Total chirurgie	62		0,99	14 264	43
Réanimation	8	66%	0,71	1 785	4
Cardiologie (dont 6 lits de soins intensifs)	27	83%	0,98	8 174	24
Hémodialyse	11				
Médecine diabéto-endocrinologie HC (dont 6 lits d'hospitalisation de semaine)	24	84%	0,71	7 353	16
Médecine diabéto-endocrinologie HJ	2			77	0
Médecine rhumatologie-neurologie HC	24	95%	0,88	7 904	21
Médecine rhumatologie-neurologie HJ	1			687	3
Médecine polyvalente - Gastro-entérologie - Néphrologie	29	96%	0,89	10 175	28
Pneumologie	19	83%	0,82	5 763	14
Oncologie médicale	6	128%	0,46	2 818	4
Chimiothérapie	5	110%	N.S	739	3
Total pôle Médecine	137	92%	0,87	43 370	126
Court séjour gériatrique	24	91%	1,03	6 910	22
Gynécologie	8	64%	1,08	1 586	5
Obsétrique	25	53%	1	4 845	15
Pédiatrie	12	64%	0,94	2 817	8
Adolescents	4	48%	0,2	709	0
Néonatalogie	6	44%	1,12	971	3
Total pôle Femme-Mère-Enfant	57	56%	0,97	11 142	33
Service d'accueil des urgences					
Unité d'hospitalisation de courte durée	4	137%	1,15	1 958	7
Total pôle Urgences	4	137%	1,15	1 958	7
TOTAL CHLP (champ T2A)	292		0,94	79 429	238

On note que les taux d'occupation sont faibles en chirurgie, en réanimation, en gynécologie-obstétrique, en pédiatrie, en cardiologie et en pneumologie. La performance en matière de durée moyenne de séjour est médiocre, y compris dans les secteurs semblant dégager une rentabilité d'exploitation correcte. Il existe donc des marges de manœuvre en matière de productivité médicale et d'organisation des activités.

Synthèse : forces, faiblesses, opportunités, menaces

Il est utile de faire la synthèse des constats de diagnostic, à travers une analyse classique de type « SWOT »⁵.

Graphique 3 : Analyse du CHLP (forces, faiblesses, opportunités, menaces)

FORCES	OPPORTUNITES
<p>Spécialités cardinales en médecine : cardiologie, pneumologie, diabétologie - endocrinologie, rhumatologie</p> <p>Fréquentation des urgences en augmentation constante</p> <p>Chirurgie ambulatoire</p> <p>Fonctionnalité du bâtiment monobloc</p> <p>Aspect visuel des services</p> <p>Gestion informatisée des stocks et du dossier patient</p> <p>Rentabilité moyenne et perfectible</p> <p>Codage centralisé</p> <p>Culture de santé publique</p> <p>Situation géographique</p>	<p>Rapprochement avec la Polyclinique du Parc : économies d'échelles sur le plateau technique chirurgical, anesthésique et de réadaptation fonctionnelle, recrutement médical</p> <p>Coopération avec le CHU de Besançon : néphrologie, neurologie, puis imagerie (?), anesthésie et soins critiques (?), pneumologie (?) gastro-entérologie (?)</p> <p>Coopération avec le CHLS : recrutements communs</p> <p>Coopération avec les centres hospitaliers de proximité (Arbois, Auxonne Salins-les-Bains) : consultations avancées, organisation des filières gériatriques et de soins de suite</p> <p>Coopération avec le CH psychiatrique du Jura : mutualisation de certaines fonctions logistiques</p> <p>Assistants spécialistes partagés</p>
<p>Faible rentabilité de la chirurgie et de l'obstétrique</p> <p>Performance en imagerie</p> <p>Absence de taille critique en réanimation, pédiatrie, gynécologie - obstétrique</p> <p>DMS élevée (IPDMS : 0,92) et taux d'occupation faible</p> <p>Peu de coopérations médicales formalisées et effectives</p> <p>Difficultés de recrutement médical : anesthésie, gastro-entérologie, imagerie</p> <p>Confort hôtelier des chambres</p> <p>Risques techniques (étanchéité, isolation, incendie)</p> <p>Communication, réputation, liens ville-hôpital</p> <p>Equipe de direction en souffrance</p> <p>Absentéisme</p> <p>Endettement massif</p> <p>Absence de capacité d'investissement</p> <p>Faible connaissance des coûts de production par absence de comptabilité analytique</p>	<p>Démographie médicale à court terme</p> <p>Stabilité démographique du bassin de santé : potentiel de croissance faible</p> <p>Offre modernisée des CHU de Besançon et de Dijon : besoin de recrutement de professionnels de santé et de patients</p> <p>Evolution des tarifs</p>
FAIBLESSES	MENACES

⁵ Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats : forces, faiblesses, opportunités, menaces.

1.2. Orientations stratégiques du centre hospitalier Louis Pasteur

1.2.1. Orientations de l'établissement

A l'issue d'un travail d'analyse et de diagnostic, le centre hospitalier Louis Pasteur s'est donné cinq orientations stratégiques inscrites dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (2013-2017) qui le lie avec l'agence régionale de santé Franche-Comté. Ces orientations structurantes de l'établissement définissent le cadre dans lequel chacun des projets institutionnels, dont le projet médical doit s'inscrire.

Orientation n° 1 : Insérer durablement le centre hospitalier Louis Pasteur dans son environnement, en organisant les filières de prise en charge, avec tous les acteurs de santé publique (médecine de ville, associations, hospitalisation à domicile, centres hospitaliers de proximité et de référence, CHU de Besançon) dans les disciplines comme la néphrologie, l'imagerie, la cancérologie et la gériatrie.

Orientation n° 2 : Etablir l'équilibre financier structurel pour retrouver la confiance, garantir la pérennité de l'institution et générer des marges de manœuvre en matière d'investissement dans l'avenir.

Orientation n° 3 : Favoriser la santé et le bien-être au travail (prévention des risques, amélioration de l'environnement de travail, accent mis sur le management des équipes et la formation tout au long de la vie).

Orientation n° 4 : Développer des coopérations dans le souci de maintenir sur le bassin de vie dolois une offre de santé complète et attractive, notamment à travers la mise en œuvre du projet de coopération avec la Polyclinique du Parc à Dole dans le cadre de l'activité de chirurgie.

Orientation n° 5 : Définir l'identité du centre hospitalier Louis Pasteur, fondée sur des objectifs et valeurs partagés inscrits dans le projet d'établissement, celui-ci étant mis en œuvre dans le cadre d'un management par les pôles.

1.2.2. Orientations médicales

Le modèle de croissance économique est en train d'évoluer et le système sanitaire français est engagé dans une mutation profonde pour assurer la pérennité de ses valeurs fondatrices et de son excellence. Tel est le fondement de la stratégie nationale de santé. Alors même que le centre hospitalier Louis Pasteur est en situation de déséquilibre structurel, la contrainte financière va continuer de se resserrer. Les perspectives d'évolution de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie induisent une maîtrise des volumes d'activité des hôpitaux et des tarifs appliqués. L'analyse stratégique du centre hospitalier Louis Pasteur montre que

certaines positions de l'établissement sont fragiles et que des gains d'efficience peuvent être trouvés dans tous les secteurs d'activité.

S'inscrivant dans le prolongement des orientations institutionnelles détaillées ci-dessus, des orientations médicales ont été définies afin d'inscrire favorablement le centre hospitalier Louis Pasteur dans l'offre de soins. Ainsi, pour relever le défi de la rationalisation de l'offre de soins et de la mutation du système de santé, le centre hospitalier Louis Pasteur identifie cinq enjeux, cinq orientations volontaristes qui structurent le projet médical.

1. **Développer la qualité, la sécurité et l'évaluation des pratiques professionnelles** : assurer les missions de soins et d'enseignement en offrant le meilleur niveau de qualité et de sécurité constitue un objectif permanent pour chacun des professionnels de santé du centre hospitalier Louis Pasteur.
2. **Optimiser le parcours du patient en interne et en externe** : organisation du séjour et des consultations en interne, recours prioritaires aux alternatives à l'hospitalisation, utilisation efficiente de nos capacités de SSR et d'hébergement, développement des filières de prise en charge.
3. **Maîtriser les durées de séjour** (atteindre dans ce domaine les standards nationaux fin 2014) et prendre définitivement le virage vers l'ambulatoire (augmentation de la part des séjours ambulatoires à 30 % au total - 22 % aujourd'hui - et 60 % en chirurgie contre 48 % aujourd'hui).
4. **Développer les complémentarités, partenariats et réseaux** (en identifiant les acteurs internes et externes qui les font vivre).
5. **Créer des ensembles fonctionnels** : efficience et cohérence de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace à notre disposition, gestion réactive de nos capacités (adaptation, à la hausse ou à la baisse, des capacités développées en corrélation avec l'activité produite).

A ces orientations médicales s'ajoutent des valeurs communes pour chacun des professionnels de santé du centre hospitalier Louis Pasteur, telles que la promotion de la bientraitance ou encore l'organisation des soins palliatifs.

2. Méthodologie d'élaboration

2.1. Contexte d'élaboration du projet médical

L'élaboration du projet médical 2014-2018 fait suite à une période d'incertitudes quant au projet médical. En effet, les dernières orientations médicales formalisées datent de la période 2001-2005. Si un bilan de ce premier projet médical avait été réalisé, aucun document n'aurait été constitué pour la période 2006-2010 malgré un accompagnement par différents cabinets de conseil.

2.2. Méthodologie

Fort de ces constats, le centre hospitalier Louis Pasteur a choisi de construire son projet médical en interne, en recourant à une démarche participative et une implication forte des acteurs de terrain. Le projet médical du centre hospitalier Louis Pasteur a été élaboré au cours du second semestre 2013 (de juin à décembre 2013). L'ensemble de la démarche a été encadré et coordonné par un Comité de pilotage (COPIL) et une équipe projet.

Les travaux conduits se sont appuyés sur le diagnostic stratégique de l'établissement, les orientations stratégiques de l'établissement, qu'elles soient d'ordre institutionnel ou médical ainsi que sur les axes définis dans le projet régional de santé.

2.2.1. Mise en place d'un comité de pilotage

Un COPIL a été mis en place afin d'encadrer et de suivre l'ensemble de la démarche d'élaboration du projet médical. Ses missions principales ont été validées lors du COPIL de lancement de la démarche le 6 septembre 2013. Elles se définissent comme suivant :

- arrêter la stratégie et le cadre de référence à l'attention des pôles d'activité clinique et médico-technique ;
- définir les axes et thématiques principaux du projet médical en privilégiant une approche par pôle d'activité mais également transversale par filière de soins ;
- valider les documents et supports de travail qui utilisés par les différents groupes de travail ;
- assurer le suivi et vérifier la cohérence des travaux conduits par les différents groupes de travail.

La composition du COPIL, constitué de 20 membres, a privilégié la représentation de l'ensemble des secteurs d'activité cliniques et médico-techniques :

- Directeur ou son représentant : M. Pouillart, Mme. Bancel

- Président de la CME ou son représentant : M. le docteur Brousse, Mme Douet-Woerther
- Les exécutifs de pôles⁶ : chef de pôle, directeur référent, cadre supérieur
 - ✓ Pôle Urgences : M. le docteur Gibey, M. Huard, Mme Boichut
 - ✓ Pôle Bloc-Anesthésie-Réanimation-MPR : M. le docteur Le Guillouzic, M. le docteur Meyer, Mme Bonnin
 - ✓ Pôle Femme -Mère – Enfant : M. le docteur Khalifé, Mme Bancel, Mme Legentil
 - ✓ Pôle Médecine : Mme le docteur Magnin, Mme Derome, Mme Dianon
 - ✓ Pôle Gériatrie : Mme le docteur Le Guillouzic, M. Durand, Mme Lanet
 - ✓ Pôle Médico-technique : Mme Petitboulanger, Mme Bancel, Mme Boichut
- Directrice des soins : Mme Derome
- Deux représentants de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) en lien avec le projet de soins : Mme Boetsch (filiale soignante) et M. Guillochon (filiale médico-technique).

Le comité de pilotage s'est réuni régulièrement pendant toute la durée de l'élaboration du projet médical, soit trois fois (septembre, novembre et décembre).

2.2.2. Mise en place d'une équipe projet

Une équipe projet dite « opérationnelle », constituée de dix personnes, a été mise en place au côté du COPIL, afin d'encadrer la démarche et d'apporter un soutien permanent aux pôles dans l'élaboration de leurs projets. Ses membres sont les suivants :

- Directeurs référents de pôles : Mmes Bancel et Derome, MM Durand, Huard, et Meyer
- Représentants de la CME : Mme le docteur Benezech, Mme le docteur Lallier
- Directeur du système d'information et responsable du DIM : M. le docteur Meyer
- Attachée d'administration à la direction de l'organisation : Mme Joubert
- Cadre de santé transversale en qualité : Mme Pipparelli

Les missions de l'équipe projet étaient de :

- Coordonner, encadrer et accompagner les travaux à engager ;
- Garantir la cohérence des travaux conduits par les différents groupes de travail ;
- Informer et communiquer régulièrement sur l'avancée des travaux à la CME, au COPIL et aux instances ;
- Rédiger le document final : harmonisation de la présentation des projets de pôles, reprise et actualisation des éléments utiles de la note de cadrage.

L'équipe opérationnelle s'est réunie régulièrement tout au long du processus, deux fois par mois.

⁶ Pour garantir la prépondérance d'une représentation médicale au sein du COPIL, et en raison de la présence des directeurs référents de pôle dans cette instance, il n'a pas été demandé aux cadres administratifs de pôle d'y participer.

2.2.3. Déclinaison du projet au niveau des pôles

2.2.3.1. Un contexte : les projets de pôle

2013 constituait l'année pour la rédaction des projets de pôle au sein du centre hospitalier Louis Pasteur. Le projet médical émane donc des projets de pôle. Au lancement de la démarche, certains pôles avaient déjà achevé la rédaction du projet de pôle, lequel regroupe les orientations stratégiques, médicales, soignantes, de qualité pour chaque pôle. Pour d'autres pôles, la phase d'élaboration du projet de pôle était en cours lors du démarrage du projet médical.

2.2.3.2. Déroulé de la démarche

Le projet médical émanant des projets de pôle, il s'agissait de nourrir une démarche entamée et constituée par certains pôles. Par conséquent, les pôles se sont appropriés la méthodologie d'élaboration du projet médical de façon différente, selon la maturité des projets de pôle. L'équipe opérationnelle a veillé à l'articulation entre l'ensemble des projets et les orientations stratégiques du projet médical.

Une première présentation du cadre méthodologique du projet médical a été réalisée par les membres de l'équipe projet, directeurs référents de pôle au sein de chaque pôle d'activité et médico-technique. De plus, les thématiques SROS – SROMS propres à chaque pôle ont été présentées.

Aussi selon les pôles et leur avancée dans le processus de rédaction / validation des projets de pôles, le projet médical a été élaboré de manière participative, au moyen de la mise en place de groupes de travail associant médecins, cadres de santé et personnel soignant.

Une attention a été portée par l'équipe opérationnelle sur les projets s'inscrivant dans la transversalité et dépassant le cadre strictement polaire afin de garantir une cohésion d'ensemble.

2.3. Calendrier d'élaboration

L'élaboration du projet médical 2014-2018 du centre hospitalier Louis Pasteur a suivi un agenda volontariste mobilisant la communauté hospitalière autour de ce projet, avec un engagement d'opérationnalité et de commencement (ou de poursuite) des projets dès le début 2014. La conduite méthodologique du projet médical s'est déroulée de juin à décembre 2013.

L'élaboration des projets des pôles, en concertation avec les acteurs médicaux, l'encadrement soignant et médico-technique, a été réalisée de septembre à novembre 2013 en reprenant les projets déjà formalisés pour les pôles ayant finalisé leur projet de pôle ou en engageant une réflexion polaire pour les pôles n'ayant pas débuté la rédaction de leur projet de pôle.

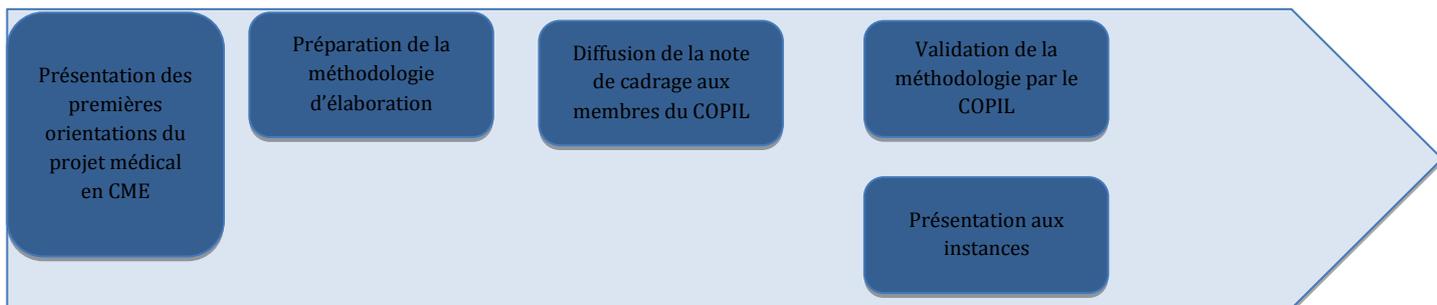
2013

Juin

Juillet

Août

Septembre



2013

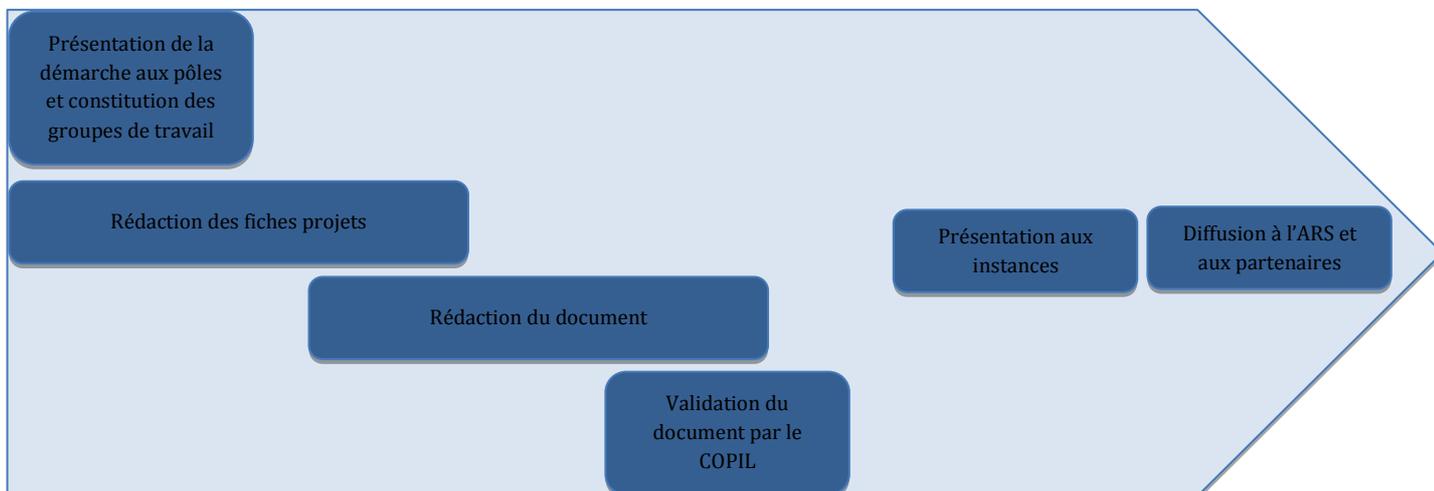
Octobre

Novembre

Décembre

2014

Janvier-février-mars



3. Un document s'inscrivant dans les axes de la politique qualité de l'établissement

L'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge du patient est l'objectif de l'ensemble des projets développés dans le cadre du projet médical et de ses orientations. Le centre hospitalier Louis Pasteur a souhaité donner un enjeu fort à la qualité et la sécurité des soins en inscrivant ces dimensions dans la première orientation structurante de son projet médical. La qualité et la sécurité des soins constituent, en outre, un enjeu transversal pour le projet médical. Aussi projet médical et politique qualité doivent être mis en lien. La politique qualité du centre hospitalier Louis Pasteur est complétée du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Le centre hospitalier Louis Pasteur entretient depuis les débuts de la certification une dynamique active qui a porté ses fruits en matière de résultat de certification mais surtout d'acquis culturels. Confronté à d'importants défis (rapprochement de la chirurgie avec la Polyclinique du Parc, réorganisations profondes au niveau national de l'offre de soins, contexte économique, nouvelle gouvernance), il est amené aujourd'hui à capitaliser ces savoirs-faire pour en tirer les enseignements les plus pertinents au regard des exigences de la procédure de certification V2014, du programme national de sécurité du patient, et de la nouvelle stratégie de santé.

La compréhension et l'interprétation de la politique qualité doivent se faire à la lumière des impératifs suivants :

- la nécessité de sécuriser et renforcer les acquis antérieurs, notamment en ce qui concerne les Pratiques Exigibles Prioritaires (PEP). Ceci revient à réaffirmer la prééminence de la recherche de la sécurité du patient sur de nouveaux projets qualité.
- en suite immédiate, la nécessité d'évaluer les résultats des actions antérieurement menées afin d'en évaluer la pertinence, y compris pour les démarches d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP - mesure d'impact).
- l'importance apportée aux notions de cartographie ou de profil de risques, qui doivent conduire à choisir les thèmes de travail prioritaires.
- la nécessaire appropriation par l'équipe de soins elle-même de la démarche, d'une part en choisissant notamment des thèmes porteurs tels que la bientraitance, les approches parcours du patient, les fonctionnements d'équipe, d'autre part en rapprochant le plus possible les décisions des acteurs de soins.
- la nécessité d'envisager le soin comme un parcours.
- le rôle renforcé du patient dans sa propre sécurité.

Par ailleurs, il n'est pas superflu de rappeler que la démarche qualité est indissociable d'une approche non-sanctionnante de l'erreur.

3.1. *Priorités de l'établissement*

Ces priorités découlent à la fois des pratiques exigibles prioritaires et de leur impact sur les résultats de certification, des remarques des experts-visiteurs et des travaux réalisés depuis la

précédente visite, ainsi que des projets institutionnels. Elles évolueront en fonction de la mise à jour du futur profil de risque de l'établissement, actuellement en gestation. En tout état de cause ces priorités sont revues annuellement.

Ces priorités sont les suivantes :

- Prise en charge médicamenteuse ;
- Identification du patient ;
- Organisation, homogénéité, mesure d'impact des Évaluations de Pratiques Professionnelles (EPP) ;
- Gestion du dossier patient ;
- Prise en charge de la douleur ;
- Gestion des événements indésirables ;
- Prise en charge de la fin de vie ;
- Bienveillance ;
- Droits des patients notamment l'information en cas de dommage lié aux soins ;
- Organisation des secteurs à risques (exemples : bloc opératoire, salle de naissance, etc.)

Naturellement, ces priorités ne sont pas exclusives des autres chantiers qualité et gestion des risques.

3.2. *Entretenir le mouvement en promouvant l'adhésion des équipes*

Les démarches qualité et de gestion des risques doivent faire l'objet d'une appropriation par les équipes de terrain, qui doivent donc bénéficier d'une certaine latitude dans le choix à la fois des thèmes d'étude et dans les méthodologies retenues.

Sur le plan des thèmes, seront proposés notamment et conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) : la bienveillance, la qualité de vie au travail, les parcours patients (personnes âgées, maladies chroniques, enfants et adolescents, chirurgie ambulatoire...). Surtout, les pôles ont identifié des problématiques qualité ou de gestion des risques qu'ils souhaitent traiter : ces dernières font l'objet d'une adhésion des équipes et sont naturellement soutenues par l'établissement.

Sur le plan des méthodes, les innovations de la Haute autorité de santé (patient traceur, audit de processus) permettent une démarche qui suit le travail des soignants. Elles coexisteront notamment avec les cartographies de risques patient déjà pratiquées dans certains services ainsi qu'avec les plus classiques approches a posteriori, telles que les CREX, RMM, analyse d'événements indésirables, qui présentent l'avantage de partir de cas concrets déclarés par les équipes elles-mêmes.

Ces dernières méthodes devront être privilégiées, avec l'audit de processus, pour les équipes non-soignantes.

3.3. Les pôles, pivots entre priorités de l'établissement et motivations des équipes

Maîtriser le risque de divergence entre les priorités institutionnelles et les appétences des équipes requiert, d'une part, un pilotage unifié de la démarche, d'autre part, un rôle croissant des pôles dans l'animation des démarches de qualité et de gestion des risques.

3.3.1. Pilotage unifié

La responsabilité de la démarche qualité/gestion des risques de l'établissement est confiée à plusieurs acteurs et instances :

- Commission Médicale d'Etablissement (CME) et ses différentes commissions contributives ;
- Commission des Relations des Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC);
- Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) ;
- Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT – pour les risques professionnels) ;
- Groupe d'action qualité de la direction des soins ;
- Direction de l'organisation.

Cette diversité est l'expression d'une richesse d'approches, richesse que l'établissement souhaite préserver. Afin de coordonner l'ensemble de ces interventions, est mise en place une instance resserrée, le comité qualité (COQUA), qui regroupe des acteurs de ces différentes instances, et qui, sous la houlette de la présidence de la commission médicale d'établissement, veille notamment à la coordination, à l'homogénéité et à la continuité de la progression des actions des pôles ainsi que des instances transversales.

Le COQUA est destinataire de l'ensemble des travaux menés par les différents acteurs.

Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) est l'outil maître de la coordination.

3.3.2. Le rôle croissant du pôle, pivot entre priorités de l'établissement et motivations des équipes.

Chaque pôle a pour mission d'atteindre, en ce qui le concerne, les priorités institutionnelles, en s'appuyant sur les dynamiques installées dans ses équipes. En particulier, il lui appartient d'entreprendre les mesures d'impact des actions déjà menées au sujet des thématiques prioritaires institutionnelles et de mener pour les dix priorités institutionnelles les actions requises, en se basant le cas échéant sur sa propre cartographie des risques.

Représenté au COQUA, il participe à l'orientation de ses travaux et présente les actions entreprises en son sein sur chacune des priorités institutionnelles. Il veille à ce que chaque équipe soit inscrite dans une démarche d'amélioration continue de la qualité ou de gestion du risque. En fonction de sa taille et de son organisation propre, il se dote d'une instance réunissant personnel médical, paramédical et administratif, chargée d'animer la démarche qualité en son sein et d'assurer l'interface avec le COQUA.

Dès lors, la politique qualité s'inscrit pleinement en tant qu'enjeu transversal du projet médical. Elle en constitue l'une des orientations structurantes où les projets émanant des pôles reprennent les priorités qualité du centre hospitalier Louis Pasteur.

4. Les projets par orientation structurante

L'ensemble des actions contenues dans le projet médical 2014-2018 du centre hospitalier Louis Pasteur doit positionner et dimensionner l'offre de soins du centre hospitalier Louis Pasteur au regard des besoins du territoire de santé et en tenant compte des évolutions qu'il convient de conduire. Elles s'inscrivent chacune dans une orientation structurante du projet médical.

Compte tenu du calendrier ambitieux d'élaboration du projet médical, chacune des actions inscrite au projet médical devra faire l'objet d'une évaluation médico-économique afin d'en apprécier la faisabilité et la soutenabilité financière au regard des objectifs poursuivis.

Pour plus de lisibilité du document, à chaque orientation est associée une couleur.

Développer la qualité, la sécurité et l'évaluation des pratiques professionnelles

Optimiser le parcours du patient

Maîtriser les durées de séjour et prendre définitivement le virage vers l'ambulatoire

Développer les complémentarités, partenariats et réseaux

Créer des ensembles fonctionnels : efficacité de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités

Sont présentées, par orientation structurante, l'ensemble des actions portées par le centre hospitalier Louis Pasteur, en reprenant le libellé du projet, les objectifs poursuivis ainsi que le calendrier de mise en œuvre. Ces actions sont ventilées selon les filières inscrites au SROS. Un second tome reprend de façon plus détaillée les actions constituant le projet médical.

4.1. Développer la qualité, la sécurité et l'évaluation des pratiques professionnelles

Cette première orientation est portée par la politique qualité du centre hospitalier Louis Pasteur et les priorités identifiées en matière de qualité et de sécurité des soins. Elle répond aux pratiques exigibles prioritaires, à l'instar des soins palliatifs, de la structuration de l'activité de cancérologie ou encore de la prise en charge de la douleur. De plus, elle s'inscrit dans les orientations réglementaires lorsqu'il s'agit d'assurer l'accréditation du laboratoire de biologie par exemple. Enfin, l'axe qualité passe par le développement professionnel continu et les pratiques innovantes afin d'améliorer la qualité des prises en charge et les soins apportés au patient comme le développement de l'hémodiafiltration on line par le centre de dialyse.

4.1.1. Filière Biologie

Intitulé	Objectifs	Pôle / échéance
Assurer l'accréditation du laboratoire à la norme NF EN ISO 15 189 Tome 2, p. 9	<ul style="list-style-type: none"> . Autoriser la poursuite de l'activité de biologie au CHLP . Accréditer la totalité des examens de biologie effectués au CHLP . Prouver la qualité des analyses de biologie et des processus afférents 	Médico-technique 2016 - 2018

4.1.2. Filière Cancérologie

Intitulé	Objectifs	Pôle / échéance
Consolider, développer et optimiser l'activité de cancérologie et de chimiothérapie au sein de l'établissement, afin de permettre l'accès aux soins des patients du bassin dolois atteints de cancer, en cohérence avec l'organisation définie, en région, par l'Institut Régional Fédératif du Cancer (IRFC) et le réseau régional en cancérologie ONCOLIE Tome 2, p. 11	<ul style="list-style-type: none"> . S'inscrire dans la dynamique régionale impulsée par l'IRFC et le réseau régional de cancérologie . Relancer l'activité de chimiothérapie ambulatoire . Augmenter le recrutement de patients porteurs de pathologies digestives et mammaires sur le bassin dolois . Développer la radiologie interventionnelle . Renforcer la coordination intra-hospitalière et avec les professionnels libéraux . Développer l'éducation thérapeutique dédiée à la cancérologie 	Médecine, médico-technique, BARC-MPR, femme-enfant 2014
Mettre en adéquation la prise en charge des patientes pour	<ul style="list-style-type: none"> . Coordonner la prise en charge des patientes en conformité avec les 	Femme - enfant 2014

un cancer sénologique avec les dispositions du plan cancer 2009 -2013 Tome 2, p. 16	directives du plan cancer . Optimiser le dispositif d'annonce par la mise en place d'une consultation d'annonce infirmière proposée à toute patiente . Assurer la traçabilité de ce dispositif et des actions des différents partenaires	
Conforter le fonctionnement de l'Unité de Reconstitution des Cytostatiques (UCR) Tome 2, p. 18	. Conforter l'activité médicale en oncologie . Développer l'activité de l'UCR . Maintenir les compétences de reconstitution des chimiothérapies des préparateurs en pharmacie	Médico-technique 2014
Améliorer la prise en charge des patients dans le cadre de l'exercice chirurgical carcinologique digestif Tome 2, p. 20	. Faire progresser la consultation d'annonce médicale et paramédicale en chirurgie carcinologique digestive	BARC – MPR 2014

4.1.3. Filière Chirurgie

Intitulé	Objectifs	Pôle / échéance
Développer l'éducation thérapeutique des patients dans l'unité de chirurgie polyvalente, en particulier pour les patients porteurs de stomies digestives Tome 2, p. 23	. Impliquer le patient dans une auto-éducation afin d'éviter une rechute thérapeutique dans les suites de leur retour à domicile . S'entourer des intervenants pluri-professionnels du CHLP pour enrichir la démarche d'auto-éducation du patient	BARC – MPR 2014 - 2015

4.1.4. Filière Imagerie médicale et équipements lourds

Intitulé	Objectifs	Pôle / échéance
Optimiser le fonctionnement du service d'imagerie médicale Tome 2, p. 25	. Sécuriser l'interprétation médico-légale des examens d'imagerie médicale . Augmenter l'activité du service d'imagerie médicale . Réduire les délais de rendez-vous . Développer l'attractivité du service d'imagerie au niveau du bassin dolois	Médico-technique 2014

4.1.5. Filière Insuffisance rénale chronique

Intitulé	Objectifs	Pôle / échéance
Poursuivre et formaliser les démarches innovantes au sein du pôle médecine : mettre en place l'hémodiafiltration online au sein du centre d'hémodialyse Tome 2, p. 29	<ul style="list-style-type: none"> . Améliorer la survie des patients hémodialysés . Diminuer la morbidité des patients hémodialysés . Diminuer le nombre d'hospitalisations à court terme 	Médecine 2014

4.1.6. Filière Médecine

Intitulé	Objectifs	Pôle / échéance
Développer l'échographie ostéo-articulaire diagnostique et interventionnelle en rhumatologie Tome 2, p. 35	<ul style="list-style-type: none"> . Développer l'échographie diagnostique et interventionnelle en rhumatologie 	Médecine 2014

4.1.7. Filière Médecine d'urgence

Intitulé	Objectifs	Pôle / échéance
Renforcer la présence médicale aux services des urgences, du SMUR et de l'UHTCD Tome 2, p. 39	<ul style="list-style-type: none"> . Prendre en charge l'augmentation continue d'activité aux Urgences et l'extension de l'UHTCD . Réaliser une revue exhaustive des dossiers des patients de J-1 par un médecin . Interpréter systématiquement les clichés par un radiologue et intégrer un compte-rendu dans le dossier du patient . Mettre en place le rappel éventuel du patient entre J+1 et J+3 	Urgences 2014

4.1.8. Filière Périnatalité, néonatalogie, réanimation néonatale

Intitulé	Objectifs	Pôle / échéance
Améliorer les processus personnalisés de prise en charge de la naissance Tome 2, p. 41	<ul style="list-style-type: none"> . Améliorer la prise en charge des patientes atteintes de pathologies psychiatriques ou addictives . Promouvoir la pratique de l'allaitement maternel . Diversifier les techniques de prise en charge pendant le travail et l'accouchement 	Femme – enfant 2014 – 2016

4.1.9. Filière Réanimation, soins intensifs, surveillance continue

Intitulé	Objectifs	Pôle / échéance
Développer la prise en charge des patients en unité de surveillance continue pour améliorer la qualité des soins requis par les patients lourds Tome 2, p. 45	Identifier les patients éligibles à une prise en charge en unité de surveillance continue . Sécuriser les prises en charge des patients . Valoriser financièrement les séjours d'unité de surveillance continue . Optimiser le codage des actes . Assurer la qualité de la prise en charge des patients . Sécuriser le dossier patient en informatisant son contenu	BARC – MPR 2014

4.1.10. Filière Soins palliatifs

Intitulé	Objectifs	Pôle / échéance
Améliorer la prise en charge palliative et l'accompagnement au sein du pôle médecine et plus largement au sein de l'établissement Tome 2, p. 47	. S'assurer de l'appropriation de la démarche palliative par les soignants médicaux et non médicaux, dès le début de la maladie grave potentiellement létale . Mettre en application les dispositions de la loi Léonetti . Consolider et renforcer la réflexion de la pratique médicale éthique	Médecine, gériatrie 2014 – 2015

4.1.11. Autres déclinaisons opérationnelles de la politique qualité ne s'inscrivant pas dans une filière SROS spécifique

Intitulé	Objectifs	Pôle / échéance
Développer la qualité de la prise en charge de la douleur	. Améliorer structurellement la prise en charge de la douleur en fonction des spécificités de l'activité des pôles impliqués dans cette action (techniques d'analgésie post-opératoire y compris non médicamenteuses sur le pôle BARC-MPR, place des brancardiers aux urgences) . Sensibiliser et impliquer les professionnels concernés . Assurer l'évaluation et la traçabilité de la douleur dans 100% des dossiers patients notamment dans le dossier informatisé	Urgences, BARC - MPR 2014

Tome 2, p. 51	. Prévoir systématiquement une réévaluation de la douleur et la tracer	
Poursuivre de la formalisation annuelle d'un programme de gestion des risques au sein du pôle BARC - MPR	. Sécuriser la prise en charge des patients grâce à une analyse réflexive des pratiques dans tous les secteurs	BARC – MPR 2014
Tome 2, p. 53		
Informatiser le dossier patient dans tous les secteurs du pôle BARC-MPR et mettre en conformité les secteurs l'utilisant déjà	. Poursuivre l'informatisation dans tous les secteurs : bloc opératoire, anesthésie, réanimation, consultations d'ophtalmologie . Impliquer les praticiens du pôle dans une démarche d'amélioration de la qualité de la tenue du dossier patient	BARC – MPR 2014
Tome 2, p. 55		
Lutter contre les infections associées aux soins	. Faire progresser le score agrégé à 90 pts /100 minimum pour un maintien en classe A. . Passer par l'amélioration des indicateurs - ICALIN à 100pts /100 - ICSHA2 à 100% de l'objectif . Maintenir les autres indicateurs	Médico-technique 2014-2018
Tome 2, p. 57		

4.2. Optimiser le parcours du patient

Il s'agit d'organiser le séjour et les consultations en interne, de recourir prioritairement aux alternatives à l'hospitalisation par une utilisation efficiente des capacités en SSR et d'hébergement de l'établissement, en développant des prises en charge précoces, par exemple. Cela passe également par une amélioration de l'accueil et de l'orientation du patient dans les services de soins. Fluidifier le parcours du patient permet de gagner en efficacité de prise en charge, de structurer et de conforter des filières spécifiques et des filières d'adressage. Comme le mentionne la stratégie nationale de santé, il convient de penser l'hôpital autour du patient en s'inscrivant dans une perspective de développement du parcours de santé. A cet effet, l'hôpital constitue un maillon dans la chaîne de soins.

4.2.1. Filière Chirurgie

Intitulé	Objectifs	Pôle / Echéance
Inscrire le pôle BARC/MPR dans une démarche de relations ville/hôpital et développer les échanges avec les structures	. Améliorer les relations avec le secteur extra-hospitalier (ville, structures d'aval...) afin d'optimiser le recrutement des patients mais aussi d'assurer un séjour	BARC - MPR 2014

<p>d'aval Développer des prises en charges plus précoces afin de fluidifier le parcours du patient</p> <p>Tome 2, p. 61</p>	<p>hospitalier aussi court que possible grâce à une collaboration construite avec le secteur extra-hospitalier</p> <ul style="list-style-type: none"> . Abaisser les durées moyennes de séjour . Assurer la continuité du suivi médical des patients après une hospitalisation au CHLP . Harmoniser le suivi post-opératoire de chaque patient dès son retour à domicile . Réduire les hospitalisations inadéquates, notamment en SSR spécialisé 	
---	--	--

4.2.2. Filière Médecine

Intitulé	Objectifs	Pôle / échéance
<p>Améliorer le parcours patient et l'efficacité de la prise en charge</p> <p>Tome 2, p. 63</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Renforcer la coordination intra-hospitalière et avec les professionnels libéraux, développer le lien avec la ville, développer le lien avec les autres établissements de santé du territoire et les autres structures . Faciliter le transfert vers le domicile, à défaut vers d'autres structures sanitaires et sociales et / ou médico-sociales . Organiser la prise en charge hospitalière en lien avec l'amont et l'aval . Améliorer la qualité de la prise en charge des patients hospitalisés 	<p>Médecine 2014</p>
<p>Améliorer la prise en charge des patients rencontrant des troubles du comportement alimentaire</p> <p>Tome 2, p. 68</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Améliorer l'accès à une consultation médico-psychologique pour les patients atteints de troubles du comportement alimentaire . Améliorer le parcours patient 	<p>Femme – enfant 2014</p>

4.2.3. Filière Périnatalité, néonatalogie, réanimation néonatale

Intitulé	Objectifs	Pôle / échéance
<p>Fluidifier le parcours patiente pour la prise en charge des Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG)</p> <p>Tome 2, p. 71</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Améliorer le parcours de la patiente faisant la demande d'une interruption volontaire de grossesse . Faciliter l'accès aux soins en matière d'IVG . Offrir une unicité de lieu et de prise en charge pour les IVG 	<p>Femme – enfant 2014</p>

4.2.4. Filière Prise en charge des patients cérébro-lésés

Intitulé	Objectifs	Pôle / échéance
Optimiser la prise en charge du patient cérébro-lésé médical (AVC/AIT) au sein de l'établissement Tome 2, p. 73	<ul style="list-style-type: none"> . Délimiter une filière à orientation neurologique s'appuyant sur des trajectoires de soins identifiées . Améliorer l'efficacité de la prise en charge des patients sur tout son parcours . Améliorer le recrutement à partir du service des urgences et/ou via les soins continus . Organiser la filière de retour du patient thrombolysé, en collaboration avec le CHU . Fluidifier le parcours patient en organisant une filière d'aval 	Médecine 2014

4.2.5. Filière Prise en charge des personnes âgées en EHPAD

Intitulé	Objectifs	Pôle / échéance
Améliorer l'accueil, l'orientation et la prise en charge des personnes âgées admises au SAU et dans les services d'hospitalisation de l'établissement Tome 2, p. 79	<ul style="list-style-type: none"> . Dispenser une évaluation gériatrique médico-psycho-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique . Apporter un avis spécialisé et des informations complémentaires utiles à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie des patients gériatriques, les orienter dans la filière de soins gériatrique, . Conseiller, informer et former les équipes soignantes, . Participer à l'organisation de la sortie en s'articulant avec les dispositifs de soutien à domicile (HAD, MAIA, ARESPA, SSIAD, services sociaux, réseaux de santé, coordination gériatrique...), . Evaluer le degré d'autonomie des patients, analyser et améliorer l'environnement du patient lors de visites à domicile. 	Gériatrie, urgences, médecine, BARC – MPR 2014

4.2.6. Filière Soins de suite et de réadaptation

Intitulé	Objectifs	Pôle / échéance
Favoriser les entrées directes en SSR Tome 2, p. 83	<ul style="list-style-type: none"> . Eviter le passage aux urgences de certaines personnes âgées fragiles . Faire connaître aux médecins traitants l'activité du SSR . Favoriser le parcours de soins des personnes âgées et / ou favoriser le maintien du retour à domicile 	Gériatrie 2014

4.3. Maîtriser les durées de séjour et prendre définitivement le virage vers l'ambulatoire

La maîtrise des durées de séjour vise à atteindre les standards nationaux en la matière. L'objectif est de prendre définitivement le virage vers l'ambulatoire, en augmentant la part des séjours ambulatoires à 30% du total. Par la maîtrise des durées moyennes de séjour, il convient de coordonner les prises en charge soignantes en amont et en aval de l'hospitalisation, à l'instar de la réduction de la durée moyenne de séjour en obstétrique laquelle, doit nécessairement être mise en œuvre en lien avec les professionnels de santé libéraux. Si la chirurgie est particulièrement concernée par la maîtrise des durées de séjour et le développement de l'ambulatoire, les services de médecine s'engagent également dans cette voie par le développement d'un hôpital de jour pluri-disciplinaire.

4.3.1. Filière Chirurgie

Intitulé	Objectifs	Pôle / échéance
Développer les prises en charge chirurgicales sur un mode ambulatoire et efficience de l'unité Tome 2, p. 87	<ul style="list-style-type: none"> . Taux cible chirurgie ambulatoire/ toute la chirurgie ≥ 60 % . Taux d'occupation ≥ 80 % . Ratio patient/place/jour supérieur 1 	BARC – MPR 2014

4.3.2. Filière Médecine

Intitulé	Objectifs	Pôle / échéance
Développer la prise en charge ambulatoire en médecine	<ul style="list-style-type: none"> . Cerner le profil de patients susceptibles d'être éligibles à une prise en charge en ambulatoire . Concentrer l'activité médicale en 	Médecine

Tome 2, p. 89	médecine sur une unité spécialement dédiée à la prise en charge ambulatoire ou à temps partiel . Renforcer la coordination intra hospitalière et les coopérations . Relancer la dialyse péritonéale . Améliorer la qualité de la prise en charge des patients hospitalisés	
----------------------	---	--

4.3.3. Filière Périnatalité, néonatalogie, réanimation néonatale

Intitulé	Objectifs	Pôle / Echéance
Optimiser la durée de séjour post accouchement selon le contexte médical et psycho-social de la cellule familiale Tome 2, p. 95	. Etre en mesure de proposer une durée de séjour pertinente et adaptée aux besoins de chaque cellule familiale.	Femme – enfant 2014

4.4. Développer les complémentarités, les partenariats, les réseaux

Il s'agit d'inscrire le centre hospitalier Louis Pasteur au cœur des parcours de soins et des réseaux, en organisant des filières de prise en charge avec le CHU, les établissements ou services assurant les soins de suite, le secteur médico-social et les services accompagnant le retour à domicile. De même, les relations avec les professionnels de santé externes au centre hospitalier étant fondamentales pour faciliter la mise en œuvre d'une médecine de parcours, les professionnels du centre hospitalier doivent les conforter et les faire évoluer. Les complémentarités passent de plus par une coopération avec les établissements voisins et notamment avec la Polyclinique du Parc, au regard du projet de coopération entre les deux établissements.

4.4.1. Filière Biologie

Intitulé	Objectifs	Pôle / échéance
Réaliser l'analyse des examens de biologie de la Polyclinique du Parc Tome 2, p. 99	. Développer les partenariats avec d'autres établissements . Développer l'activité externe du laboratoire . Structurer l'activité de biologie médicale hospitalière sur le bassin dolois	Médico-technique 2015

4.4.2. Filière Chirurgie

Intitulé	Objectifs	Pôle / échéance
Implanter des consultations avancées spécialisées en chirurgie viscérale et vasculaire Tome 2, p. 101	<ul style="list-style-type: none"> . Permettre l'accès aux soins spécialisés . Développer les relations professionnelles entre le centre hospitalier et les praticiens libéraux . Augmenter l'attractivité de la chirurgie polyvalente du CHLP 	BARC – MPR
Introduire de nouvelles activités en chirurgie polyvalente Tome 2, p. 103	<ul style="list-style-type: none"> . Introduire de nouvelles activités chirurgicales dans l'unité de chirurgie polyvalente telles que la pratique chirurgicale des fistules artério-veineuses et bariatrique . Développer les compétences médicales et paramédicales des professionnels de l'unité de chirurgie polyvalente 	BARC – MPR

4.4.3. Filière Médecine

Intitulé	Objectifs	Pôle / échéance
Promouvoir la prévention de l'obésité de l'enfant en partenariat avec le REPPPOP (réseau de prévention de l'obésité pédiatrique) et l'espace santé de Dole. Tome 2, p. 105	<ul style="list-style-type: none"> . Permettre à l'enfant, ainsi qu'à un membre de son entourage proche, de percevoir les enjeux de l'alimentation et de l'activité physique dans le développement physique et psychique. . Offrir à l'enfant et sa famille un lieu et un espace de soutien et d'écoute. . Identifier les problèmes médicaux existants et prévenir les complications potentielles liées au surpoids. 	Femme – enfant 2014
Prendre en charge des patients vasculaires et réaliser des fistules artério-veineuses Tome 2, p. 107	<ul style="list-style-type: none"> . Maintenir une offre de soins locale afin d'éviter l'éloignement des patients dolois, souvent âgés . Augmenter l'activité chirurgicale du CHLP . Etoffer l'activité du service de cardiologie ; rendre le service davantage attractif pour le recrutement de jeunes médecins . Limiter les fuites de patientèle vers le CHU pour la prise en charge d'autres pathologies 	Médecine 2014
Renforcer l'attractivité du CHLP et accroître le recrutement des patients de médecine Tome 2, p. 109	<ul style="list-style-type: none"> . Mettre en place des consultations avancées dans les établissements de santé voisins . Augmenter le recrutement des patients nécessitant l'implantation de pacemaker 	Médecine 2014

	(patients de Gray et peut-être Auxonne).	
Education thérapeutique et ostéoporose	<ul style="list-style-type: none"> . Mettre en place des sessions pluri-annuelles d'éducation thérapeutique de l'ostéoporose, notamment post-ménopausique . Développer un réseau de prise en charge pluri-disciplinaire de cette pathologie chronique . Développer et d'optimiser l'activité d'ostéodensitométrie osseuse au sein de l'établissement (diagnostic et suivi des patientes). 	Médecine 2014
Tome 2, p. 112		

4.4.4. Filière Médecine d'urgence

Intitulé	Objectifs	Pôle / échéance
Réorganiser les deux lignes SMUR du service d'urgence du CHLP	<ul style="list-style-type: none"> . Réduire les dépenses SMUR . Adapter le nombre de lignes SMUR au territoire Jura-Nord . Mutualiser les moyens humains et matériels au niveau régional 	Urgences 2014
Tome 2, p. 115		

4.4.5. Filière Périnatalité, néonatalogie, réanimation néonatale

Intitulé	Objectifs	Pôle / échéance
Améliorer les relations avec les partenaires extérieurs	<ul style="list-style-type: none"> . Permettre des réponses plus rapides aux médecins généralistes. . Améliorer la qualité de prise en charge des patientes et la coordination des soins dans le cadre des relations avec les professionnels libéraux 	Femme – enfant 2014
Tome 2, p. 117		

4.4.6. Filière Prise en charge des personnes âgées en EHPAD

Intitulé	Objectifs	Pôle / échéance
Développer et formaliser les partenariats avec les EHPAD externes	<ul style="list-style-type: none"> . Améliorer la transmission des informations médicales relatives au patient pour éviter la redondance des examens prescrits lors de son admission en EHPAD . Améliorer la prise en charge en service de SSR suite à une hospitalisation en court 	Gériatrie 2014

Tome 2, p. 119	séjour en particulier en chirurgie avant son retour en EHPAD . Améliorer la connaissance de la spécificité des services du pôle gériatrique	
-----------------------	--	--

4.4.7. Pharmacie - stérilisation

Intitulé	Objectifs	Pôle / échéance
Développer le partenariat avec la Polyclinique du Parc concernant l'activité de pharmacie - stérilisation Tome 2, p. 121	. Mutualiser les moyens et rationaliser les équipements médico-techniques au niveau du territoire Jura - Nord . Augmenter l'activité du service de pharmacie - stérilisation . Développer les partenariats	México-technique 2015

4.5. **Créer des ensembles fonctionnels : efficacité de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités**

Au regard de l'ensemble des orientations structurantes du projet médical, il convient de garantir la cohérence de la prise en charge des patients, tant au niveau des organisations que de l'espace. Il s'agit ainsi de penser de manière rationnelle l'espace à disposition pour arriver à gérer de manière réactive les capacités en optimisant, par exemple, le dimensionnement des unités ou en créant des unités de lieu, de regroupement de spécialités.

4.5.1. Filière chirurgie

Intitulé	Objectifs	Pôle / échéance
Optimiser le dimensionnement des unités du pôle BARC - MPR Tome 2, p. 125	. Assurer l'efficacité des unités du pôle BARC - MPR . S'orienter vers des modes de prise en charge plus modernes (ambulatoire, hospitalisation de jour, hospitalisation de semaine) . Mettre en adéquation l'"adressage du patient" et ses besoins . Définir une unité pour les prises en charge ambulatoires : unification de lieu des patients admis à la journée au CHLP	BARC - MPR 2014

4.5.2. Filière Imagerie médicale et équipements lourds

Intitulé	Objectifs	Pôle / échéance
Développer la radiologie interventionnelle Tome 2, p. 127	. Diversifier l'offre de soins du service d'imagerie médicale	Médico-technique 2014

4.5.3. Filière Médecine d'urgence

Intitulé	Objectifs	Pôle / Echéance
Augmenter la capacité en lits de l'UHTCD Tome 2, p. 129	. Développer l'activité d'UHTCD afin de garantir une réponse adaptée aux besoins de l'établissement et à ceux du service de médecine d'urgence. . Augmenter l'apport de recettes nouvelles liées à cet accroissement d'activité dans un contexte institutionnel financier très contraint. . Permettre aux patients relevant d'UHTCD un accueil dans des conditions de confort améliorées.	Urgences 2014

4.5.4. Filière Soins de longue durée

Intitulé	Objectifs	Pôle / Echéance
Créer une Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) pour compléter la filière de prise en charge de patients atteints de troubles cognitifs sur le territoire dolois Tome 2, p. 131	. Veiller à la mise en cohérence des prises en charge Alzheimer . Assurer une prise en charge adaptée et de qualité pour les patients hospitalisés en UCC ou hébergés en EHPAD, USLD . Orienter les patients porteurs de troubles psycho-comportementaux importants résidant en EHPAD ou en USLD vers l'UHR	Gériatrie 2014

4.5.5. Filière Soins de suite et de réadaptation

Intitulé	Objectifs	Pôle / Echéance
Renforcer les consultations mémoire et optimiser la prise en charge et le parcours de soin	. Diminuer l'hospitalisation complète et le passage par le service d'accueil et d'urgences pour les patients présentant des	Gériatrie 2014

des patients porteurs de troubles cognitifs Tome 2, p. 135	troubles cognitifs et/ou pour des raisons médico-psycho-sociales . Améliorer la prise en charge des patients et des aidants tout au long de leur parcours de soins	
---	---	--

5. Suivi, évaluation, et communication

5.1. Modalités de suivi et d'évaluation du projet médical

La mise en œuvre du projet médical 2013-2018 fera l'objet d'un suivi régulier en directoire ainsi qu'au sein des pôles (bureau de pôle ou conseil de pôle).

Une évaluation annuelle des projets au regard des indicateurs mentionnés dans les fiches projets sera conduite. Il s'agit d'avoir un bilan régulier sur les modalités de mise en œuvre et de résultat du projet médical. Cette évaluation associera plusieurs acteurs dont les pôles (chef de pôle, cadre supérieur de santé, cadre administratif de pôle et directeur référent) ; les chefs de service ou responsables de structures internes impliqués dans les projets, le département de l'information médicale.

L'évaluation annuelle doit permettre de conduire à des arbitrages en matière d'ajustements, et de réorientations stratégiques médicales, et éventuellement une modification du projet médical par voie d'avenant. Elle implique également un lien nécessaire à opérer avec d'autres documents structurants pour le centre hospitalier Louis Pasteur : projet de soins, projet social, schéma directeur informatique, plans pluriannuels d'investissement travaux, biomédical, hôtelier, plan global de financement pluriannuel, plan de retour à l'équilibre.

5.2. Communication

La réalisation du projet médical du centre hospitalier Louis Pasteur représente un enjeu majeur pour l'établissement. A cet effet, une communication du projet médical et de sa réalisation doit être menée en interne, comme en externe.

5.2.1. Communication interne

Les instances de l'établissement seront consultées sur l'adoption du projet médical ; elles seront aussi régulièrement informées de l'état d'avancement du projet. La périodicité retenue est une information semestrielle aux instances suivantes : directoire, commission médicale d'établissement, comité technique d'établissement, conseil de surveillance et commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Un point régulier sera également effectué en réunion de pôles.

Il importe que l'ensemble des acteurs du centre hospitalier Louis Pasteur connaisse les enjeux liés à l'actualité hospitalière et de la mise en œuvre des projets médicaux. Aussi le document sera mis à disposition dans chaque service en version papier et sur l'intranet de l'établissement. De plus, une information régulière, d'abord sur l'adoption du projet médical,

puis sur la mise en œuvre des projets médicaux sera effectuée par le biais du journal interne (*CHLP Actualités*).

5.2.2. Communication externe

Il importe, en outre, d'informer les usagers sur l'évolution de l'offre de soins et les orientations stratégiques du centre hospitalier Louis Pasteur.

A cet effet la communication externe se fera principalement par voie de presse locale, ainsi que par le biais de communiqués sur le site internet de l'établissement.

Dans le cadre de l'amélioration des relations ville-hôpital, le centre hospitalier Louis Pasteur assurera une mise à disposition du document à l'attention des professionnels de santé libéraux, afin que ces derniers prennent connaissance des orientations médicales de l'établissement. Le document sera dématérialisé sur un extranet dédié aux professionnels de santé libéraux.

Conclusion

Le projet médical du centre hospitalier Louis Pasteur s'inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement, celles données par le PRS et entend répondre à la vision portée par la stratégie nationale de santé. Il donne un contenu médical aux orientations stratégiques et fournit un cadre de référence, une feuille de route pour les chefs de pôles, les responsables de structures internes, les praticiens salariés ou en voie de recrutement, ainsi qu'à l'ensemble des professionnels hospitaliers du centre hospitalier Louis Pasteur.

Il constitue le socle du projet d'établissement du centre hospitalier Louis Pasteur et permet de décliner à partir de cette vision médicale les autres volets du projet d'établissement⁷ :

- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- La politique en matière de qualité (« projet de prise en charge des patients » en cohérence avec le projet médical et le projet de soins) ;
- Le projet social ;
- Le projet managérial ;
- Le plan directeur d'aménagement du patrimoine ;
- Le schéma directeur du système d'information.

⁷ Article L6143-2 du code de la santé publique

ANNEXES

Annexe I : Glossaire

Annexe II : Remerciements

Annexe III : Activité de dépôt de sang

Annexe IV : Organigramme des pôles d'activité clinique et médicotechnique

GLOSSAIRE

3C	Centre de Coordination en Cancérologie	EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
ARESPA	Association du Réseau de Santé de Proximité et d'Appui	FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
AS	Assistante Sociale	FAV	Fistules Artério-Veineuses
AS	Aide-Soignant	GHS	Groupe Homogène de Séjour
AVC	Accident Cardio-Vasculaire	HAD	Hospitalisation A Domicile
BDA	Bureau Des Admissions	HD	Hémodialyse
CA	Congés Annuels	HDF	Hémodiafiltration
CAC	Clinique des Anti Coagulants	IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
CESU	Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence	INCa	Institut National du Cancer
CH	Centre Hospitalier	IOA	Infirmier d'Accueil et d'Orientation
CHBM	Centre Hospitalier de Belfort Montbéliard	IRFC	Institut Régional Fédératif du Cancer
CHG	Centre Hospitalier Général	IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
CHI	Centre Hospitalier Intercommunal	IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
CHLP	Centre Hospitalier Louis Pasteur	LISP	Lits Identifiés Soins Palliatifs
CHU	Centre Hospitalier Universitaire	MAIA	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
CIP	Chambre Implantable Percutanée	MAO	Médecin d'Accueil et d'Orientation
CLCC	Centre de Lutte Contre le Cancer	MAR	Médecin Anesthésiste Réanimateur
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination	MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
CM	Consultations Mémoire	MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
CME	Commission Médicale d'Établissement	MDA	Maison des Adolescents
CMRR	Centre Mémoire de Ressource et de Recherche	MK	Masseur - Kinésithérapeute
COFRAC	Comité Français d'Accréditation	MPR	Médecine Physique et de Réadaptation
COQUA	Copil Qualité	PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie	PdP	Polyclinique du Parc
CRUQPC	Commission de relation avec les usagers et de la qualité de la prise en charge	PH	Praticien Hospitalier
CSAPA	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie	PMI	Protection Maternelle et Infantile
CSED	Cellule de Suivi de l'Eau de Dialyse	PPS	Programme Personnalisé de Soins
CSG	Court Séjour Gériatrique	PRADO	Programme d'Accompagnement du retour à Domicile
CSIRMT	Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques	RAQ	Responsable Assurance Qualité
DCC	Dossier Communiquant de Cancérologie	RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
DIU		REPPPOP	Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique
DMS	Durée Moyenne de Séjour	RPFC	Réseau Périnatal de France Comté
DPI	Dossier Patient Informatisé	RRUHFC	Réseau Régional des Urgences Hospitalières de Franche Comté
DU	Diplôme universitaire	RTT	Réduction du Temps de Travail
EEBFC	Espace Ethique Bourgogne Franche Comté	RUN-FC	Réseau des Urgences Neurologiques de Franche-Comté
EHPAD	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes	SMU	Service Médical des Urgences
ELSA	Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie	SMUR	Service Médical d'Urgence et de Réanimation
EMSCA	Equipe Mobile de Soins Continus et d'Accompagnement	SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
EMSP	Equipe mobile de Soins Palliatifs	SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
		UCA	Unité de Chirurgie Ambulatoire
		UCC	Unité Cognitivo-Comportementale

UCR	Unité de Reconstitution des Cytostatiques	UNV	Unité Neuro Vasculaire
UHR	Unité d'Hébergement Renforcée	US	Unité de Soins
UHTCD	Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée	UTEF	Unité Transversale pour l'Education du Patient

REMERCIEMENTS

*On ne peut agir efficacement qu'en travaillant de concert,
Edmund Burke*

Le centre hospitalier Louis Pasteur remercie l'ensemble du personnel hospitalier, médical, paramédical ou administratif pour sa participation active aux groupes de travail, et sa contribution à l'élaboration du projet médical d'établissement.

ACTIVITE DE DEPOT DE SANG

Le dépôt de sang du centre hospitalier Louis Pasteur répond aux besoins identifiés dans le SROS Franche-Comté 2012-2016 concernant l'organisation de la transfusion sanguine avec le maintien d'un dépôt de délivrance.

Le dépôt de sang de l'établissement dispose d'une autorisation d'exercer son activité depuis le 29 septembre 2009 et fait l'objet d'un renouvellement de cette autorisation au cours de l'année 2014. Il répond aux conditions fixées par le Code de santé publique en termes de personnels habilités, de locaux et de matériels (conformité et qualification). Le Centre hospitalier Louis Pasteur a également conclu une convention avec l'établissement de transfusion sanguine de Besançon permettant l'approvisionnement de son dépôt. Par convention avec la Polyclinique du Parc, il assure enfin la délivrance de produits sanguins labiles en cas d'urgence vitale transfusionnelle.

POLES D'ACTIVITE ET MEDICO-TECHNIQUES DU CENTRE HOSPITALIER LOUIS PASTEUR



ORGANIGRAMME DES POLES CLINIQUES ET MEDICO-TECHNIQUES

