



Centre hospitalier Louis Pasteur

Projet médical 2014 – 2018

Tome 2 Projets médicaux par orientations structurantes

SOMMAIRE

Avant propos	5
1. Développer la qualité, la sécurité et l'évaluation des pratiques professionnelles	7
1.1. Filière Biologie	9
1.2. Filière Cancérologie	11
1.3. Filière Chirurgie	23
1.4. Filière Imagerie médicale et équipements lourds	25
1.5. Filière Insuffisance rénale chronique	29
1.6. Filière Médecine	33
1.7. Filière Médecine d'urgence	37
1.8. Filière Périnatalité, néonatalogie, réanimation néonatale	39
1.9. Filière Réanimation, soins intensifs, surveillance continue	43
1.10. Filière Soins palliatifs	45
1.11. Autres déclinaisons opérationnelles de la politique qualité ne s'inscrivant pas dans une filière SROS spécifique	49
2. Optimiser le parcours du patient	57
2.1. Filière Chirurgie	59
2.2. Filière Médecine	61
2.3. Filière Périnatalité, néonatalogie, réanimation néonatale	69
2.4. Filière prise en charge des cérébro-lésés	71
2.5. Filière Prise en charge des personnes âgées en EHPAD	77
2.6. Filière Soins de suite et de réadaptation	81
3. Maîtriser les durées de séjour et prendre définitivement le virage vers l'ambulatoire	83
3.1. Filière chirurgie	85
3.2. Filière Médecine	87
3.3. Filière Périnatalité, néonatalogie, réanimation néonatale	93
4. Développer les complémentarités, les partenariats, les réseaux	95
4.1. Filière Biologie	97
4.2. Filière Chirurgie	99
4.3. Filière Médecine	105
4.4. Filière Médecine d'urgence	115
4.5. Filière Périnatalité, néonatalogie, réanimation néonatale	117
4.6. Filière Prise en charge des personnes âgées en EHPAD	119
4.7. Pharmacie et stérilisation	121
5. Créer des ensembles fonctionnels : efficience de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités	123
5.1. Filière Chirurgie	125
5.2. Filière Imagerie médicale et équipements lourds	127

5.3.	Filière Médecine d'urgence.....	129
5.4.	Filière Soins de longue durée	131
5.5.	Filière Soins de suite et de réadaptation.....	135

Avant propos

Le présent tome ventile les projets médicaux du centre hospitalier Louis Pasteur par orientations structurantes, telles que définies dans le projet institutionnel du le tome 1 du projet médical. Ces axes stratégiques constituent le prolongement des orientations institutionnelles et permettent au centre hospitalier Louis Pasteur de s'inscrire favorablement dans l'organisation territoriale des soins.

Ces orientations structurantes se déclinent ainsi :

- 1- Développer la qualité, la sécurité, et l'évaluation des pratiques professionnelles ;
- 2- Optimiser le parcours du patient, en interne et en externe ;
- 3- Maîtriser les durées de séjour et prendre définitivement le virage vers l'ambulatoire ;
- 4- Développer les complémentarités, partenariats et réseaux ;
- 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.

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 règlementaires 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.

Développer la qualité, la sécurité et l'évaluation des pratiques professionnelles	Page
Assurer l'accréditation du laboratoire de biologie médicale à la norme NF EN 15 189	9
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, par l'IRFC et le réseau régional en oncologie, ONCOLIE	11
Mettre en adéquation la prise en charge des patientes pour un cancer sénologique avec les dispositions du plan cancer 2009-2013	16
Conforter le fonctionnement de l'unité de reconstitution des cytostatiques	18
Améliorer la prise en charge des patients dans le cadre de l'exercice chirurgical carcinologique digestif	20
Développer l'éducation thérapeutique des patients dans l'unité de chirurgie polyvalente, en particulier pour les patients porteurs de stomies digestives	23
Optimiser le fonctionnement du service d'imagerie médicale	25
Poursuivre et formaliser les démarches innovantes au sein du pôle médecine : mettre en place de l'hémodiafiltration online au sein du centre d'hémodialyse	29
Développer l'échographie ostéoarticulaire diagnostique et interventionnelle en rhumatologie	33
Renforcer la présence médicale aux services des urgences, du SMUR et de l'UHTCD	37
Améliorer les processus personnalisés de prise en charge de la naissance	39
Développer la prise en charge des patients en unité de surveillance continue pour améliorer la qualité des soins requis par les patients lourds	43
Améliorer la prise en charge palliative et l'accompagnement au sein du pôle médecine et plus largement au sein de l'établissement	45
Développer la qualité de la prise en charge de la douleur	49
Poursuivre la formalisation annuelle d'un programme de gestion des risques au sein du pôle BARC – MPR	51
Informatiser le dossier patient dans tous les secteurs du pôle BARC – MPR et mise en conformité pour les secteurs l'utilisant déjà	53
Lutter contre les infections associées aux soins	55

1.1. Filière Biologie

	Fiche projet Filière SROS : Biologie Pôle : Médico-technique Service : Laboratoire d'analyse de biologie médicale
Intitulé du projet	Assurer l'accréditation du laboratoire de biologie médicale à la norme NF EN ISO 15 189
Diagnostic et enjeux	L'ordonnance du 13 janvier 2010 portant réforme de la biologie médicale rend obligatoire l'accréditation du laboratoire de biologie médicale à la norme NF EN ISO 15 189. L'accréditation est une procédure visant à reconnaître à un laboratoire de biologie médicale sa compétence technique pour effectuer des tâches spécifiques. Elle est réalisée par le Comité Français d'Accréditation (COFRAC), organisme habilité à accréditer les laboratoires de biologie médicale. Cette réforme entreprend un changement des conditions d'implantation et d'organisation des laboratoires. La loi du 30 mai 2013 portant réforme de la biologie médicale modifie le calendrier d'accréditation. Les laboratoires de biologie médicale doivent être accrédités en totalité au 31 octobre 2020 en passant par des accréditations partielles. L'accréditation porte sur la totalité de l'activité réalisée par le laboratoire (phases analytique, pré et post-analytiques). Elle conditionne la poursuite de l'autorisation de l'activité de biologie médicale. Pour le CHLP, le dépôt du dossier de demande d'accréditation partielle a été déposé en octobre 2012 et l'entrée du laboratoire dans la démarche d'accréditation a été validée par le COFRAC le 27 juillet 2013. Le laboratoire est accompagné dans sa démarche d'accréditation par la société Accrélab. A cet effet, deux audits à blanc ont été réalisés par Accrélab, société d'accompagnement, en mars et septembre 2013 afin de préparer la visite du COFRAC.
Objectifs	. Autoriser la poursuite de l'activité de biologie au CHLP . Accréditer la totalité des examens de biologie médicale effectués au CHLP . Prouver la qualité des analyses de biologie et des processus afférents.
Description générale du projet	Une équipe qualité est constituée au laboratoire avec un Responsable Assurance Qualité (RAQ) nommé par le biologiste responsable du laboratoire. Il a la responsabilité de la conduite du projet. Un plan d'action est déployé pour perfectionner le système de management de la qualité créé depuis deux ans. Les actions ont pour but de devenir conforme à la norme ISO 15 189 tant sur le chapitre 4 (management de la qualité) que sur le chapitre 5 (exigences techniques). Les partenaires, services de soins et les services supports, sont nécessairement impliqués pour l'accréditation du pré et du post-analytique. Le laboratoire est accompagné dans sa démarche d'accréditation par un

	organisme extérieur qui procède notamment à des audits d'accompagnement. Les écarts dressés lors des audits d'accompagnement viennent enrichir le plan d'action. En octobre 2012 est déposé le dossier de demande d'accréditation partielle sur certains paramètres de biochimie (gaz du sang, potassium, urée, calcium etc.) et d'hémostase (TP/INR, TCA etc.). Ces paramètres ont été examinés lors de la visite du COFRAC les 29 et 30 octobre 2013. Suite à cette visite, et en fonction des résultats, le périmètre des portées d'accréditation pour la période 2014-2020 sera élargi. A l'issu de la visite du COFRAC, le laboratoire dispose d'un délai de trois mois pour lever les écarts critiques, et de six mois pour lever les écarts non critiques.
Forces / opportunités	. Qualité reconnue des examens de biologie réalisés au CHLP . Obligation de mise à niveau d'équipements . Questionnement sur les pratiques
Faiblesses / menaces	. Non poursuite de l'autorisation d'activité si échec à l'accréditation . Démarche associant les clients et fournisseurs du laboratoire (internes et externes) avec l'obligation de composer avec le calendrier de ces derniers . Coût de la démarche (humain et financier) . Evolutions législatives qui peuvent nécessiter une adaptation en cours de projet
Indicateurs d'évaluation	Nombre d'examens accrédités par an
Calendrier	. 1^{er} novembre 2016 : 50% des examens accrédités . 1^{er} novembre 2018 : 70% des examens accrédités . 1^{er} novembre 2020 : 100% des examens accrédités
Orientations structurantes	■ 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 : efficience de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités

1.2. Filière Cancérologie

	Fiche projet Filière SROS : Cancérologie Pôles : Médecine, BARC-MPR, femme-enfant, médico-technique Services : Chirurgie viscérale, Gynécologie, Pneumo-onco-chimiothérapie.
Intitulé du projet	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. Ce projet s'inscrit dans le respect des orientations nationales des 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} plans Cancer.
Diagnostic et enjeux	Un premier dossier d'autorisation d'exercer l'activité de cancérologie a été déposé en août 2013 en vue de son renouvellement. Suite aux observations formulées par l'ARS, un second dossier complet a été déposé en décembre 2013. La demande porte sur une activité de chirurgie des cancers digestifs et mammaires, d'oncologie médicale et de chimiothérapie ambulatoire. Des engagements en matière de fonctionnement, d'activité de respect des critères d'agrément généraux définis par l'INCa, de dépenses et d'évaluation ont été souscrits. Il convient, à présent de les respecter. Les données d'activité 2013 traduisent : ○ Une activité de chirurgie carcinologique qui a plutôt tendance à se stabiliser pour les pathologies mammaires. L'activité de sénologie est directement impactée par l'absence de médecin radiologue à la mammographie. ○ Une activité de chirurgie digestive fortement corrélée à l'activité des gastro-entérologues, en nette diminution depuis le départ de l'un d'entre-eux. ○ Une activité de chimiothérapie tendancielle à la baisse depuis 2008, majorée par le départ successif de praticiens oncologues. La mise à disposition de 3 journées hebdomadaires de temps médical avec assistants du CHU de Besançon, orientés vers l'hématologie et la prise en charge des cancers digestifs, des tumeurs du sein et de l'appareil gynécologique, de l'appareil ORL et celles des tumeurs urologiques devrait garantir un niveau d'activité supérieur d'environ 15 à 20 actes quotidiens supplémentaires. ○ Une activité d'urologie en berne depuis le départ d'un praticien urologue. Par ailleurs, le diagnostic stratégique du CHLP, posé en fin d'année 2012, met en évidence une baisse des parts de marché dans la zone d'attractivité du CHLP et une fuite vers le privé, notamment pour la cancérologie.

EVOLUTION DES PARTS DE MARCHE DANS LA ZONE D'ATTRACTIVITE - CANCEROLOGIE (hors séances)	2009	2010	2011
CHU de Besançon	30,6%	24,2%	24,5%
CLCC George-François Leclerc	14,1%	19,2%	21,7%
CHLP	25,1%	25,8%	21,6%
Polyclinique du Parc	14,3%	13,1%	19,3%
CHU de Dijon	5,1%	7,7%	4,3%
Clinique Saint-Vincent	3,4%	2,6%	2,0%
Polyclinique de Franche-Comté	2,2%	1,5%	1,8%
Clinique Drevon	1,7%	1,7%	1,6%
HCL	0,5%	0,7%	0,6%

Source : HOSPI DIAG



Le projet de consolidation, de développement et d'optimisation de l'activité de cancérologie qui va être déroulé ci-après prend appui sur les orientations que le Projet Régional de Santé 2012-2016, dans son volet SROS "Cancérologie", invite à privilégier, à savoir :

- l'amélioration de la structuration de la filière cancérologique et du parcours de soins du patient ;
- le développement de la prise en charge ambulatoire ;
- le renforcement de la coordination avec les professionnels libéraux ;
- le développement de l'éducation thérapeutique dans ce domaine.

La lutte contre le cancer, comme, l'éducation thérapeutique et la prévention figurent au premier rang des priorités de santé publique, mentionnées dans la Stratégie nationale de santé, présentée fin septembre 2013 par la Ministre des affaires sociales et de la santé.

Objectifs

Ce projet doit permettre de :

- . 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.

Description générale du projet

⇒ S'inscrire dans la dynamique régionale.

Pour conforter les liens qui unissent le CHLP à l'IRFC et au réseau régional de cancérologie, l'accent doit être mis sur :

- La participation aux réunions et/ou groupes de travail régionaux, aux réunions du 3C, aux formations professionnelles dispensées à l'échelon régional.
- L'optimisation du dispositif d'annonce (organisation – traçabilité)
 - ✓ Etablir un compte-rendu écrit systématique de la consultation médicale d'annonce
 - ✓ Systématiser la remise d'un programme personnalisé de soins (PPS) à chaque patient
 - ✓ Dans la mesure du possible, intégrer la présence d'une IDE de chimiothérapie aux côtés du praticien lors de la consultation d'annonce
 - ✓ Planifier la consultation infirmière de post-annonce dans les 48h à 72 h suivant l'annonce médicale du diagnostic

	✓ Etendre la formation au dispositif d'annonce à d'autres IDE → <i>Cf. fiche projet « mettre en adéquation la prise en charge des patientes pour un cancer sénologique avec les dispositions du plan cancer 2009-2012 ».</i> ○ Le renforcement des soins de support à destination du patient et de ses proches : à côté des soins de support déjà mis en œuvre (recours à l'assistante sociale, au psychologue, à la diététicienne, au kinésithérapeute, à l'équipe mobile de soins palliatifs, au médecin algologue) : ✓ création d'un poste de socio-esthéticienne ✓ développement des ateliers détente et de réflexologie plantaire ○ L'utilisation du Dossier Communicant en Cancérologie (DCC) par l'ensemble des professionnels appelés à intervenir auprès de patients porteurs d'une affection cancéreuse ○ Le suivi des indicateurs quantitatifs et qualitatifs de prise en charge. Automatiser l'enregistrement de ces données via la création de fichiers informatisés. ○ La réalisation d'une auto-évaluation des pratiques professionnelles (dispositif d'annonce-RMM) ○ L'évaluation de la satisfaction des patients et des professionnels impliqués dans la prise en charge des patients atteints de cancer ⇒ Pour relancer l'activité de chimiothérapie ambulatoire, il est prévu : ○ Un rapprochement des services de cancérologie du CHU en vue d'une harmonisation des pratiques de dispensation des chimiothérapies. → <i>Cf. fiche projet « conforter le fonctionnement de l'unité de reconstitution des cytotostatiques »</i> ○ La sécurisation de l'accès aux thérapies par voie orale avec l'organisation d'un suivi téléphonique à domicile ○ La sollicitation de l'infirmière de post-cure, en poste à l'IRFC. ⇒ Augmenter le recrutement de patients porteurs de pathologies digestives et mammaires sur le bassin dolois Pour atteindre cet objectif, il est envisagé de : ○ Privilégier la participation physique des gynécologues et des chirurgiens viscéraux aux RCP spécialisées de la région Franche-Comté ○ Développer la prise en charge ambulatoire en chirurgie carcinologique mammaire ○ Organiser le recrutement des deux postes de gastro-entérologues vacants et celui d'un PH radiologue compétent en mammographie, sans oublier de diffuser cette information aux médecins traitants du bassin de santé ○ Procéder à la signature d'une convention de chirurgie viscérale avec le secteur privé dolois, en prévision du départ en retraite d'un praticien de la Polyclinique du Parc. ○ Etendre l'accès au DCC à l'ensemble des praticiens de l'établissement (gynécologues, chirurgiens digestifs, pneumo-oncologues, gastro-entérologues...) ○ Assurer l'alimentation du DMP à partir du DCC pour permettre l'accès aux informations par les médecins traitants ⇒ Développer les techniques de radiodiagnostic, notamment : ○ La ponction biopsie parenchymateuse pulmonaire
--	---

	○ La ponction biopsie rénale ○ La biopsie mammaire ○ La ponction biopsie hépatique ⇒ Renforcer la coordination intra-hospitalière et avec les professionnels libéraux. L'atteinte de cet objectif passe par : ○ la mise en service de la ligne téléphonique dédiée (téléphone blanc) pour améliorer la « joignabilité » des praticiens hospitaliers ○ la mise en adéquation des effectifs paramédicaux (secrétaire médicale-assistante sociale) à corrélée à l'activité ○ la communication autour de l'arrivée de nouveaux praticiens oncologues, une fois les modalités d'organisation définies ○ l'organisation d'un EPU en cancérologie pluridisciplinaire à périodicité définie, au minimum annuelle ○ l'organisation locale de la plate-forme téléphonique ONCOTEL à destination des patients et des médecins libéraux ○ la mise en place d'un programme personnalisé de l'après-cancer (réseau ONCOLIE). ⇒ Développer l'éducation thérapeutique dédiée à la cancérologie, avec : ○ le renforcement de la formation des personnels soignants à l'éducation thérapeutique (niveau 1 – niveau 2) ○ l'élaboration de programmes : ✓ d'éducation du patient porteur d'une CIP ; ✓ d'éducation nutritionnelle du patient porteur d'une affection cancéreuse. ○ l'orientation des patients alcoololo-tabagiques vers l'UTEP et/ou le CSAPA ○ le renforcement du programme d'éducation des patients porteurs de stomies → cf. fiche projet « améliorer la prise en charge des patients dans le cadre de l'exercice chirurgical carcinologique digestif ».
--	---

Forces / opportunités	. Appartenance au réseau régional de cancérologie . Participation effective aux formations et travaux du réseau régional . Arrivée récente de praticiens oncologues du CHU de Besançon . Volonté des équipes d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients . Service de chirurgie ambulatoire en capacité d'accueillir une activité supplémentaire (17 places) . Départ en retraite du seul chirurgien viscéral de la clinique . Création d'une fédération interhospitalière en radiologie avec le CHU de Besançon . Présence d'une UTEP pour assurer la coordination des différents programmes d'éducation thérapeutique.
------------------------------	---

Faiblesses / menaces	. Démographie médicale : difficultés de recrutement de gastro-entérologues, de radiologues . Joignabilité des praticiens hospitaliers par les médecins libéraux . Baisse des parts de marché dans la zone d'attractivité du CHLP et fuite vers le privé : CLCC Georges François Leclerc à Dijon- Polyclinique du Parc à Dole
-----------------------------	--

Indicateurs d'évaluation	. Suivi des indicateurs quantitatifs et qualitatifs de prise en charge en cancérologie figurant dans le dossier d'autorisation en cancérologie . Conformité des pratiques professionnelles aux exigences réglementaires (dispositif d'annonce-RCP-PPS-RMM-accès aux soins complémentaires de support pour tous les patients...) et aux procédures définies en région . Augmentation du nombre de patients traités et suivis en hospitalisation complète en ambulatoire par pathologie - Reprise de l'activité et respect du seuil d'activité minimale annuelle : ○ 30 interventions annuelles en chirurgie mammaire ○ 30 interventions annuelles en chirurgie digestive ○ 80 patients par an en chimiothérapie dont au moins 50 en ambulatoire ⇒ Evolution du nombre de patients inclus dans le dispositif d'annonce ⇒ Meilleure joignabilité des praticiens hospitaliers par les médecins libéraux, via la ligne dédiée et/ou via la plate-forme ONCOTEL ⇒ Renforcement des liens entre professionnels hospitaliers et professionnels libéraux : accès aux informations via le DCC – EPU... ⇒ Mise en œuvre de programmes d'ETP dédiés à la cancérologie ⇒ Satisfaction des patients – des professionnels impliqués dans la prise en charge des patients porteurs d'une affection cancéreuse
Calendrier	1^{er} bilan début 2014 2^{ème} courant juin 2014
Orientations structurantes	■ 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 : efficience de la prise en charge utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités



Fiche projet
Filière SROS : Cancérologie
Pôle : Femme - Enfant
Service : Gynécologie - obstétrique

Intitulé du projet

Mettre en adéquation la prise en charge des patientes pour un cancer sénologique avec les dispositions du plan cancer 2009 - 2013

Diagnostic et enjeux

Le centre hospitalier de Dole possède l'autorisation pour l'exercice de la chirurgie carcinologique mammaire et reste en attente pour la cancérologie de l'appareil gynécologique. La demande de renouvellement a été sollicitée au cours du mois d'août 2013, en conformité avec les orientations de l'Institut Régional Fédératif du Cancer de Franche Comté (IRFC).

Jusqu'à présent un partenariat est organisé avec le Centre Leclerc de Dijon pour la prise en charge des cancers mammaires. L'unité de gynécologie assure la partie annonce du diagnostic auprès de la patiente et adressage de son dossier en RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire).

L'équipe de gynécologie initie la prise en charge de ces patientes et doit être en mesure de coordonner les différents acteurs, la consultation d'annonce infirmière et le plan personnalisé de soins adapté à chaque patiente.

L'autorisation d'exercice en cancérologie est soumise à un seuil d'activité : 30 cas en sénologie mammaire.

	2011	2012
Interventions pathologies mammaires	35	33
Dossiers enregistrés (RCP internes ou inter établissements)	36	71

Objectifs

. Coordonner la prise en charge des patientes en conformité avec les directives du plan cancer : équipe médicale et paramédicale de l'unité de gynécologie, centre du 3C, IRFC, Centre Leclerc, unité de chimiothérapie du CHLP.

. 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 : consultation d'annonce médicale, paramédicale, passage du dossier en RCP, plan personnalisé de soins.

Description générale du projet

Il s'agit en premier d'organiser la formation des infirmières de l'unité de gynécologie à la consultation d'annonce (équipe constituée de 3 IDE) puis de coordonner le diagnostic médical avec cette consultation d'annonce, une fois le dossier présenté en RCP. La RCP arrête la prise en charge et cible les éléments qui vont jaloner le parcours de soins.

En 2013, deux IDE ont suivi la formation dispensée par le réseau régional Oncolie. La dernière infirmière de l'équipe le sera en 2014.

Aucun paramédical supplémentaire ne sera sollicité mais une réorganisation hebdomadaire libérera du temps infirmier pour ces consultations.

Forces / opportunités	. Compétences médicales et paramédicales permettant de créer une dynamique pré et post opératoire identique.
Faiblesses / menaces	. Equipe paramédicale en nombre restreint . Complexité de l'articulation des différents acteurs, des différentes structures et différents outils du dossier patient.
Indicateurs d'évaluation	. Nombre de chirurgies mammaires en lien avec un diagnostic cancéreux . Nombre de consultations d'annonce médicales et paramédicales
Calendrier	. Mise en œuvre du dispositif d'annonce infirmier au cours du premier trimestre 2013 . Finalisation et réajustements du processus de prise en charge de ces patientes pendant le dernier trimestre 2013 . Evaluation qualitative et quantitative de ce dispositif.
Orientations structurantes	■ 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 : efficience de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités



Fiche projet
Filière SROS : Cancérologie
Pôle : Médecotechnique
Service : Pharmacie

Intitulé du projet

Conforter le fonctionnement de l'Unité de Reconstitution des Cytostatiques (UCR)

Diagnostic et enjeux

- **Données d'activité**

Depuis 2008, le nombre de préparations de chimiothérapie réalisé par l'UCR est en baisse constante (-26% en quatre ans). Cette baisse s'est toutefois stabilisée en 2012.

	2010	2011	2012
Nombre de préparations	1 463	1 252	1 224
Variation		-14,42%	-2,24%

Source : rapport d'activité 2012

Le volume de préparations de chimiothérapies est lié à l'activité d'oncologie. Or la présence réduite d'oncologues ces dernières années n'a pas permis de développer l'activité de chimiothérapie.

Séances de chimiothérapie	2010	2011	2012
Hospitalisation complète	43	32	28
Ambulatoire	772	682	746

Source : dossier de demande d'autorisation de l'activité de cancérologie

- **Organisation médicale**

La préparation des chimiothérapies est assurée par un préparateur en pharmacie sous le double contrôle d'une pharmacienne.

Au quatrième trimestre 2013, une coopération entre l'Institut Régional Fédératif du Cancer (IRFC) de Franche Comté et le CHLP se met en place. Elle se concrétise par l'arrivée dans l'établissement d'un temps partagé d'oncologues.

Objectifs

- . Consolider l'activité médicale en oncologie
- . Développer l'activité de l'UCR
- . Maintenir les compétences de reconstitution des chimiothérapies des préparateurs en pharmacie

Description générale du projet

L'arrivée au 4 novembre 2013 de trois oncologues à temps partagé permettra d'assurer des séances de chimiothérapie :

- les lundis : pluridisciplinaire
- les mardis : urologie

	- les mercredis : gynécologie, sein - les jeudis : équipe du CHLP : pneumologie L'organisation prévue nécessite l'application de nouveaux protocoles de chimiothérapie. <i>NB : Ce projet est à associer avec le projet « consolider, optimiser et développer l'activité de cancérologie, et de chimiothérapie ambulatoire ».</i>
Forces / opportunités	. UCR existante . Compétences des préparateurs en pharmacie
Faiblesses / menaces	. Démographie des professionnels de santé en cancérologie . Disponibilité des pharmaciennes
Indicateurs d'évaluation	Nombre de préparations de chimiothérapies délivrées.
Calendrier	3^{ème} trimestre 2013 : déploiement 1^{er} semestre 2014 : évaluation
Orientations structurantes	■ 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 : efficience de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités



Fiche projet
Filière SROS : Cancérologie
Pôle : BARC - MPR
Service : chirurgie digestive et vasculaire

Intitulé du projet

Améliorer la prise en charge des patients dans le cadre de l'exercice chirurgical carcinologique digestif

Diagnostic et enjeux

Le pôle BARC-MPR, par sa composante de chirurgie digestive, est fortement impliqué dans la prise en charge des patients atteints de cancer. Depuis plus de dix ans, la prise en charge de ces patients se codifie et s'harmonise entre les différents établissements. Depuis 2005, un dispositif d'annonce doit être mis en place par les professionnels en charge de patients atteints de cancer ; ce dispositif est parfaitement codifié avec un temps médical, un temps paramédical infirmier, un temps d'accès à une équipe impliquée dans la prise en charge et une articulation avec la médecine de ville.

L'ARS a pointé l'absence de trace de cette consultation d'annonce dans les dossiers médicaux. De plus, des améliorations des axes d'amélioration des pratiques en ce domaine sont possibles. Un dossier de demande d'autorisation d'exercice carcinologique vient d'être déposé par le CHLP.

Le développement de la consultation d'annonce constitue l'une des priorités du pôle BARC-MPR.

Objectifs

. Faire progresser la consultation d'annonce médicale et paramédicale en chirurgie carcinologique digestive.

Description générale du projet

. Reconduire l'autorisation d'exercer la chirurgie carcinologique digestive en appliquant les recommandations du schéma régional d'organisation sanitaire du projet régional de santé.

. Participer aux réunions pluriannuelles régionales afin de coordonner les prises en charges chirurgicales carcinologiques digestives.

. Favoriser une prise en charge interprofessionnelle auprès du médecin traitant grâce au Dossier Communicant de Cancérologie (DCC) et en lui adressant sous 8 jours un compte-rendu de la consultation d'annonce.

. Réaliser au moins une fois par an une RMM d'un patient relevant d'une chirurgie carcinologique digestive et y inviter le médecin traitant du patient, le personnel paramédical de l'unité ainsi que l'infirmière de consultation d'annonce ayant reçu le patient.

. Programmer une RCP en pré et post opératoire pour chaque patient bénéficiant d'une prise en charge chirurgicale carcinologique digestive puis adresser son compte rendu à chaque praticien intervenant dans la prise en charge du patient.

	. Engager une réflexion avec le réseau Oncolie sur la création d'un programme personnalisé de l'après-cancer concernant le suivi à domicile des patients après la chirurgie carcinologique digestive. . Désamorcer les facteurs anxiogènes pour le patient liés à l'intervention, en favorisant son accès aux soins de support notamment à travers la consultation d'annonce infirmière carcinologique avant son hospitalisation. . Faire bénéficier des soins de supports tout patient relevant d'une pathologie carcinologique à prise en charge non chirurgicale. . Prévenir les dépendances éthyliques et tabagiques associées à la prise en charge carcinologique digestive avec l'équipe d'addictologie du CHLP.
Forces / opportunités	. Expertise de la pratique chirurgicale des professionnels médicaux de l'unité de chirurgie polyvalente. . IDE impliquée et formée à l'éducation thérapeutique, la stomathérapie et la consultation d'annonce paramédicale. . Sensibilisation et investissement des équipes paramédicales à l'accompagnement des patients atteints de pathologies carcinologiques. . Partenariat et soutien du réseau Oncolie
Faiblesses / menaces	. Traçabilité des actes non informatisée dans le DCC. . Manque de coordination entre les acteurs médicaux et paramédicaux intervenant dans la prise en charge des patients relevant d'une chirurgie carcinologique digestive. . Recommandations du SROS issu du PRS. . Activité chirurgicale carcinologique digestive conditionnée au recrutement d'un gastroentérologue.
Indicateurs d'évaluation	. Nombre de nouveaux patients ayant bénéficié du dispositif d'annonce médical et paramédical . Nombre de RCP pré et post-opératoire . Nombre de nouveaux patients ayant bénéficié de soins de supports. Nombre de RMM concernant des patients atteints de pathologie carcinologique digestive
Calendrier	A partir du 1 ^{er} semestre 2014
Orientations structurantes	■ 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 : efficience de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités

1.3. Filière Chirurgie

	Fiche projet Filière SROS : Chirurgie Pôle : BARC - MPR Service : chirurgie polyvalente
Intitulé du projet	Développer l'éducation thérapeutique des patients dans l'unité de chirurgie polyvalente, en particulier pour les patients porteurs de stomies digestives
Diagnostic et enjeux	L'éducation thérapeutique est un gage d'autonomisation des patients. Ainsi, au delà d'une prise en charge de qualité, elle influence les durées d'hospitalisation, agit sur la diminution des complications et donc des ré-hospitalisations. Un soin tout particulier doit être apporté au développement de l'éducation thérapeutique au sein du pôle BARC – MPR, notamment pour les patients porteurs de stomies digestives.
Objectifs	. Impliquer le patient dans une auto-éducation afin d'éviter une rechute thérapeutique dans les suites du retour à domicile. . S'entourer d'intervenants pluri-professionnels pour enrichir la démarche d'auto-éducation du patient
Description générale du projet	Solliciter l'équipe de tabacologie du CHLP lorsqu'un patient présente une dépendance au tabac et souhaite un sevrage tabagique. Délivrer les conseils préventifs concernant les chirurgies pariétales et de laparotomie en préconisant le port d'une ceinture abdominale et l'interdiction de port de charge post-opératoire. Assurer la formation continue d'une IDE référente en stomathérapie et celle d'une AS référente en nutrition. Engager une collaboration étroite entre les professionnels de santé intervenant dans le service de chirurgie polyvalente et l'équipe médicale et paramédicale. Actualiser les connaissances des professionnels concernant le matériel de stomathérapie et l'éducation nutritionnelle des patients au cours de réunions d'information. Utiliser les supports d'informations créés au CHLP. Ces supports seront repris avec le personnel de l'unité afin de se les approprier.
Forces / opportunités	. Groupe de travail (équipe médicale, paramédicale, cadre de santé, stomathérapeute, diététicienne, cellule qualité). . Locaux à disposition pour permettre la présentation du matériel de stomathérapie par les laboratoires.
Faiblesses / menaces	. Manque de disponibilité des soignants lors de surcharge d'activité au sein de l'unité. . Temps dédié à l'éducation des patients hebdomadaire et non quotidien

Indicateurs d'évaluation	. Recensements des formations professionnelles . Recueil de la satisfaction des patients par le biais d'enquêtes réalisées par l'IDE de stomathérapie
Calendrier	2014 - 2015
Orientations structurantes	■ 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 : efficience de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités

1.4. Filière Imagerie médicale et équipements lourds

	Fiche projet Filière SROS : Imagerie médicale et équipements matériels lourds Pôle : Médico-technique Service : Imagerie médicale
---	--

Intitulé du projet	Optimiser le fonctionnement du service d'imagerie médicale
---------------------------	---

Diagnostic et enjeux

- **Données d'activité :**

L'activité du service d'imagerie médicale est en augmentation du 11% en 2012 :

	2010	2011	2012	Croissance 2012
Scanner	10 338	9 557	11 875	24,3%
RX externes	31 051	30 414	33 101	8,8%
Mammographie	562	352	552	56,8%
IRM	874	921	998	8,4%
Echo mammo	229	150	251	67,3%
Echo radio	3 962	4 805	4 556	-5,2%
Total	47 016	46 199	51 333	11,1%

Source : rapport d'activité 2012

Plus de la moitié des patients accueillis au service de radiologie sont des patients hospitalisés. L'activité des médecins libéraux représente 18% de l'activité du service.

Des marges de manœuvre existent dans la qualité du service rendu aux prescripteurs et dans le volume de l'activité externe.

Les délais d'obtention de rendez-vous pour un scanner sont de 1 à 3 jours pour les patients hospitalisés et 20 à 30 jours pour les patients externes. La moyenne régionale est entre de 3 et 13 jours en 2009.

Par conséquent l'organisation des plages horaires d'examens de scanner a été revue en mars 2013 dans la perspective d'augmenter l'activité.

- **Organisation du service**

Les principaux enjeux du service d'imagerie médicale sont la stabilisation des effectifs médicaux, et l'encadrement du service.

Le service compte 3 médecins dont un praticien hospitalier autorisé d'exercice. Le recrutement de praticiens autorisés d'exercice est

	indispensable pour conforter l'équipe médicale en routine et en garde. L'effectif restreint de radiologues ne laisse pas de place à l'imprévu et implique la nécessité de recourir à des remplaçants en cas d'absence inopinée. Pour assurer la permanence des soins au mois d'août 2013 suite à la démission du chef de service, le service a eu recours à la télé-imagerie sur les actes de scanner. De plus, le service était encadré jusqu'en octobre 2013 par un manipulateur-référent. L'arrivée d'un nouveau cadre permettra de stabiliser l'encadrement de l'équipe paramédicale. Les enjeux de l'imagerie médicale au centre hospitalier Louis Pasteur s'inscrivent dans les axes de développement et de progrès identifiés dans le SROS, à savoir : raccourcir les délais de rendez-vous et recruter des praticiens sur certains plateaux techniques.
--	---

Objectifs	. sécuriser l'interprétation 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
------------------	--

Description générale du projet	Plusieurs leviers peuvent être mis en œuvre afin d'optimiser le fonctionnement du service d'imagerie médicale. Il convient de conforter et pérenniser l'équipe médicale en développant une fédération inter-hospitalière avec le CHU de Besançon et le centre hospitalier de Vesoul, laquelle peut avoir pour périmètre : - l'organisation de vacations en radiologie ; - le recours à une télé-expertise pour des avis spécialisés. En interne, le recours à la télé-imagerie peut être utilisé de manière ponctuelle pour aider à l'organisation du planning des gardes ou pallier les absences de radiologue dans le service lors de la participation à des colloques par exemple. De plus, les astreintes de radiologie peuvent être allégées en transférant les images pendant la garde pour une interprétation à distance de certains examens. A terme il convient de développer des relations avec les médecins libéraux pour améliorer la file active des consultants d'imagerie médicale. Ces leviers permettront in fine une augmentation du nombre d'actes d'imagerie.
---------------------------------------	--

Forces / opportunités	. Fédération inter-hospitalière en cours de préparation avec le CHU de Besançon et le CHI 70 . Expérience en télé-imagerie
------------------------------	---

Faiblesses / menaces	. Nombre limité de praticiens de plein exercice . Parts de marché du secteur privé
-----------------------------	---

Indicateurs d'évaluation	. Délais de rendez-vous . Part de marché des examens d'imagerie . Nombre de consultants externes
Calendrier	. 4^{ième} trimestre 2013 : constitution de la fédération de radiologie . 2014 : fédération inter-hospitalière opérationnelle. . 2014 : développement de la télé-imagerie via la fédération inter-hospitalière
Orientations structurantes	■ 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 : efficience de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités

1.5. Filière Insuffisance rénale chronique

	Fiche projet Filière SROS : Insuffisance Rénale Chronique Pôle : Médecine Service : Hémodialyse
---	---

Intitulé du projet	Poursuivre et formaliser les démarches innovantes au sein du pôle Médecine : mettre en place de l'hémodiafiltration (HDF) au sein du centre d'hémodialyse (HD)
---------------------------	---

Diagnostic et enjeux	Les usagers traités par des techniques d'HD haut flux et bas flux ont « historiquement » un fort taux de mortalité, au regard d'une même classe d'âge. Cette surmortalité globale est liée, sur le long terme à l'accumulation de toxines de moyen poids moléculaires non épurées par l'HD « classique » qui assure essentiellement un transfert de toxine diffusif. L'HDF peut être décrite comme une technique diffuse et convective dont le bénéfice direct est d'assurer une meilleure épuration des moyennes molécules des patients hémodialisés. Son principal enjeu est triple : 1-améliorer la survie chez les patients hémodialisés 2-diminuer la morbidité des patients hémodialisés 3-diminuer le nombre d'hospitalisations à court terme S'y associent 2 enjeux supplémentaires : 4-optimiser l'épuration des molécules de moyen poids moléculaire 5-garantir une production d'eau pour dialysat « ultrapur » - une « eau-médicament ». Depuis de nombreuses années, plusieurs études rétrospectives, larges, semblaient démontrer un gain de survie. Ainsi, la première étude multicentrique DOPPS, menée dans 5 pays européens (dont la France) et parue en 2003, avait montré une baisse de la mortalité de 23%. En 2006 une autre analyse de DOPPS révélait même une baisse de mortalité, à 3 ans de 35% en HDF (analyse de suivi de 2165 patients). Depuis, plusieurs études prospectives ou rétrospectives, moins larges, ont montré des résultats similaires. En 2013, ESHOL, première grande étude randomisée, contrôlée de suivi prospectif enrôlant 906 patients, a montré une baisse de mortalité à 3 ans de 30% dans le groupe HDF Vs le groupe HD. Par ailleurs, la part de mortalité cardiovasculaire semble évoluer de façon favorable même si le « p » statistique ne fait que s'approcher des 0,05 fatidiques pour asseoir cette affirmation. Il est probable que 3 années ne suffisent pas pour démontrer une efficacité véritable sur la plan cardiovasculaire et qu'il faille poursuivre les investigations durant 5 années de suivi et de traitement en HDF. Enfin, cette grande étude (pour une série néphrologique) permet de montrer, d'une part, une baisse des hospitalisations de 22% dans le groupe HDF, d'autre part, une réduction de la morbidité intra-dialytique de l'ordre de 28% (moins d'hypotension dans le groupe HDF). Il faut préciser que l'ensemble des sous-groupes de patients bénéficient favorablement de cette technique lorsqu'elle est rendue possible par un abord vasculaire performant. Les volumes de réinjection post-dilutionnels souhaités (supérieurs à 18
-----------------------------	---

	litres /séance) ne permettent pas de diminuer le temps de séance, mais ils permettent, via l'application de phénomènes convectifs, d'épurer des molécules de moyen poids moléculaire, véritable part immergée de l'iceberg du suivi biologique, comme la bêta2microglobuline (qui est un de ces marqueurs mais qui n'est sûrement pas la seule molécule épurée de cette façon). Ainsi, dans le cadre de la modernisation de l'outil de travail (déjà amorcée largement), de la nécessaire mise en conformité des procédures et en considération du bénéfice direct pour chaque usager du centre de dialyse du CHLP, il paraît nécessaire de prendre ce virage stratégique, comme l'ont déjà fait d'autres centres lourds de dialyse de la région Franche-Comté (le CHBM, le CHU de BesançonBesançon), ou de la région Bourgogne au sein de laquelle la majorité des hôpitaux a débuté l'HDF post-dilutionnelle. Véritable enjeu de santé publique, cette technique permet d'avoir un regard plus performant sur la qualité et l'innocuité du dialysat produit, pouvant prétendre au qualificatif de «médicament». Par ailleurs, il est à noter que le consommable reste, peu ou prou le même. La mise en œuvre de cette technique ne nécessite pas de moyens en personnel médical et paramédical supplémentaire. Si les retombées financières de ce projet ne sont pas visibles à court terme, il est escompté une amélioration de l'image du CHLP et, potentiellement, une plus grande attractivité
Objectifs	Mise en place de l'hémodiafiltration (HDF) au sein du centre d'Hémodialyse (HD), projet technologique innovant au sein du CHLP qui devrait permettre de : 1- améliorer la survie chez les patients hémodialysés : + 30% sur 3ans 2- diminuer la morbidité des patients hémodialysés : -28% 3- diminuer le nombre d'hospitalisations à court terme : -22%
Description générale du projet	• Organisation logistique, matériel requis : ☞ <u>Eau de dialyse</u> <u>Le traitement d'eau</u> : est qualifié pour l'HDF. Une qualification initiale (4 prélèvements sur 4 semaines avec analyse bactériologique et recherche d'endotoxine) a déjà été réalisée. La pratique de l'HDF nécessite un prélèvement mensuel, les tolérances sur les résultats étant plus strictes que pour l'HD classique). <u>Les générateurs</u> : Une qualification initiale du dialysat et du liquide de substitution sur chaque générateur est en cours (1 contrôle par mois pendant trois mois, bactériologie et endotoxines). En routine, les contrôles devront être réalisés à minima une fois par trimestre. <u>Surcoût des analyses sur le dialysat et le soluté de substitution</u> : en voie de chiffrage. ☞ <u>Le matériel de dialyse</u> ○ Générateurs : à l'heure actuelle le service est doté de 9 générateurs permettant l'HDF (à terme il disposera de 15 générateurs), ○ Dialyseurs et lignes : non modifiés, en voie de qualification HDF ○ Concentrés : surcoût 0.50 €/séance Le suivi de l'activité nécessite la mise en place d'un « carnet de bord » ou

« carnet de traçabilité » pour le traitement d'eau et chaque générateur.

- **Organisation des ressources en personnel**

La mise en œuvre de cette technique ne nécessite pas de moyens en personnel médical et paramédical supplémentaires.

- Au sein du service d'HD

La formation du personnel paramédical du service à l'HDF sera réalisée sur site par le prestataire (industrie pharmaceutique).

Cette formation se compose d'une réunion de présentation et d'information pour l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux, ainsi que les personnels du biomédical, suivie d'une formation in situ sur les générateurs du service d'une durée de 3 à 4 jours. Deux IDE seront référentes HDF, les médecins, parfaitement formés à la technique, seront ressources pour le service.

- En interservices

Ce projet nécessite le renforcement de la collaboration entre les divers intervenants et la définition des responsabilités de chacun :

- Les techniciens biomédicaux sont garants du bon fonctionnement du traitement d'eau et des générateurs d'hémodialyse. Ils tracent toute intervention technique, en particulier au niveau hydraulique. Un système d'alerte visuel sur chaque générateur est mis en place ;
- Les biologistes sont responsables du rendu biologique et doivent prévenir pharmaciens et médecins en cas d'anomalie ;
- les pharmaciens sont garants de la qualité de l'eau, et doivent prévenir les médecins en cas d'anomalie ;
- les IDE de dialyse prélèvent les générateurs selon un protocole établi ;
- les médecins sont responsables de la décision de mise en place de l'HD ou de l'HDF. Ces techniques peuvent être suspendues en cas d'anomalie, et les patients éventuellement transférés. Ils doivent être informés en temps réel de toute anomalie de la qualité de l'eau pour hémodialyse.

- **Suivi qualité**

Mise en place d'EPP, dont les thèmes sont à définir.

Mise en place de RMM.

Afin d'atteindre ces objectifs, il paraît important de mettre l'accent sur :

☞ Le renforcement de la légitimité de la CSED (cellule de suivi des eaux pour dialyse) : les préconisations, recommandations et protocoles émanant de la CSED doivent faire l'objet d'une mise en œuvre prioritaire.

☞ Une communication à déployer afin d'assurer un meilleur recrutement, via le réseau ville/hôpital et les réunions et colloques médicaux.

Forces / opportunités	. Existence d'un fichier partagé CSED via Intranet, moyen de communication permettant le partage de procédures, comptes-rendus de réunions, documents divers, résultats d'analyses... . Fédération interhospitalière avec le CHU de Besançon et en particulier la néphrologie . Expérience et compétence de l'équipe des néphrologues dolois à l'origine du projet . Volonté des divers participants membres de la CSED cités plus haut
Faiblesses / menaces	. Facteur humain : L'HDF est plus chronophage que l'HD classique car elle requiert plus de contrôles et analyses . L'HDF nécessite une bonne coordination et communication auprès de tous les intervenants sur l'eau pour hémodialyse (tout retard est délétère) . Facteur financier : pas de valorisation mais faible surcoût à la séance (environ 1€)
Indicateurs d'évaluation	. Suivi des préconisations de la CSED (spécialistes de l'eau pour dialyse) . Taux de survie des patients hémodialysés . Morbidité des patients hémodialysés . Nombre d'hospitalisations à court terme: . Suivi de l'épuration des molécules de moyen poids moléculaire (analyses pré/post dialyse) . Suivi des résultats de prélèvement bactériologiques et endotoxines pour garantir la production d'eau pour dialysat « ultrapure » (« eau-médicament ») . Suivi du nombre de séances d'HDF/HD
Calendrier	Été 2013 : qualification du traitement d'eau 2013 : qualification des générateurs Premier trimestre 2014 : formation des IDE (réunions et mise en œuvre sur site en collaboration avec l'industrie pharmaceutique et les personnels du matériel biomédical) Début 2014 : début des premières séances HDF
Orientations structurantes	■ 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 : efficience de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités

1.6. Filière Médecine

	Fiche projet Filière SROS : Médecine Pôle : Médecine Service : Rhumatologie
Intitulé du projet	Développer l'échographie ostéo-articulaire diagnostique et interventionnelle en rhumatologie
Diagnostic et enjeux	Les ponctions ou infiltrations de l'appareil moteur étaient auparavant toutes réalisées à l'aveugle ou sous scopie. Depuis plusieurs années, l'échographie offre une alternative intéressante : cette technique non irradiante et sans injection de produit de contraste permet d'améliorer les performances diagnostiques, mais aussi thérapeutiques en majorant efficacité et sécurité de la prise en charge. Les bénéfices que l'on peut escompter de ce projet intéressent autant les patients que le service de rhumatologie et plus largement l'établissement : ⇒ <u>Bénéfice direct pour le patient</u> : • Améliorer la performance diagnostique • Améliorer la précision, et ainsi l'efficacité des gestes de rhumatologie interventionnelle (ponctions et infiltrations) • Augmenter la sécurité des gestes • Diminuer les récives et les infiltrations itératives • Réduire les risques allergiques et iatrogènes liés à l'utilisation des produits de contrastes, notamment iodés • Eviter le guidage sous technique irradiante (scopie, scanner) ou plus onéreuse (IRM) ⇒ <u>Pour le service de rhumatologie et le CHLP</u> : • Réponse à une demande importante de la part des patients et des médecins généralistes en consultation • Aide diagnostique pour les rhumatologues libéraux ne pratiquant pas l'échographie ostéo-articulaire • Diagnostic et suivi évolutif des rhumatismes inflammatoires chroniques (conduisant à une augmentation de l'activité en HDJ : biothérapies) • Retombées positives en termes d'image du CHLP • Bénéfice financier y compris en consultation (cotation échographie supérieure à une consultation standard) • Attractivité pour les jeunes praticiens et les internes en formation • Interactions avec les établissements de proximité, et notamment les CHU : participation aux formations d'échographie (interventions locales, DU, DIU, formation des internes), aux réunions pluridisciplinaires (staff d'imagerie ostéo-articulaire et de biothérapies), aux projets de recherche clinique (publications)
Objectifs	Développer l'échographie diagnostique et interventionnelle en rhumatologie

Description générale du projet	L'échographie ostéo-articulaire en rhumatologie est une technique innovante au sein du CHLP. Depuis plusieurs années, des études de bonne qualité ont démontré qu'il s'agit d'une méthode d'imagerie très contributive dans le diagnostic des affections de l'appareil locomoteur. Elle est actuellement de plus en plus utilisée comme moyen de guidage pour des procédures interventionnelles, telles que l'évacuation d'une collection superficielle ou profonde, ou l'injection d'une substance pharmacologique. Les avantages de l'échographie interventionnelle, hormis l'absence d'irradiation et l'injection de produit de contraste iodé, sont la visualisation directe, en temps réel de la progression de l'aiguille vers une zone cible (« échoscopie ») sur tout son trajet, permettant de limiter le risque traumatique (nerfs, vaisseaux, infiltration intra-tendineuse) afin de majorer la sécurité et l'efficacité du geste, qu'il soit intra ou péri-articulaire. Le bénéfice est donc direct pour le patient. Cette technique est désormais utilisée et maîtrisée par de nombreux rhumatologues hospitaliers et libéraux, au terme d'une formation diplômante spécifique. Elle fait désormais partie intégrante de la formation des internes de spécialité. Par ailleurs, les nouveaux critères diagnostiques des rhumatismes inflammatoires chroniques pris en charge en hôpital de jour, établis par les sociétés savantes ainsi que leur suivi, comprennent une évaluation échographique (critères diagnostiques de la polyarthrite rhumatoïde, bilan des enthésopathies dans les spondylarthropathies, critères diagnostiques des pseudo-polyarthrites rhizoméliques...), rendant nécessaire l'accès à cette pratique. Cependant, l'échographie ostéo-articulaire à visée diagnostique, et thérapeutique nécessite un temps dédié lourd, et ne se conçoit qu'après une évaluation clinique préalable. Une aseptie stricte est indispensable, avec utilisation de gel et protections stériles. Ces précautions d'asepsie justifient un système de bras articulé permettant de réaliser seul en consultation la plupart des procédures interventionnelles. Un système de prise d'image par pédale, ainsi qu'une imprimante (ou un système de stockage des images informatisé) est également utile afin de conserver celles-ci au sein du dossier médical du patient (preuve médico-légale). Cette pratique requiert l'accès à une salle de consultation spécifique, dédiée aux gestes interventionnels, à proximité d'un chariot d'urgence, et dont la luminosité peut être adaptée.
Forces / opportunités	. Appareil d'échographie au sein du service de rhumatologie (juin 2012) 453 échographies ostéo-articulaires en 14 mois (juin 2012 - octobre 2013 : 1 seul praticien diplômé au sein du service) . Participation à une étude clinique multicentrique nationale SondECHO en 2012 – 53 centres en France « Observation de la pratique échographique en Rhumatologie » : > Fréquences, indication et durée moyenne d'examen au CHLP comparables aux autres centres nationaux en 2012 . 2 rhumatologues diplômées au 1^{er} décembre 2013 en échographie ostéo-articulaire (+ DU de rhumatologie interventionnelle, DIU de maladies systémiques, et DIU Biothérapies ciblées dans la prise en charge des maladies inflammatoires et auto-immunes)

	. Intérêt et forte demande de formation en rhumatologie interventionnelle des internes de spécialité en rhumatologie (inclus au programme du DES), rééducation, généralistes et médecins du sport : Attractivité du service <u>Projets communs en cours de développement en coopération avec les deux CHU de proximité et les CHG régionaux</u> <u>Chiffre d'affaire annuel prévisible minimal :</u> 37,8 (échographie diagnostique uniquement) à 50 euros x 700 échos = 28 000 à 40 000 euros /an
Faiblesses / menaces	<u>. Facteur humain :</u> Temps dédié lourd, estimé à environ 30% de l'activité des PH de rhumatologie <u>. Facteur financier :</u> Achat de matériel ☞ Conservation des images dans dossier médical du patient : prise d'image par pédale (300 euros) ☞ Asepsie : Bras télescopique permettant de consulter seul (600 euros) ou aide d'une tierce personne pour les gestes stériles <u>. Facteur géographique :</u> Nécessité d'une salle spécifiquement dédiée à l'échographie interventionnelle (asepsie, chariot d'urgence, matériel interventionnel, luminosité)
Indicateurs d'évaluation	. Réalisation d'EPP . Efficience et sécurité des gestes / satisfaction patients . Augmentation de l'activité ambulatoire : HDJ et consultations d'échographie diagnostique et interventionnelle . Participation aux études, registres, protocoles de recherche, publications . Participation aux réunions de RCP (colloque CORDIAL Dijon, staffs régionaux) en coopération avec établissements hospitaliers de proximité, dont les deux CHU de Dijon et Besançon . Optimisation des soins et développement de la prise en charge des patients en réseau (rhumatologues hospitaliers et libéraux, internistes, radiologues, rééducateurs, médecins du sport, spécialistes en médecine générale)
Calendrier	Début 2014
Orientations structurantes	■ 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 : efficience de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités

1.7. Filière Médecine d'urgence

	Fiche projet Filière SROS : Urgences Pôle : Urgences Services : Urgences, SMUR, UHTCD
---	---

Intitulé du projet	Renforcer la présence médicale aux services des urgences, du SMUR et de l'UHTCD
---------------------------	--

Diagnostic et enjeux	Une réorganisation médicale au sein du service des urgences est à envisager afin de répondre à deux enjeux : un enjeu sécuritaire et un enjeu de qualité. Cette réflexion sur un nouveau mode de fonctionnement médical doit permettre entre autres de conduire une revue des dossiers (surtout les passages externes de la veille) avec un « contrôle qualité » et une intégration du compte rendu radiologique interprété à J+1 → J+3 par un médecin radiologue. Cette action répond à 2 nécessités : une logique de qualité et de sécurité et aux exigences de la SHAM. Cette organisation est actuellement impossible sans ajouter un médecin de jour compte tenu de l'activité SAU/SMUR/UHTCD. Cette réorganisation médicale est une réelle nécessité au regard de l'augmentation de l'activité du service d'urgences (entre 2005 et 2012 : + 20% du nombre d'entrées) et de l'ouverture de l'UHTCD avec les mêmes moyens humains médicaux.
-----------------------------	---

Objectifs	. 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.
------------------	--

Description générale du projet	L'organisation proposée serait la suivante : ✓ En semaine : 4 médecins de jour et 2 médecins de nuit. ✓ Week-ends et jours fériés : 3 médecins de jour et 2 médecins de nuit. Le besoin en présence médicale s'élève à 23 770 heures/an (1 ETP avec CA, RTT, fériés, congés de formation déduits correspond à 1 700 heures/an). 14 ETP sont donc nécessaires pour assurer le fonctionnement présenté. L'effectif médical SAU/SMUR/UHTCD avec l'arrivée d'un nouveau praticien programmée fin 2013 sera de 14 ETP. La répartition concernant les 4 médecins de jour se déclinerait comme suit : ✓ Médecin 1 : circuit court + long. ✓ Médecin 2 : circuit court + SMUR 1. ✓ Médecin 3 : circuit long + SMUR 2. ✓ Médecin 4 : UHTCD + reprise des dossiers = contrôle diagnostic + contrôle de qualité de cotation et valorisation des actes.
Forces / opportunités	. Prise en charge plus sécurisée du patient avec un contrôle médical du dossier à J+1 : • Baisse des risques d'erreur ou de retard de diagnostic ou de prise en charge, • Baisse du risque contentieux, • Mise en conformité réglementaire (double lecture des clichés radiologiques). . Possibilité d'extension de l'activité des urgences et de l'UHTCD (ouverture de 5 lits). . Attractivité du service d'urgences en matière de recrutement médical.
Faiblesses / menaces	. Risque de non-compensation du coût supplémentaire induit par la création d'un poste médical.
Indicateurs d'évaluation	. Nombre d'entrées SMU et UHTCD . Nombre de dossiers revus J+1 . Nombre de contentieux/demandes amiables d'indemnisation (évolution)
Calendrier	Calendrier de déploiement envisagé : 1 ^{er} semestre 2014
Orientations structurantes	■ 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 : efficience de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités

1.8. Filière Périnatalité, néonatalogie, réanimation néonatale

	Fiche projet Filière SROS : Périnatalité, néonatalogie, réanimation néonatale Pôle : Femme - Enfant Service : Gynécologie - obstétrique
---	---

Intitulé du projet	Améliorer les processus personnalisés de prise en charge de la naissance
---------------------------	---

Diagnostic et enjeux	• Grossesses pathologiques (souffrance psychologique et addictions) L'équipe médicale constate une difficulté dans la prise en charge et l'orientation des patientes en état de souffrance psychologique et / ou d'addiction (alcool, tabac). La psychologue du pôle femme-enfant suit un certain nombre de patientes en état de souffrance psychologique (64 patientes en 2012), cependant elle ne peut gérer toutes les modalités de prises en charge et notamment les patientes enceintes relevant d'un suivi psychiatrique (environ 10 patientes par an). Concernant les patientes enceintes souffrant d'addiction (alcool, traitements substitutifs Subutex, ou Méthadone) l'équipe rencontre des difficultés à identifier les personnes aidantes (médecin traitant, association...) et à adapter les traitements en lien avec la grossesse de la patiente (doses à adapter, prise en charge du nouveau-né). Une partie de l'équipe des sages-femmes a suivi une formation « addiction » et prend en charge 5 patientes par an. Les patientes enceintes nécessitant une consultation de tabacologie sont systématiquement orientées vers l'UTEP. Cependant pour 2012 on ne dénombre que 2 consultations tabacologie. Auparavant une sage-femme avait un DU de tabacologie. Des consultations étaient mises en place et un meilleur suivi était assuré. Le SROS retient comme orientation stratégique le développement de la prise en charge adaptée des addictions et le repérage et la prise en charge des difficultés psychologiques et psychiatriques des femmes en ante et post-partum. • Pratique de l'allaitement maternel Selon les professionnels de la maternité, les positionnements divergent sur la pratique de l'allaitement maternel. Les recommandations nationales sont un allaitement exclusif pendant 6 mois. L'allaitement permet un intérêt thérapeutique et immunologique pour le nouveau-né (prévention des allergies, de l'obésité...). Il convient d'homogénéiser les discours des professionnels et de promouvoir l'allaitement maternel. L'une des orientations stratégiques du SROS est la promotion de l'allaitement maternel. • Prise en charge de la douleur L'ouverture de la salle physiologique en 2011 a permis d'offrir la possibilité d'un accouchement moins médicalisé pour les patientes. Est né le constat au sein de l'équipe des sages-femmes d'avoir des outils pour accompagner les patientes et aider à la prise en charge de la douleur. Un
-----------------------------	---

	travail a été réalisé afin d'augmenter le panel des techniques de bien-être et d'antalgie, lequel correspond également à une demande des patientes. Certaines techniques sont acquises (diverses méthodes de préparation à la naissance), d'autres restent à acquérir (massage, acupuncture). 80 patientes sont concernées.
Objectifs	. 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 de la douleur pendant le travail et l'accouchement
Description générale du projet	• Patientes atteintes de pathologies psychiatriques ou addictives En lien avec la psychologue du pôle, une plaquette est élaborée. Elle identifie l'ensemble des personnes ressources (CHS, ELSA, centre Briand) à contacter en fonction de la situation médicale de la patiente (patiente hospitalisée, en consultation...) si le médecin le juge nécessaire. Des réunions de synthèses sont organisées avec le psychiatre référent et les partenaires extérieurs pour un meilleur suivi de la patiente. Il convient de valoriser ces réunions de synthèses et la prise en charge de ces cas, notamment par une communication auprès du conseil général dont les services d'aide sociale peuvent orienter des patientes vers le CHLP. Pour les patientes enceintes ayant une addiction au tabac, des liens sont à créer avec l'UTEP du CHLP : présentation des deux équipes, distributions de plaquettes d'information aux patientes... Il s'agit de créer une consultation de tabacologie au sein du pôle femme – enfant animée par l'IDE de l'UTEP et une sage-femme. Pour cela une sage-femme projetée de passer un DU de tabacologie. • Allaitement maternel Afin d'homogénéiser le discours concernant l'allaitement maternel il est nécessaire de former les professionnels, et de sensibiliser les futurs professionnels de santé (interventions dans les écoles de formation) et les patientes (campagne d'information). Un relais entre l'hôpital et les sages-femmes libérales ou la PMI est à créer pour assurer une continuité du suivi de la patiente et du nouveau-né. • Augmentation du panel de techniques de bien être et d'antalgie Il s'agit de former l'équipe de sages-femmes à l'acupuncture, la sophrologie et la piscine et d'actualiser les connaissances de chacun des professionnels. L'objectif est de pouvoir proposer des consultations d'acupuncture.
Forces / opportunités	. Présence d'une psychologue au sein du pôle femme-enfant . Proximité géographique du CHS pour les prises en charge de patientes en souffrance psychologique . Existence de consultations d'allaitement, présence de partenaires extérieurs sur le bassin dolois . Présence de la salle physiologique . Dynamisme de l'équipe médicale et de sages-femmes

Faiblesses / menaces	. Pluralité de professionnels spécialisés dans la prise en charge des personnes en souffrance psychologique ou addictives → apprendre à travailler ensemble.
Indicateurs d'évaluation	. Nombre de patientes en souffrance psychologique ou addictive PEC . Nombre d'allaitements maternels pendant le séjour . Nombre de femmes ayant bénéficié d'une préparation en anténatal relatives aux techniques de bien être et d'antalgie.
Calendrier	. 1 ^{er} trimestre 2014 : Diffusion de la plaquette . 2015 : création de la consultation de tabacologie en lien avec l'UTEP . 2015 – 2016 : projet de service : ensemble de l'équipe de sages-femmes formé à l'acupuncture.
Orientations structurantes	■ 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 : efficience de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités

1.9. Filière Réanimation, soins intensifs, surveillance continue

	Fiche projet Filière SROS : Réanimation – soins intensifs – surveillance continue Pôle : BARC - MPR Service : Surveillance continue
Intitulé du projet	Développer la prise en charge des patients en unité de surveillance continue pour améliorer la qualité des soins requis par les patients lourds
Diagnostic et enjeux	. Assurer et disposer d'une offre de santé de qualité et impulser les réorganisations nécessaires dans le cadre d'un budget solidaire et maîtrisé. . Améliorer l'accès aux soins en contribuant à développer l'unité de surveillance continue sur le territoire pour offrir une prise en charge adaptée. . Améliorer l'efficacité du fonctionnement de l'unité. . Valoriser financièrement les prises en charge en surveillance continue. . Améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge. . Mettre en place l'informatisation de la prise en charge et du suivi des patients avec le DPI.
Objectifs	. 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
Description générale du projet	. Communication au sein de l'établissement sur les critères médicaux d'admission des patients en unité de surveillance continue . Communication à l'extérieur de l'établissement sur l'activité de surveillance continue dans le cadre des relations ville hôpital . Identification depuis le service d'accueil des urgences et de l'UHTCD, des patients relevant d'une prise en charge en surveillance continue . Orientation des patients présentant des critères de surveillance continue vers cette unité . Recrutement de patients dans les unités de soins . Collaboration à développer avec les autres unités de l'établissement . Développement de la coopération avec les services de réanimation et de surveillance continue de la région ou hors région (CHU Dijon) . Formation des médecins ou d'un médecin référent au codage des actes . Travail en collaboration avec le DIM pour la valorisation des séjours . Information des praticiens hospitaliers sur les bénéfices apportés quant aux prises en charge assurées en surveillance continue . Mise en place du dossier informatique et formation des agents à son utilisation

Forces / opportunités	. Compétences spécifiques du personnel médical et paramédical dans l'unité actuelle mixte de réanimation et de surveillance continue . Potentiel identifié de patients relevant de la surveillance continue mais actuellement pris en charge dans les unités de soins . Matériel spécifique permettant la prise en charge spécifique en unité de surveillance continue déjà existant
Faiblesses / menaces	. Equipe médicale à effectif faible (appel à des médecins remplaçants) . Difficulté de recrutement médical
Indicateurs d'évaluation	. Indicateurs de suivi de l'activité (nombre de patients pris en charge, IGS II, pourcentage de patients bénéficiant d'une ventilation non invasive...) . Données PMSI (valorisation financière des séjours, DMS, taux d'occupation) . Taux de ré hospitalisation à diagnostic équivalent à J30 des patients pris en charge en surveillance continue
Calendrier	1 ^{er} semestre 2014
Orientations structurantes	■ 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 : efficience de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités

1.10. Filière Soins palliatifs

	Fiche projet Filière SROS : Soins palliatifs-Prise en charge des personnes âgées en EHPAD Pôle : Médecine, gériatrie Service : toutes les US et unités d'hébergement de l'établissement
---	--

Intitulé du projet	Améliorer la prise en charge palliative et l'accompagnement au sein du pôle médecine et, plus largement, au sein de l'établissement
----------------------------------	---

Diagnostic et enjeux	Dans le droit fil des orientations stratégiques du SROS-PRS de Franche-Comté, établi pour la période 2012-2016, le centre hospitalier Louis Pasteur envisage de s'engager dans un processus d'amélioration de la qualité de la prise en charge palliative au sein des différentes unités de soins. <i>"Les soins palliatifs renvoient à une démarche plutôt qu'à un modèle d'une structure de soins qui correspond à une conception humaniste et pluridisciplinaire de la médecine. L'accent doit être mis sur la traçabilité des actions, la coordination des acteurs (soins palliatifs et soins de support), l'appropriation de la démarche palliative par les soignants, le respect des recommandations tant médicales qu'éthiques..."</i> L'évaluation au quotidien montre aujourd'hui que la culture palliative n'est pas encore véritablement intégrée à l'échelon institutionnel, dans le secteur sanitaire comme dans le secteur médico-social (EHPAD-USLD). Plus spécifiquement : ✓ L'identification et la prise en compte des besoins psycho-sociaux sont susceptibles d'amélioration ; ✓ La formalisation de projets de prise en charge des patients et de leurs proches reste encore à développer ; ✓ Le personnel soignant non médical verbalise des difficultés pour expliquer et proposer le recueil de la personne de confiance et, plus encore, celui des directives anticipées ; ✓ On note une difficulté dans certaines disciplines à se détacher de l'aspect curatif des soins alors que la situation nécessiterait une prise en charge palliative. Un des enjeux majeurs de ce projet sera de passer d'une obstination déraisonnable à une prise en charge palliative adaptée ; ✓ Les procédures collégiales de discussion de cas de malades sont à conforter ; ✓ Les actions sont effectivement mises en œuvre mais leur traçabilité demande à être concrétisée ; ✓ La corrélation entre le codage GHS soins palliatifs et la prise en charge proposée est à affiner. Sur l'ensemble de l'établissement, on dénombre 3 lits identifiés soins palliatifs (LISP) : 2 en médecine polyvalente, 1 en SSR gériatrique. Une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) intervient sur l'ensemble des services de soins et d'hébergement médico-social de l'établissement. Cette appréciation est renforcée par les résultats de l'EPP soins palliatifs, réalisée en août 2013 à partir de 30 dossiers patients issus des services de médecine, du court-séjour gériatrique et du SSR gériatrique, sur les 6 premiers mois de l'année 2013. En écho aux orientations du PRS 2012-2016, dans ses volets SROS et
------------------------------------	--

	SROMS, le travail en réseau doit être renforcé dans une visée d'adaptation à l'évolution des besoins et de l'offre dans les différents territoires de proximité.
Objectifs	. 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 et la pratique médicale éthique
Description générale du projet	Pour permettre une appropriation de la démarche palliative par les soignants médicaux et non médicaux dès le début de la maladie grave potentiellement létale, il est prévu de mettre l'accent sur : ○ La mise en place d'une organisation interne au service avec : ✓ la désignation de référent(s) soins palliatifs dans chaque service de soins et/ou d'hébergement (médecin, cadre de santé, IDE) ✓ l'organisation de sessions de formation de sensibilisation en soins palliatifs dispensée par l'EMSP ✓ la formalisation d'un volet soins palliatifs intégré au projet du service ✓ l'organisation d'un soutien des soignants (groupe de parole, réunion de discussion et d'analyse des pratiques) ✓ l'organisation de temps de réflexion en équipe pluridisciplinaire (médecin, IDE, aide-soignante, diététicienne, masseur-kinésithérapeute, assistante sociale...) autour de cas de malades, en vue de l'élaboration d'un projet de vie personnalisé (PPS) ✓ le recours à l'EMSP face à une situation palliative difficile, voire complexe (demande d'euthanasie, limitation ou arrêt des thérapeutiques actives, problème de traitement, difficulté avec la famille...) ✓ l'organisation d'un débriefing avec l'EMSP au décours d'une prise en charge complexe ✓ l'intervention de bénévoles formés à l'accompagnement ○ la clarification des attentes des praticiens vis à vis des membres d'une EMSP, médecin, IDE, psychologue, au regard de leurs missions spécifiques ○ une réflexion sur l'accueil et l'accompagnement des familles ○ la consolidation des liens de partenariat avec le réseau ARESPA La mise en application des dispositions de la loi Léonetti va supposer : ○ Le renouvellement des séances de débat-échanges au sein des unités de soins autour de la loi Léonetti ○ L'aide à l'expression des directives anticipées et à la désignation d'une personne de confiance. Pour cela, il convient d'inscrire, au plan de formation de l'établissement, la formation aux droits des patients qui sera réalisée au sein même du service de soins ○ La mise en œuvre des soins, dont la poursuite est considérée essentielle pour préserver la dignité du patient. ○ organisation de soins de support : psychologue, soins de confort, lutte contre la douleur, assistante sociale, diététicien(ienne), masseur-kinésithérapeute,... ○ La mise en place de formations à l'utilisation de la PCA Pour favoriser la réflexion autour de l'éthique, il est prévu de : ○ Organiser des analyses de dossiers ou RMM avec le comité

	local d'éthique ○ Inciter les professionnels à participer aux sessions de formation dispensées par l'EEBFC ○ Organiser des séances d'analyse de cas cliniques en EHPAD.
Forces / opportunités	. Présence d'une équipe mobile de soins palliatifs (EMSCA) sur place . 3 LISP sur l'établissement (2 en médecine, 1 en SSR gériatrique) . Plusieurs praticiens titulaires d'un DU soins palliatifs . Ressource interne pour assurer les formations aux droits aux patients . Equipe qualité investie dans la sensibilisation des personnels au recueil de la personne de confiance et des directives anticipées . Comité local d'éthique au sein de l'établissement . Participation du CHLP à l'Espace Ethique de Bourgogne Franche Comté (EEBFC)
Faiblesses / menaces	. Peu de collaboration avec les professionnels libéraux . Résistance à la mise en place d'une démarche palliative . Difficulté à dégager du temps médico-soignant pour formaliser les échanges pluridisciplinaires . Difficulté à organiser le soutien des personnels dans un contexte financièrement contraint . Intervention restreinte des bénévoles formés à l'accompagnement
Indicateurs d'évaluation	. Mise en place effective d'une organisation au sein du service et formalisation d'un volet soins palliatifs intégré au projet de service . Nombre de référents soins palliatifs par service . Nombre de séjours relevant des soins palliatifs . Nombre de participants aux sessions de formation de sensibilisation aux soins palliatifs : médecins et non médecins . Traçabilité des directives anticipées . Traçabilité de la personne de confiance . Nombre de staffs pluridisciplinaires . Nombre de PPS élaborés
Calendrier	Etat des lieux des pratiques par service 2^{ème} trimestre 2014 Désignation des référents au plus tard fin du 1^{er} semestre 2014 Mise en place d'une organisation spécifique au 2^{ème} semestre 2015
Orientations structurantes	■ 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 : efficience de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités

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

	Fiche projet Filière SROS : Urgences, chirurgie, médecine Pôles : Urgences, BARC - MPR Services : Urgences, UHTCD, brancardage, services de chirurgie
---	--

Intitulé du projet	Développer la qualité de la prise en charge de la douleur
--------------------	---

Diagnostic et enjeux	La prise en charge de la douleur est devenue une priorité dans les établissements de santé. Sur le pôle BARC-MPR : - encore trop de patients ont une EVA ≥ 3 en post-opératoire immédiat ou à J1 ; - la traçabilité de la douleur doit être optimisée au regard des résultats des EPP menées Sur le pôle Urgences, la démarche engagée doit se maintenir et s'étendre au service de brancardage. Ce projet présente un enjeu qualité des soins, de la prise en charge des patients.
------------------------------------	--

Objectifs	. 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 . Prévoir systématiquement une réévaluation de la douleur et la tracer
-------------------------	---

Description générale du projet	Sur le pôle Urgences Des actions pour répondre aux objectifs pré-cités seront à mettre en œuvre et/ou à poursuivre : - Promouvoir une formation sur la prise en charge de la douleur (brancardiers). - Réactualiser de manière régulière les protocoles « douleur » spécifiques (IOA). - Assurer une traçabilité systématique de la douleur dans le dossier patient (idem pour la réévaluation de la douleur). - Réaliser des EPP relatives à la traçabilité et à la réévaluation de la douleur (à partir de 2014). - Maintenir l'EPP « prise en charge de la douleur » chez l'enfant. Sur le pôle BARC-MPR - Développer l'utilisation systématique du MEOPA pour tous les soins douloureux (en l'absence de contre-indications médicales) notamment par une sensibilisation médicale accrue - Diffuser les connaissances nécessaires au sein des unités de soins en regard de l'utilisation de toutes les techniques d'analgésie y compris non-médicamenteuses
--	---

	- Utiliser l'expertise des IADE pour accompagner leurs collègues des unités de soins dans la promotion de la prise en charge de la douleur - Pérenniser le groupe « prise en charge de la douleur » au sein du pôle avec un travail de partenariat formalisé et soutenu avec l'unité de prise en charge de la douleur et la CLUD (commission de lutte contre la douleur)
Forces / opportunités	. Axe prioritaire de l'établissement : action transversale inter-pôles. . Personnes ressources au sein de l'établissement : cadre qualité et unité douleur, IADE, anesthésistes, rééducateurs (prise en charge non médicamenteuses) . Amélioration de la prise en charge des patients : diminution de l'insatisfaction relative à la non-prise en charge de la douleur. . Traçabilité de la douleur suivie mensuellement . Matériel disponible.
Faiblesses / menaces	. Le pôle BARC – MPR sera éclaté sur 2 sites dans le cadre du rapprochement entre le CHLP et la Polyclinique du Parc ce qui engendrera des difficultés en matière de mutualisation des compétences, actions de formation, de maintien d'une culture commune et partagée
Indicateurs d'évaluation	. Traçabilité et réévaluation de la douleur (cible 100%) : EPP, tenue du DPI . Résultats de l'enquête de satisfaction patients debout (item douleur, pôle Urgences), questionnaires de sortie . Appel à J1 en chirurgie ambulatoire. . Nombre de personnels formés à la prise en charge de la douleur. . Suivi du nombre de réclamations relatives à la prise en charge de la douleur (diminution)
Calendrier	Calendrier de déploiement : à partir de 2014
Orientations structurantes	■ 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 : efficience de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités



Fiche projet
Pôle : BARC - MPR
Services : Services du pôle BARC – MPR

Intitulé du projet	Poursuivre la formalisation annuelle d'un programme de gestion des risques au sein du pôle BARC - MPR
Diagnostic et enjeux	Sortir de la culture de la faute pour entrer définitivement dans la culture de gestion du risque
Objectifs	Sécuriser la prise en charge des patients grâce à une analyse réflexive des pratiques dans tous les secteurs du pôle
Description générale du projet	Détecter les risques prévalents pour éviter les complications, les accidents, les dysfonctionnements grâce à l'analyse des pratiques qui repose sur : • la systématisation des RMM trimestrielles dans tous les services • la formalisation de la cartographie des risques et le repérage d'évènements sentinelles dans toutes les unités • la formalisation de processus de prise en charge et de chemins cliniques • la création ou la réactualisation de protocoles en tant que de besoin
Forces / opportunités	. Démarche d'EPP engagée et ancienne dans l'établissement . Programme de gestion des risques en place dans le pôle BARC-MPR . Culture du risque ancrée dans ce pôle (car il est constitué d'unités considérées à risques : bloc opératoire, anesthésie, chirurgie orthopédique)
Faiblesses / menaces	Sensibilisation et implication du corps médical non homogène selon les unités
Indicateurs d'évaluation	. Nombre d'EPP/ an . Résultats des différentes EPP . Nombre de RMM réalisées /an . Nombre d'évènements indésirables déclarés/an
Calendrier	A partir du 1 ^{er} semestre 2014
Orientations structurantes	■ 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 : efficience de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités
--	---



Fiche projet
Pôle : BARC - MPR
Services : Services du pôle BARC - MPR

Intitulé du projet

Informatiser le dossier patient dans tous les secteurs du pôle BARC-MPR et mise en conformité pour les secteurs l'utilisant déjà

Diagnostic et enjeux

Le pôle BARC-MPR, de par les unités qui le composent, (bloc, anesthésie, chirurgie orthopédique, soins continus) est un secteur dit « à risques ».

Or, le déploiement du dossier patient informatisé souffre d'un réel manque d'homogénéité : pas d'informatisation au bloc opératoire, en anesthésie, en réanimation.

Aussi, la sécurisation de la prise en charge des patients, passe par l'informatisation de tous les services. En effet, l'alternance de l'utilisation du dossier informatisé et du dossier papier selon les étapes de la prise en charge majeure le risque de rupture de prise en charge et d'erreurs de prise en charge

Par ailleurs, pour les secteurs déployés, les différentes EPP sur la tenue du dossier patient mettent en évidence une médiocrité quant à sa tenue par les équipes médicales et une absence d'harmonisation des pratiques paramédicales rendant difficiles l'accès aux différentes informations.

Objectifs

- . Poursuivre l'informatisation dans tous les secteurs : bloc opératoire, anesthésie, soins continus, consultations d'ophtalmologie.
- . Impliquer les praticiens du pôle dans une démarche d'amélioration de la qualité de la tenue du dossier patient

Description générale du projet

- . Terminer l'informatisation du bloc opératoire en informatisant la surveillance per-opératoire des patients
- . Informatisation de l'USC
- . Informatisation de la consultation d'ophtalmologie
- . Formation de l'ensemble des médecins anesthésistes au logiciel afin de permettre d'intégrer la consultation d'anesthésie dans le dossier unique dématérialisé du CHLP et ainsi d'alimenter les différentes rubriques du dossier
- . Reprendre la formation des paramédicaux du pôle qui doit cibler une homogénéité de la tenue du DPI en regard d'un référentiel de bonnes pratiques formalisé et appliqué.

Forces / opportunités

- . Travail de prérequis déjà réalisé par un IADE et une IBODE il y a 2 ans (pour les modules Surginet et Anesthésia)
- . Dynamique engagée par l'établissement
- . Appartenance au GCS EMOSIST

Faiblesses / menaces

- . Nécessité d'investissements lourds pour informatiser le bloc opératoire
- . Manque d'intérêt de certains acteurs médicaux pour l'informatisation du dossier patient et le recueil des informations devant s'y trouver

Indicateurs d'évaluation	. Tenue du dossier d'anesthésie (IPAQSS) . EPP : Tenue du dossier patient informatisé et évaluation de la qualité du dossier médical selon les critères retenus par l'HAS
Calendrier	. 1 ^{er} semestre 2014 pour l'amélioration de la tenue du dossier patient
Orientations structurantes	■ 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 : efficience de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités



Fiche projet
Filière SROS :
Pôle : Médico-technique
Service : Equipe opérationnelle d'hygiène

Intitulé du projet

Lutter contre les infections associées aux soins

Diagnostic et enjeux

Bilan CHLP 2012 des indicateurs nationaux de lutte contre les infections associées aux soins :

Indicateur	Résultat 2012	Classe	Evolution 2011/2012
Score agrégé	87,24/100	A	↗
ICALIN2	83/100	A	→
ICSHA 2	75,7% de l'objectif	B	→
ICA-LISO	98/100	A	↗
ICATB	93,75/100	A	↗
ICA-BMR	96/100	A	↗

Objectifs

- . Faire progresser le score agrégé à 90pts /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

Description générale du projet

- ICALIN : augmentation du temps de praticien hygiéniste à 0.5ETP/400lits et inscription de la lutte contre les infections associées aux soins dans le projet médical et le projet d'établissement.
- ICSHA : sensibilisation continue des professionnels et poursuite de la mise à disposition des SHA pour les visiteurs et patients et mise en place de flacon pompe à 3ml.
- ICALISO : adapter la surveillance des ISO à la spécialité pour améliorer la surveillance et la pertinence des actions d'amélioration.

Forces / opportunités

- . Cadre hygiéniste à temps plein
- . Suivi semestriel de l'ICSHA
- . Nouvelle composition du CLIN pour un lien fort avec la CME
- . Accueil favorable de l'équipe d'hygiène dans les services (soins, techniques et médicotechniques) et reconnaissance.

Faiblesses / menaces

- . Praticien hygiéniste peu présent (0.3ETP)
- . Manque de disponibilité des professionnels sur leur temps de travail au vu de l'activité importante dans les services.

Indicateurs d'évaluation	Indicateurs nationaux : . ICALIN 2 . ICSHA 2 . ICA-LISO . ICATB . ICA-BMR
Calendrier	2014-2018
Orientations structurantes	■ 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 : efficience de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités

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 et en développant des prises en charge précoces ou en améliorant l'accueil et 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.

Optimiser le parcours du patient	Page
Inscrire le pôle BARC – MPR dans une démarche de relations ville-hôpital et développer les échanges avec les structures d'aval. Développer des prises en charge plus précoces afin de fluidifier le parcours du patient	59
Améliorer le parcours patient et l'efficacité de la prise en charge (pôle Médecine)	61
Améliorer la prise en charge des patients (adolescents) rencontrant des troubles du comportement alimentaire	67
Fluidifier le parcours patiente pour la prise en charge des IVG	69
Optimiser la prise en charge du patient cérébro-lésé médical (AVC / AIT)	71
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	77
Favoriser les entrées directes en SSR	81

2.1. Filière Chirurgie

	Fiche projet Filière SROS : Chirurgie Pôle : BARC - MPR Service : Réanimation – surveillance continue
Intitulé du projet	Inscrire le pôle BARC-MPR dans une démarche de relations ville/hôpital et développer les échanges avec les structures d'aval ; Développer des prises en charges d'aval afin de fluidifier le parcours du patient.
Diagnostic et enjeux	Actuellement, une partie des chirurgiens souffre d'un manque de reconnaissance de la part des professionnels médicaux et paramédicaux de ville. Il est nécessaire de faire connaître auprès de ces professionnels, les praticiens des différentes spécialités afin de développer l'activité chirurgicale. Cette relation est également utile au développement de la chirurgie ambulatoire. Les actions engagées à cet égard, permettront de créer un climat de confiance entre le secteur de ville et l'hôpital afin de favoriser la sortie dans des conditions optimales de prise en charge. En effet, les suites opératoires sont parfois mal comprises des partenaires extra-hospitaliers qui redoutent l'accueil des patients post-chirurgicaux, soit du fait de la technicité des soins à poursuivre, soit du fait de leur niveau de dépendance. Les services de chirurgie réaffirment le souhait de développer des échanges réguliers afin de les informer du suivi de leurs patients. Cette réflexion intervient dans une période de baisse de l'activité chirurgicale et de cessation de l'activité d'urologie. Pour les secrétariats médicaux, de nouvelles organisations doivent se décliner pour permettre la mutualisation des effectifs au sein du pôle ayant en filigrane l'efficacité qui devrait permettre l'amélioration du délai d'envoi des comptes-rendus d'hospitalisation.
Objectifs	. 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 hospitalier aussi court que possible grâce à une collaboration construite avec le secteur extra-hospitalier . Abaisser les DMS . 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
Description générale du projet	Organisation de rencontres avec les médecins généralistes du bassin dolois lors de séminaires médicaux Organiser des rencontres entre les soignants de chirurgie et les paramédicaux des structures d'aval et du secteur libéral ; formalisation de protocoles de prises en charges post-opératoires, de transfert de compétences Décliner une organisation permettant d'obtenir des comptes-rendus

	d'hospitalisation au plus tard le lendemain de la sortie du patient, corollaire à la continuité qualitative des soins Développer l'éducation thérapeutique en secteur de chirurgie et MPR afin d'autonomiser plus précocement le patient dans sa prise en charge Créer une salle de rééducation en traumatologie afin de pouvoir organiser des séances de rééducation collectives permettant d'intensifier les séances pour une réhabilitation plus précoce Elargir l'offre de soins en hôpital de jour MPR Accueillir précocement les patients cérébro-lésés en MPR avec recrutement d'un neuro-psychologue (décret avril 2008) Identifier des lits d'hébergement temporaire ou de repli au sein des unités de SSR spécialisés Développer les liens avec l'HAD et développer une HAD-MPR
Forces / opportunités	. Anticipation de la sortie dès l'entrée, voire dès la consultation pré-opératoire effective dans le pôle BARC-MPR . Démarche d'amélioration des relations entre la ville et l'hôpital amorcée au CHLP avec le soutien de l'ARS . Rencontres médicales formalisées grâce à la Fédération Régionale de Formation Continue en Franche-Comté . Ambition forte du pôle BARC-MPR dans la mutualisation inter-professionnelle des compétences (mutualisation des compétences paramédicales déjà engagée en interne) . Excellente collaboration des unités de chirurgie avec le plateau technique de rééducation . Logiciel « Trajectoire » . Locaux disponibles au sein du CHLP pour organiser des rencontres avec les professionnels extérieurs . Lignes téléphoniques dédiées aux professionnels libéraux
Faiblesses / menaces	. Difficultés pour les professionnels libéraux de dégager du temps pour des rencontres
Indicateurs d'évaluation	. DMS . Transmissions médicales et paramédicales à la sortie du patient . Satisfaction des professionnels de ville . Taux de ré-hospitalisation à 30 jours . Conclusions de l'observatoire des flux des patients . Délai d'envoi des courriers et comptes rendus d'hospitalisation
Calendrier	Premières actions premier semestre 2014
Orientations structurantes	☐ 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 : efficience de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités

2.2. Filière Médecine

	Fiche projet Filière SROS : Médecine Pôle : Médecine Services : structures internes constitutives du pôle.
---	---

Intitulé du projet	Améliorer le parcours patient et l'efficacité de la prise en charge
---------------------------	--

Diagnostic et enjeux

Ce projet prend appui sur les orientations que le projet régional de santé 2012-2016, dans la plupart de ses volets SROS invite à privilégier, à savoir :

⇒ Assurer une offre de santé de qualité et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé.

⇒ Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention.

Par ailleurs, la médecine de parcours figure au premier rang des priorités nationales, mentionnées dans la stratégie nationale de santé, présentée fin septembre 2013 par la ministre des Affaires sociales et de la Santé. La promotion de la médecine de parcours invite les établissements de santé à s'ouvrir vers leurs partenaires en jouant pleinement un rôle au sein de filières coordonnées de soins.

C'est toute l'ambition de ce projet qui vise à :

- 1) Renforcer la coordination intra-hospitalière et avec les professionnels libéraux
- 2) Fluidifier les parcours des patients âgés et/ou malades chroniques, hospitalisés en service de médecine et, plus largement, au sein de l'hôpital
- 3) Diminuer la durée moyenne des séjours, en organisant la sortie du patient en amont de sa prise en charge
- 4) Optimiser l'occupation des lits dans chacune des unités de soins du pôle

Le diagnostic stratégique du CHLP, posé en fin d'année 2012, met en évidence une sous-occupation des lits de court-séjour et une moindre performance en matière de durée moyenne de séjour, 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.

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)
Cardiologie (dont soins intensifs)	27	83%	0,98	8 174	24
Hémodialyse	11				
Médecine diabéto-endocrinologie HC	23	90%	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	136	92%	0,87	43 370	126

(* consultations externes dédiées aux pansements de plaies de pied diabétiques sur 5 ½ journées)

En amont de la prise en charge :

La médecine de parcours intègre le médecin traitant dans le dispositif d'amont du parcours patient. En effet, une méconnaissance de l'offre hospitalière proposée induit un adressage aléatoire avec un risque de perte de la clientèle et une occupation non optimisée.

L'interaction entre les professionnels de santé et les praticiens hospitaliers permettra d'augmenter l'adressage vers le CHLP et donc un accroissement des consultations auprès des praticiens.

Le recrutement des patients se fait principalement par la voie de la consultation.

C'est dans cet esprit qu'a été conduit le chantier "Relations avec les professionnels libéraux", lancé à l'initiative de l'ARS, en avril 2012.

La réorganisation des secrétariats médicaux et la mise en place d'une ligne téléphonique dédiée ont permis d'améliorer l'accessibilité et la joignabilité des praticiens hospitaliers par leurs confrères libéraux.

Par ailleurs, la formalisation de modèles de documents et l'optimisation du processus de rédaction des courriers de sortie, avec l'automatisation de courriers à partir des informations contenues dans le dossier patient informatisé, ont permis de réduire les délais d'envoi des courriers de sortie et autres comptes-rendus d'hospitalisation, indispensables pour assurer la continuité de la prise en charge.

Une enquête adressée à quelques 262 professionnels de santé du bassin dolois a mis en évidence un niveau de connaissance assez moyen de l'offre hospitalière du centre hospitalier de Dole. Une plaquette de présentation de l'hôpital, assortie d'un annuaire des praticiens et la communication des « chiffres clés » du CHLP leur a été adressée en retour. La mise à jour régulière du site Internet de l'établissement avec un fil d'actualité plus visible et la transmission d'une lettre d'information à échéance régulière devrait permettre d'améliorer les relations avec les professionnels de ville.

Néanmoins, les outils de communication ne peuvent se substituer aux relations interpersonnelles. Le contact physique avec les partenaires doit être privilégié.

L'hospitalisation

Problématique centrale souvent négligée dans un contexte de vieillissement démographique pourtant déterminant, la gestion du parcours interne des personnes âgées hospitalisées doit être repensée. La mise en place d'une équipe mobile d'évaluation gériatrique (EMSG) se présente comme une des pistes à exploiter (*cf. fiche projet « 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 »*).

Le délai d'attente pour une consultation mémoire pourrait, par ce biais, être réduit en amont et permettrait le dépistage plus précoce de la pathologie cognitive.

La prise en charge ambulatoire peut s'étendre à bon nombre de pathologies chroniques, sous réserve de locaux dédiés à cette activité (*cf. fiche projet « Développer la prise en charge ambulatoire en médecine »*). Comme le préconise le projet régional de santé 2012-2016, dans son volet SROS "médecine" et le reprend la stratégie nationale de santé, *"l'hôpital doit prendre rapidement le tournant de l'ambulatoire."*

Le recensement d'activités relevant d'une prise en charge en ambulatoire ou en hospitalisation de jour, permettrait éventuellement de réduire des prises en charge faites en hospitalisation complète.

De même, la réorganisation et la coordination de plages d'horaires pour les divers examens et consultations demandés auprès des services prestataires faciliteraient des prises en charge plus courtes.

Enfin, la présence de plaies (telles que les plaies de patients diabétiques, les plaies traitées par pression négative, les pathologies vasculaires) limite les possibilités de transfert en SSR polyvalent. La mise à disposition d'infirmières dédiées aux pansements, avec élargissement de leurs plages d'intervention (3 demi-journées actuellement) peut s'envisager comme un moyen de réduire le temps de d'hospitalisation dite "active".

En aval de la prise en charge :

Les services de soins sont confrontés à des difficultés de placement en aval, ce qui allonge notablement la durée moyenne de séjour (DMS).

Environ 30% des patients hospitalisés en SSR, sont en attente de placement vers des

	structures d'EHPAD. L'attente de placement en EHPAD est de l'ordre de 4 à 6 mois. La mise en place de l'outil Trajectoire, structure également une démarche porteuse d'efficience du parcours patient. Pour rappel, Trajectoire est un outil informatique d'aide à l'orientation et au transfert des patients requérant des soins de Suite et Réadaptation (SSR) et de l'Hospitalisation à Domicile (HAD) via internet sécurisé. Trajectoire permet pour chaque patient : ○ De connaître la ou les structures capables de prendre en charge son projet de rééducation, réadaptation et réinsertion ; ○ De prendre en compte ses spécificités personnelles ou son environnement ; ○ D'être assuré que la ou les structures identifiées possèdent les compétences requises ; ○ D'identifier la structure la plus proche de son domicile ou de celui de sa famille. Grâce à son logiciel de demande d'admission en SSR via Internet sécurisé : ○ Le médecin ou le chirurgien peut prescrire une prise en charge en SSR bien documentée et l'adresser instantanément, et en toute confidentialité, au médecin responsable des admissions de la ou des structures SSR identifiées dans l'annuaire ; ○ Les professionnels du SSR finalement choisis, peuvent ensuite, via le dossier de transfert commun et partagé avec le service de soins aigus, organiser l'accueil du patient dans les meilleures conditions. Le développement de partenariats, formalisés au moyen de conventions pour les placements, notamment en EHPAD, doit être accentué et les relations existantes avec d'autres partenaires renforcées (exemple : HAD, service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)). A ce titre une commission SSR a été mise en place 1 fois par semaine depuis fin septembre 2013. Ce dispositif pourrait être étendu à des commissions de placement ou de retour à domicile et inclure des partenaires extérieurs tels que les établissements de santé de proximité, le médecin traitant, le cadre et le médecin du service « adresseur », une assistante sociale.
Objectifs	. Renforcer la coordination intra-hospitalière et avec les professionnels libéraux : ○ Développer le lien avec la ville (sortie d'hospitalisation, suivi en consultation, suivi du travail éducatif, formations ville-hôpital) ○ Développer le lien avec les établissements de santé du territoire et les autres structures (HAD) . Faciliter le transfert vers le domicile, à défaut vers d'autres structures sanitaires et sociales et/ou médico-sociales (SSR, EHPAD, USLD, Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM), ARESPA ...) . Organiser la prise en charge hospitalière en lien avec l'amont et avec l'aval (en incluant les hospitalisations non programmées et l'accueil des personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap). . Améliorer la qualité de la prise en charge des patients hospitalisés
Description générale du projet	Renforcer la coordination intra-hospitalière et avec les professionnels libéraux ○ Développer le lien avec la ville (sortie d'hospitalisation, suivi en consultation, suivi du travail éducatif, formations ville-hôpital) ; ○ Développer le lien avec les établissements de santé du territoire et les autres structures (HAD) ; ○ Développer la ligne téléphonique dédiée ; ○ Développer l'accueil téléphonique automatisé type serveur vocal afin d'orienter le patient dès son premier appel ; ○ Organiser les secrétariats médicaux ; ○ Développer les consultations avancées dans les hôpitaux périphériques, en vue de faciliter le recrutement de patients ; ○ Renforcer le travail en réseau.

	Faciliter le transfert vers le domicile, à défaut vers d'autres structures sanitaires et sociales et/ou médico-sociales (SSR, EHPAD, USLD, MAS, FAM, ARESPA...) ○ Etendre le dispositif de la commission d'admission en SSR, pour le placement en EHPAD ou pour le retour à domicile ○ Aménager des lits de SSR pour les patients souffrant de plaies chroniques ○ Déployer le logiciel Trajectoire Organiser la prise en charge hospitalière en lien avec l'amont et avec l'aval (en incluant les hospitalisations non programmées et l'accueil des personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap) ○ Faire une évaluation médico-sociale sur une prise en charge d'un patient que l'on pressent difficile dans les 48 à 72h, avec un accompagnement par le cadre et l'un des médecins du service, du patient et de sa famille, en vue de l'organisation de la sortie dans de meilleures conditions. ○ Mettre en place une EMSG pour dépister le plus précocement les troubles cognitifs, rendre plus accessible et plus rapide l'évaluation neuro-gériatrique ○ Accentuer le temps social avec un impératif de recrutement avec 3 ETP d'assistante sociale (actuellement 1,8 ETP d'assistante sociale + 0,5 ETP dédié à la PASS) Améliorer la qualité de la prise en charge des patients hospitalisés ○ Dégager du temps médical en déléguant certaines consultations infirmières pour permettre une augmentation du nombre de consultations et une réduction des délais de prise en charge des patients, sous réserve d'avoir des infirmières formées à la pathologie. ○ Dégager un temps médical pour les consultations spécialisées inter-service (comme la cardiologie). Néanmoins, cette activité demande une réorganisation au niveau du service de brancardage. ○ Mettre en place des plages de « joignabilité » des praticiens par le médecin traitant en fonction de la spécialité, et ce en vue de mieux orienter le patient en matière d'urgences, de traitement et de bilans à mettre en place. ○ Augmenter le nombre de plages de consultations
Forces / opportunités	<u>. Améliorer la prise en charge des patients</u> Volonté des équipes de soins d'améliorer la prise en charge des patients Travaux déjà engagés par le chantier ville-hôpital et actions correctives déjà menées Mise en place d'une commission d'admission en SSR Partenariats déjà existants avec les établissements de santé environnants, notamment par le biais de l'EMSCA et les structures autres (HAD) Actions attractives mises en place au sein du CHLP (UTEP, Clinique des Anti-Coagulants, tabacologie) <u>. Améliorer les relations ville/hôpital</u> Joignabilité des praticiens hospitaliers par les médecins libéraux Délai d'envoi des comptes-rendus d'hospitalisation au médecin traitant <u>. Mettre en œuvre une équipe mobile d'évaluation gériatrique</u> Compétences médicales spécialisées en gériatrie Meilleure gestion du parcours interne des personnes âgées hospitalisées

Faiblesses / menaces	<u>. Améliorer les relations ville/hôpital</u> Communication de l'offre de soins dispensée au sein du CHLP <u>. Diminuer la durée moyenne des séjours en organisant la sortie du patient en amont de sa prise en charge) :</u> Disponibilité des assistantes sociales Saturation de l'HAD Saturation des EHPAD environnants Refus des familles quant à la prise en charge à domicile
Indicateurs d'évaluation	. DMS . Taux d'occupation des lits . Délai de transfert en SSR, en EHPAD, en USLD . Questionnaire de satisfaction des patients . Amélioration des résultats de l'enquête auprès des professionnels de santé de ville . Joignabilité des praticiens hospitaliers par les médecins libéraux . Délai d'envoi des comptes rendus d'hospitalisation au médecin traitant
Calendrier	Fin 1 ^{er} semestre 2014
Orientations structurantes	☐ 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 : efficience de la prise en charge utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités



Fiche projet
Filière SROS : Médecine
Pôle : Femme - Enfant
Services : pédiatrie, maison des adolescents, UF psychopathologie des adolescents

Intitulé du projet

Améliorer la prise en charge des patients rencontrant des troubles du comportement alimentaire (TCA)

Diagnostic et enjeux

Public concerné : enfants et adolescents de 11 à 18 ans.

Le service de pédiatrie du CHLP a développé des compétences dans la prise en charge de patients souffrant de TCA, lesquels sont suivis en hospitalisation et en consultation.

Nombre de patients et séjours pour « trouble de l'anorexie mentale »	2011	2012	1 ^{er} semestre 2013
Nombre de patients	3	3	1
Nombre de séjours	4	5	3
Durée Moyenne Séjour	36,5 jours	55 jours	6 jours

La prise en charge de ces patients nécessite souvent une hospitalisation couplée à un éloignement géographique. Aussi les filières d'adressage sont les autres hôpitaux de la région Franche Comté dont le CHRU.

L'hospitalisation nécessite une préparation, gage d'une meilleure prise en charge.

La sortie d'hospitalisation induit une perte de repère pour le patient car souvent la consultation de suivi intervient plus d'un mois après.

Il apparaît dès lors nécessaire d'améliorer la prise en charge précoce et le suivi post-hospitalisation des enfants et des adolescents souffrant de troubles du comportement alimentaire.

Objectifs

- . Améliorer l'accès à une consultation médico-psychologique pour les patients atteints de troubles du comportement alimentaire
- . Améliorer le parcours patient

Description générale du projet

• Développer un accueil de jour

Il peut s'envisager en aval de l'hospitalisation complète afin de préparer l'adolescent à son hospitalisation ou dans le cadre d'un suivi psychiatrique et médical. Si l'état de l'adolescent s'aggrave, il peut être envisagé une hospitalisation complète.

L'accueil de jour regrouperait des consultations médicales pluri professionnelles (pédiatre, pédopsychiatre), de psychologue et infirmière, ainsi qu'un bilan sanguin et un électrocardiogramme.

La journée comprendrait également une consultation avec les parents.

	Post-hospitalisation, un autre accueil de jour peut être programmé, afin de maintenir un lien avec le service. Ce projet suppose que certaines IDE du service se forment aux troubles du comportement alimentaire. • Projet SNAQC Se Nourrir des Autres pour grandir : Quel Cirque ! Les patients souffrant de troubles du comportement alimentaire peuvent ensuite être orientés vers la maison des adolescents (MDA) dans le cadre du projet SNAQC. Il s'agit de proposer pendant trois mois un suivi avec plusieurs rencontres (7 séances) en alternant des activités (expression corporelle, cuisine, cirque...) et groupes de parole puis une supervision, ainsi que des rencontres avec les parents. Les partenaires extérieurs et notamment les hôpitaux du Jura peuvent adresser des patients dans le cadre de ce projet. Ce projet nécessite l'ouverture d'un stage d'interne en pédopsychiatrie (MDA au CHLP) pour assurer la pédopsychiatrie de liaison.
Forces / opportunités	. unité de lieu entre le service de pédiatrie et l'unité de pédopsychiatrie du CHLP . expérience acquise et reconnue par les partenaires de la région dans la prise en charge des TCA.
Faiblesses / menaces	. Connaissance professionnelles des IDE sur les TCA à approfondir . Pas d'interne de pédopsychiatrie de liaison
Indicateurs d'évaluation	. Nombre de patients souffrant de TCA en hospitalisation de jour . Nombre de groupes formés à la MDA
Calendrier	2 nd semestre 2014
Orientations structurantes	☐ 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 : efficience de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités

2.3. Filière Périnatalité, néonatalogie, réanimation néonatale



Fiche projet

Filière SROS : Périnatalité, néonatalogie, réanimation néonatale

Pôle : Femme – Enfant

Service : Gynécologie – Obstétrique

Intitulé du projet

Fluidifier le parcours patient pour les Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG)

Diagnostic et enjeux

- **Organisation actuelle**

Plusieurs acteurs interviennent dans la prise en charge des IVG entre le planning familial, la médecine de ville et les médecins hospitaliers.

Lorsque le secrétariat de gynécologie – obstétrique reçoit une demande de rendez-vous pour une IVG, la patiente est orientée en ville pour l'obtention d'un certificat médical de demande d'IVG auprès d'un médecin traitant. A l'issue d'un délai de réflexion de 8 jours, elle se rend ensuite en consultation au planning familial qui organise la coordination des rendez-vous et des entretiens. La patiente prend un rendez-vous pour une échographie en ville puis se rend au centre hospitalier pour subir une IVG médicamenteuse ou chirurgicale.

Cette organisation médicale induit une pluralité d'acteurs et des délais de prise en charge pouvant être longs et induisant de ce fait davantage d'IVG chirurgicales.

Les vacances médicales pour les IVG sont assurées jusqu'au 31 décembre 2013 par un praticien. Les IVG chirurgicales sont réalisées le jeudi au bloc, alors même que le service de gynécologie est plein.

Au départ de ce praticien, une nouvelle organisation est à mettre en place au 1^{er} janvier 2014.

Le planning familial organise des permanences au CHLP et propose les consultations de conseil conjugal, organise des entretiens.

- **Données d'activités**

	2011	2012	1 ^{er} semestre 2013
IVG médicamenteuses	92	89	44
IVG chirurgicales	193	203	107

- **Données réglementaires**

Après que la patiente ait été vue en consultation, un délai de réflexion de 8 jours doit être laissé.

Les IVG médicamenteuses doivent être réalisées dans un délai de 7 semaines d'aménorrhée.

Les IVG chirurgicales doivent être réalisées dans un délai de 14 semaines d'aménorrhée.

Objectifs

. 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

Description générale du projet	La nouvelle organisation, suite au départ du praticien réalisant auparavant les IVG, consiste à revoir le circuit patiente afin d'assurer une continuité dans la prise en charge. Aussi, il est prévu que la patiente soit directement orientée au CHLP lors de sa prise de rendez-vous. Les praticiens du centre hospitalier réaliseront la consultation médicale visant à établir le certificat de demande d'IVG ainsi que l'échographie le même jour que la permanence du planning familial. A l'issue du délai de réflexion de 8 jours, la patiente reviendra au centre hospitalier pour : - une consultation anesthésique et gynécologique dans le cas d'une IVG chirurgicale - une consultation gynécologique dans le cas d'une IVG médicamenteuse. Il est prévu de changer le jour de vacation du bloc opératoire et de réaliser les IVG chirurgicales le vendredi au lieu du jeudi, afin de gérer de manière plus efficiente les capacités du service. En réduisant le nombre d'interlocuteurs, les délais de prise en charge seront diminués, l'on peut supposer ainsi que seront proposés davantage d'IVG médicamenteuses. L'une des orientations stratégiques du SROS concernant les IVG est d'ailleurs de promouvoir l'accès aux IVG médicamenteuses. Cette organisation permettra d'accroître le nombre de consultations médicales et d'échographie, actuellement réalisées en ville. Par ailleurs, cela peut être également le moyen de recruter certaines patientes situées en limite de territoire (limite du département du Doubs...) pour un suivi gynécologique ultérieur.
Forces / opportunités	. activité d'échographie et de consultation au CHLP
Faiblesses / menaces	plages de consultations d'échographie pré-réservées
Indicateurs d'évaluation	Nombre d'IVG médicamenteuses et chirurgicales
Calendrier	2014
Orientations structurantes	☐ 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 : efficience de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités

2.4. Filière prise en charge des cérébro-lésés

	Fiche projet Filière SROS : Prise en charge des patients cérébro-lésés Pôles : Médecine, urgences, BARC-MPR Services : SMU, réanimation-USC, neurologie, cardiologie, SSR, MPR.
---	--

Intitulé du projet	Optimiser la prise en charge du patient cérébro-lésé médical (AVC/AIT) au sein du CHLP NB : Cette fiche projet ne concerne pas les patients cérébro-lésés post-traumatiques (TC/TM))
---------------------------	--

Diagnostic et enjeux	Le centre hospitalier Louis Pasteur répond à plusieurs points de l'axe 1 du Plan d'actions national « accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 » : Améliorer la prévention et l'information de la population avant, pendant et après l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC). La prévention Le CHLP, et plus particulièrement le service de rhumatologie – neurologie, collabore depuis 2010 avec l'Association France AVC 39. Cette collaboration se traduit par des actions de sensibilisation auprès de la population face aux facteurs de risques principaux de l'AVC. Améliorer la prévention et l'information de la population est un axe majeur et actuellement 2 campagnes de sensibilisation ont lieu au sein du CHLP. Il paraît fondamental de favoriser et de développer des liens étroits avec différents acteurs de la prévention, comme les associations et les réseaux. Le soutien Lors de la sortie de l'hôpital, le patient et ses aidants peuvent bénéficier de l'accompagnement et du soutien de l'Association France AVC 39 au travers de temps d'échanges et d'informations. Bien que la stratégie nationale de santé tente de promouvoir l'éducation thérapeutique, elle est actuellement peu développée sur le CHLP en ce qui concerne la neurologie, sauf cas particulier des patients suivis par la Clinique des Anticoagulants. L'axe 2 du Plan d'actions national « accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 » prévoit la mise en œuvre de filières de prise en charge et le développement de systèmes d'information adaptés. Concernant le maillage des territoires (organisation de filières de prise en charge pour les accidents vasculaires cérébraux), il existe un travail sur la prise en charge des AVC via le réseau régional RUN-FC (Réseau des Urgences Neurologiques de Franche-Comté), et découlant sur une organisation spécifique. En amont, un travail sur la prise en charge précoce de l'AVC est engagé : le Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU) propose aux ambulanciers une formation sur les signes d'appel et une échelle de cotation (VITE). La sensibilisation de ces professionnels à la reconnaissance de l'AVC en pré-hospitalier permet une prise en charge précoce des patients.
-----------------------------	--

	Il n'existe pas sur le CHLP de lits dédiés à la prise en charge de l'AVC. Un arbre décisionnel basé sur la clinique, les circonstances de survenue, conduit à l'orientation ou non sur l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV) régionale (CHU) La commission du Réseau Régional des Urgences Hospitalières de Franche Comté (RRUHFC), à laquelle participent deux médecins urgentistes et un cardiologue du CHLP, a défini l'AVC comme l'un de ses trois axes de travail. Un travail sur les alertes thrombolytiques et la filière spécifique de prise en charge est actuellement mené par ce groupe de travail (Etude du 01 novembre 2013 au 01 février 2014) Concernant les systèmes de télémedecine relatifs à l'AVC : la fibrinolyse (thrombolyse) peut être effectuée au service médical d'urgence (décision sur IRM ou scanner), une salle dédiée est équipée en télémedecine. L'accès ou non à l'IRM induit des prises en charge différentes entre jour et nuit, semaine et week-end. Il n'existe pas sur le CHLP d'équipe médicale identifiée (interne de garde et astreinte de neurologues seniors) pour la prise en charge du patient thrombolysé d'où transfert et surveillance sur l'UNV de Besançon. Les patients non thrombolysés sont hospitalisés prioritairement et majoritairement dans les services de rhumatologie/neurologie et cardiologie, ou dans d'autres services de court séjour sans orientation neurologique exclusive. Malgré la présence d'une unité de médecine physique et de réadaptation polyvalente sur le CHLP, la prise en charge rééducative reste à améliorer, faute d'organisation des moyens existants. Les durées de séjour sont souvent inutilement prolongées en raison des difficultés de toute la filière d'aval, soit par obstacle au retour à domicile, soit parfois par difficulté à trouver un établissement SSR de proximité lorsqu'il est nécessaire d'y recourir. Ceci induit une augmentation de la DMS. Le CHLP est engagé dans un chantier "Relations ville-hôpital", afin d'organiser et veiller à l'amélioration de la coordination entre les professionnels hospitaliers médicaux et para médicaux, les intervenants de soins et de rééducation à domicile et le médecin traitant. L'efficacité de la prise en charge des patients cérébro-lésés dépend essentiellement de la rapidité et de la pertinence des secours, ainsi que de l'orientation du patient auprès d'établissements organisés, équipés, mobilisés pour cette prise en charge avec interventions médicales spécialisées et adaptées, dans toute la trajectoire de soins. Ce constat met en exergue la nécessité de penser de nouvelles organisations fonctionnelles, de regrouper des activités médicales en lien avec la prise en charge des patients cérébro-lésés, mais aussi d'adapter le nombre de professionnels, de veiller à la formation des personnels et à la mise en place des procédures.
Objectifs	Objectif principal . Délimiter une filière à orientation neurologique s'appuyant sur des trajectoires de soins identifiées. Objectifs secondaires . Améliorer l'efficacité de la prise en charge des patients tout au long de leur parcours de soins

	. Améliorer le recrutement des patients 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
--	---

Description générale du projet	Délimiter une filière à orientation neurologique s'appuyant sur des trajectoires de soins identifiées. - Localiser la neurologie à proximité de la cardiologie pour bénéficier des ressources de télémétrie. Le service pourra disposer de 14 lits environ de neurologie, d'un PH neurologue temps plein, d'un PH temps plein médecin à orientation neurologie, d'un assistant temps partagé avec le CHU (demande d'agrément pour un interne en neurologie à envisager). Cette organisation devra tendre vers une organisation de type UNV. - Organiser, dans le cadre de la fédération avec le CHU et de la convention interhospitalière régionale de neurologie, une mutualisation de compétences, moyens, formations.... - Optimiser les délais d'obtention des examens complémentaires nécessaires sur les différents plateaux techniques par la mise en place d'une procédure de priorisation de prise en charge (voire de recours aux plateaux extérieurs en cas de délais incompatibles avec une prise en charge optimale.) Formaliser les mesures alternatives et examens pouvant se substituer en cas de défaillance d'un matériel. - Formaliser la synergie de prise en charge de l'AVC phase aigüe cardiologie/neurologie. - Définir la filière de prise en charge en intra-hospitalier, pour les patients déjà hospitalisés au CHLP lors de leur AVC/AIT (prise en charge optimale, pas de perte de chance par rapport aux patients admis via le SMU) - Développer l'éducation thérapeutique en s'appuyant sur le guide de la HAS et en collaboration avec l'association France AVC39, élaborer des programmes : - o de formation et information sur l'AVC (faire comprendre les enjeux et les bénéfices des traitements, apprendre à reconnaître les signes d'aggravation ou de survenue d'un nouvel AVC et à prendre le réflexe de consulter rapidement.) - o d'éducation nutritionnelle - o de séances de reprise de la pratique d'une activité physique, intellectuelle et sociale régulière, et adaptées aux possibilités personnelles Améliorer le recrutement de patients à partir du service des urgences et/ou via les soins continus - S'appuyer sur l'alerte thrombolyse mise en place par le Centre 15 - Formaliser un arbre décisionnel d'orientation depuis la filière d'amont (SMUR, SMU) - Formaliser les critères d'admission d'un patient victime d'un AVC en unité de soins continus afin d'optimiser sa prise en charge - Former via le CESU au dépistage précoce des signes associés à l'AVC - Mettre en place les protocoles IOA (Infirmier(ère) Organisateur(trice) de l'Accueil) et MAO (Médecin d'Accueil et d'Orientation) de prise en charge de l'AVC, former les IDE du SMU. - Poursuivre la collaboration avec le RUN, le RRUHFC, l'ARS via la commission régionale AVC - Favoriser la rapidité d'accès à l'IRM : Etablir avec les radiologues un
---------------------------------------	---

	protocole de priorisation des patients susceptibles de présenter un AVC avec possibilité de thrombolyse - Favoriser l'accès à l'IRM H24, 7j/7. Organiser la filière de retour de tous les patients du bassin de vie, thrombolysés ou non, en collaboration avec le CHU - Écrire et discuter, dans le cadre de la Fédération, une procédure de retour du patient relevant du bassin de population: critères, délais, - Dans le cadre de la Fédération, travailler sur un formulaire de recueil et de partage des informations concernant la prise en charge amont/aval. Fluidifier le parcours patient en organisant une filière d'aval - Améliorer la traçabilité de la prise en charge et notamment du bilan de rééducation à 48 heures, détaillé dans le DPI (Voir IPAQSS) - Réaliser une cartographie concernant l'ensemble des ressources d'aval en MPR et SSR, intra et extra-hospitalier - Mettre en place des rencontres inter-établissements médicales et paramédicales afin de favoriser les échanges et cibler les potentiels d'accueil de patients. - Mettre en place sur le CHLP des commissions d'admission en MPR et SSR s'appuyant sur les critères des sociétés savantes (SOFMER notamment) - Renforcer et optimiser la prise en charge en MPR en permettant l'intervention d'un neuropsychologue et d'un orthophoniste
Forces / opportunités	. Objectifs médicaux en cohérence avec le SROS et le contenu de l'offre de soins . Fédération avec le CHU, signature d'une convention interhospitalière en neurologie avec le CHU de Besançon . Participation aux réseaux Besançon (RUN, RRUHFC,...) . Présence d'une salle dédiée au SMU équipée de télémedecine . Rapprochement de la neurologie du service de cardiologie permettant la surveillance télémétrique . Soutien du médecin neurologue par l'équipe de médecine polyvalente . Pas de réduction du nombre de lits au 3C . Déploiement du logiciel Trajectoire . Collaboration avec l'Association France AVC39
Faiblesses / menaces	. Le délai d'accès à la décision de thrombolyse est dépendant de : - Rapidité d'accès à l'imagerie (IRM/Scan) - Délai d'avis du médecin neurologue (CHLP en journée, télémedecine au CHU la nuit) . Déménagement du service de neurologie avec impact psycho-émotionnel des différentes équipes médicales et paramédicales . Projet sous-tendu par la présence d'un médecin neurologue sur le pôle médecine . Nécessaire collaboration inter-pôles afin de réduire la DMS

Indicateurs d'évaluation	. Nombre de patients admis au SMU pour suspicion d'AVC/AIT . Taux de thrombolyse des patients au SMU . Suivi du nombre patients relevant d'AVC/AIT hospitalisés sur le service de neurologie . Suivi de la DMS des patients relevant d'AVC/AIT . Suivi du nombre de patients en provenance du CHU (UNV) . Suivi des IPAQSS AVC
Calendrier	Le T0 est fonction des restructurations envisagées dans le cadre du projet relatif au développement de la prise en charge ambulatoire au sein du pôle médecine (cf. page 87), les deux projets devant se déployer concomitamment. ⇒ T0 : Organisation des ressources paramédicales et médicales ⇒ T0 +2 mois : Réalisation des travaux (câbles de télémétrie) ⇒ T + 3 mois : Déménagement
Orientations structurantes	□ 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 : efficience de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités

2.5. Filière Prise en charge des personnes âgées en EHPAD

	Fiche projet Filière SROS : Prise en charge des personnes âgées Pôles : Gériatrie, BARC-MPR, urgences, Médecine Services : Court séjour gériatrique, SSR gériatrique, SAU, médecine, chirurgie.
---	--

Intitulé du projet	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
---------------------------	--

Diagnostic et enjeux

Les orientations stratégiques définies par l'ARS de Franche-Comté sont marquées par :

- La volonté de *mettre en place dans chaque territoire de santé une filière gériatrique complète pour assurer à toute personne âgée une prise en soins globale coordonnée,*
- *Un accueil spécifique aux urgences permettant une orientation adaptée après évaluation globale et diagnostic et de l'orientation,*
- *Le développement de l'évaluation gériatrique... (aux urgences notamment) où l'absence d'avis gériatrique peut conduire à des erreurs d'orientation faute d'avoir pu conduire une évaluation globale de l'état de santé du patient et de son environnement social. De telles situations risquent d'entraîner des pertes de chance et un allongement injustifié des séjours, particulièrement péjoratif aux grands âges.... Dans tous les établissements disposant d'un service d'urgences, il apparaît primordial de formaliser l'intervention de l'équipe mobile ou d'un gériatre pour toute entrée non programmée d'une personne âgée¹.*

Le dernier PRS 2012-2016 de Franche Comté conforte les orientations antérieures avec pour priorité *d'améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part les différents niveaux de recours à la santé et aux soins et, d'autre part, les différents champs d'intervention (prévention, soins, médicosocial et social).* Une autre priorité consiste à *développer de nouvelles formes de coordination de l'offre de santé entre les professionnels autour de l'usager.* Il est également proposé d'*identifier des modalités d'amélioration pour fluidifier le parcours des patients âgés entre le court séjour et les soins de suite et de réadaptation notamment grâce à l'intervention des équipes mobiles et des soins de support et au développement d'outils permettant la facilitation des parcours².*

En Franche Comté, l'indice de vieillissement est légèrement supérieur à la moyenne nationale (part des 75 ans et +/- 20 ans) : 34,5 contre 34 en France métropolitaine. Les études réalisées notent une progression plus forte des plus de 80 ans à l'horizon 2040 (+ 7 points en Franche Comté contre 5 points en France métropolitaine)³ :

	2007	2040	Evolution
Plus de 60 ans	22 %	32 %	+ 45 %
Plus de 80 ans	3 %	10 %	+ 233 %

¹ Extraits du SROS III Franche Comté

² Source PRS 2012- 20016 FC

³ Source PRS 2012- 20016 FC /SROSM /Préambule Janvier 2012 Page 17/146

	Au service d'accueil des urgences du centre hospitalier Louis Pasteur, les patients de plus de 75 ans représentent en 2012, 16,6 % de l'accueil, soit 4442 passages suivis de 2 941 hospitalisations. Les demandes ou problématiques rencontrées par les services du CHLP concernent : - La validation de la prise en charge en court séjour gériatrique de certains patients admis au SAU, - La prise en charge des troubles psycho-comportementaux des patients âgés en MCO, - La poly-médication et la iatrogénie, la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées, - L'organisation rapide des sorties : visites avant retour à domicile et nécessité de l'intervention rapide d'une assistante sociale.
Objectifs	L'équipe mobile gériatrique intervient, à la demande, dans l'ensemble des services de l'établissement pour : . Dispenser une évaluation gérontologique 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, . Orienter ces patients 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 gérontologique...), . Evaluer le degré d'autonomie des patients, analyser et améliorer l'environnement du patient lors de visites à domicile. Le dispositif s'adresse aux patient(e)s de 75 ans et plus présentant : . Des poly-pathologies, troubles cognitifs, syndrome dépressif, dénutrition, syndrome confusionnel . Et/ou une poly-médication . Et/ou des hospitalisations répétées sur les 6 derniers mois . Et/ou une grande précarité, isolement social . Et/ou une aide, un soutien inexistant(e) ou inadapté(e)
Description générale du projet	L'équipe mobile gériatrique, adossée au pôle gériatrique intervient sur appel des services. La prise en charge médicale du patient reste sous la responsabilité du service demandeur. Dans la préparation de la sortie, l'équipe mobile intervient en collaboration avec le service et les acteurs de la filière. Cette équipe se compose de : ⇒ 0,50 ETP de médecin gériatre : évaluation gériatrique globale, diagnostics et prise en charge thérapeutique, ⇒ 0,50 ETP d'IDE : évaluation de l'état de santé général, du degré d'autonomie, des soins spécifiques, de la douleur, de l'état nutritionnel... Actions pédagogiques et de sensibilisation à la prise en charge gériatrique auprès des équipes soignantes des services demandeurs, ⇒ 0,50 ETP d'assistante sociale : point sur la situation sociale, financière, le degré d'autonomie, les actions juridiques, les modes de protection, l'environnement et l'implication des aidants... ⇒ 0,50 ETP d'ergothérapeute : évaluation du degré d'autonomie dans les

	gestes de la vie quotidienne, aide à l'installation du patient dans les services de soins... ⇒ 0,25 ETP de secrétaire : gestion administrative des dossiers, réception des demandes, prise de rendez-vous, courriers, suivi des indicateurs...
Forces / opportunités	. Apport d'une expertise gériatrique, d'un soutien et d'une aide aux équipes du SAU et des services de médecine et de chirurgie, . Equipe pluridisciplinaire permettant de répondre aux différents besoins du patient, . Inscription du projet dans le développement de la filière gériatrique (orientation PRS et SROS) . Outil de prise en charge complémentaire au dispositif existant . Amélioration des prises en charge et meilleure valorisation des actes (dénutrition, escarres, plaies, ulcères, grabatisation...). . Proximité du pôle gériatrique avec les autres services de l'établissement.
Faiblesses / menaces	. Nécessité de ressources financières supplémentaires (recrutements) pour répondre aux besoins. . L'EMG n'a pas pour mission de réaliser des entretiens de préadmission en SSR, de résoudre des problèmes d'impasse de lit d'aval ni d'organiser elle-même la sortie du patient.
Indicateurs d'évaluation	Evaluation annuelle assurée par le « quatuor de pôle ». Rédaction d'un bilan avec propositions de mesures correctives. Indicateurs annuels de suivi et de résultat : . Nombre de demandes reçues, nombre de demandes traitées, taux de réalisation, nombre d'évaluations complètes, nombre d'avis consultatifs : par service du pôle . Délais moyen de signalement à l'EMG, . Délais moyen d'intervention de l'EMG . Nombre de demandes pour avis médical, pour avis psychosocial, . Nombre de ré-hospitalisations non programmées à un mois et à deux mois de la première évaluation, . Taux de mortalité à un mois et à deux mois de la première évaluation. . Durée de séjour des patients âgés bénéficiant de l'intervention de l'EMG / durés de séjour des autres patients âgés
Calendrier	Calendrier (année N) tributaire des moyens alloués. A N+1, intervention expérimentale sur l'extérieur (EHPAD)
Orientations structurantes	■ 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 : efficience de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités

2.6. Filière Soins de suite et de réadaptation

	Fiche projet Filière SROS : Soins de suite et de réadaptation Pôle : Gériatrie Service : SSR
---	--

Intitulé du projet	Favoriser les entrées directes en SSR
---------------------------	--

Diagnostic et enjeux	La volonté du SROS de Franche-Comté est de favoriser les admissions directes du domicile au SSR sans passage par le court séjour, sous réserve d'une évaluation des besoins en amont, d'un diagnostic posé et établi. De même dans l'axe des urgences, le SROS préconise d'organiser une orientation en amont et en aval des urgences pour les patients présentant une prise en charge particulière (personnes âgées) A ce jour, quelques rares collaborations existent avec des médecins traitants et des entrées directes sont réalisées en SSR (8 hospitalisations directes sur les 10 premiers mois de l'année).
-----------------------------	---

Objectifs	. Eviter le passage aux urgences de certaines personnes âgées fragiles . Faire connaître aux médecins traitants l'activité du SSR . Faciliter le parcours de soins des personnes âgées et/ou favoriser le maintien ou le retour à domicile
------------------	--

Description générale du projet	Etablir une plaquette avec le descriptif des activités SSR et des critères d'admissions. Développer le lien avec les médecins traitants : envoi de plaquettes, ouverture d'une ligne téléphonique directe avec les médecins du SSR, organisation de rencontres régulières, portes ouvertes au sein du pôle gériatrique. Les patients pourront entrer directement en SSR exclusivement après contact téléphonique entre le médecin traitant et le médecin du SSR, pour les prises en charge suivantes : - Désadaptation - Hébergement de répit - Accompagnement en fin de vie, prise en charge palliative - Troubles psycho comportementaux et hébergement de répit en ce qui concerne l'unité cognitivo- comportementale (UCC) - Certains pansements chroniques - Dénutrition sévère - Rapprochement géographique des patients hospitalisés dans un autre hôpital En dehors de ces indications, le patient ne relève pas du SSR.
---------------------------------------	--

Forces / opportunités	. Existence de lits de SSR gériatriques avec compétences pluridisciplinaires : kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricienne, psychologue et plateau technique de rééducation, temps social de l'hôpital et, diététicienne . Existence d'une UCC (SSR) fermée de 12 lits . Ces unités sont intégrées dans le pôle gériatrique et adossées à l'hôpital
------------------------------	---

Faiblesses / menaces	. Nombres de places limitées
-----------------------------	------------------------------

	. Manque de temps social . Méconnaissance de la structure SSR par les médecins traitants
Indicateurs d'évaluation	. Nombres de demandes d'entrée directe en SSR depuis le domicile ou les structures . Nombre d'entrées directes en SSR depuis le domicile ou les structures . Enquête satisfaction par rapport à la prise en charge des patients . Enquête de satisfaction envers les familles et les médecins traitants
Calendrier	
Orientations structurantes	☐ 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 : efficience de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités

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 charges 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.

Maîtriser les durées de séjour et prendre définitivement le virage vers l'ambulatoire	Page
Développer les prises en charge chirurgicales sur un mode ambulatoire et efficient de l'unité	85
Développer la prise en charge ambulatoire en Médecine	87
Optimiser la durée de séjour post-accouchement selon le contexte médical et psycho-social de la cellule familiale	93

3.1. Filière Chirurgie

	Fiche projet Filière SROS : Chirurgie Pôle : BARC - MPR Service : unité de chirurgie ambulatoire
---	---

Intitulé du projet	Développer les prises en charge chirurgicales sur un mode ambulatoire et efficient de l'unité
--------------------	--

Diagnostic et enjeux	En 2012, 42 % de la chirurgie effectuée au CHLP a été réalisée en ambulatoire soit 2 268 séjours La part des spécialités dans cette activité se décline comme suit : - ophtalmologie : 31 % - ortho-traumatologie : 27 % - digestif et vasculaire : 26 % - gastro-entérologie (endoscopie digestive) : 9 % - autres : 7 % Le taux d'occupation de l'UCA se situe aux alentours de 50 %. Cette unité d'une capacité d'accueil de 17 places récemment rénovée, offre des capacités d'accueil non négligeables qu'il convient d'optimiser à l'instar des orientations nationales en s'interrogeant sur le potentiel de développement des prises en charge ambulatoires chirurgicales
----------------------	---

Objectifs	. Taux cible chirurgie ambulatoire/ toute la chirurgie ≥60 % . Taux d'occupation ≥80 % . Ratio patient/place/jour supérieur à 1
-----------	--

Description générale du projet	Développer les prises en charge ambulatoires pour la chirurgie digestive, notamment pour la chirurgie herniaire, la chirurgie proctologique, les appendicectomies programmées, les cholécystectomies de niveau 1. Ce développement nécessite un consensus médical (chirurgiens-anesthésistes) au regard des préconisations des sociétés savantes. Les communications des congrès, les revues de littérature doivent être particulièrement observées. Les équipes paramédicales doivent être formées et informées des innovations matière de prise en charge ambulatoire. La programmation de ces patients au bloc opératoire doit faire l'objet d'une attention toute particulière afin de permettre leur sortie à la mi-journée à chaque fois que cela est possible. Chirurgiens et anesthésistes doivent faire de ce mode de prise en charge une priorité. Cette prise en charge ambulatoire doit devenir le standard, non seulement en posant les indications, mais aussi en s'organisant pour permettre des sorties à la mi-journée, ceci ayant non seulement un impact sur le « turn-over » des patients, mais également sur leur niveau de satisfaction. La promotion de l'ambulatoire doit aussi s'organiser avec la médecine de ville (connaissance de l'unité, des indications, protocoles de prises en charge paramédicale, enquête de satisfaction auprès des patients et des
--------------------------------	---

	médecins de ville).
Forces / opportunités	. une dynamique déjà bien engagée : même si des marges de progrès sont encore possibles, le CHLP est l'établissement public franc-comtois qui affiche le meilleur taux chirurgie ambulatoire/chirurgie totale . incitation nationale forte avec notamment une convergence des tarifs . rapprochement entre le CHLP et la Polyclinique du Parc . locaux dédiés, agréables et rénovés avec séjours lit ou fauteuil possibles . équipe paramédicale dédiée, experte et rompue à ce type de prise en charge . procédures de prise en charge formalisées . accueil des urgences formalisé et effectif . le taux de conversion en hospitalisation complète est inférieur à 1% . les résultats de l'enquête réalisée auprès des médecins traitants montrent une satisfaction de ce mode de prise en charge et du service rendu . simplification de la sortie du patient = une seule signature (application stricte du décret)
Faiblesses / menaces	. Démographie médicale peu favorable (recours aux anesthésistes remplaçants, absence de gastro-entérologue, d'urologue,) . Faible recrutement général en chirurgie . Rapprochement entre le CHLP et la Polyclinique du Parc . Ambulatoire forain supérieur à 10 % (le service de gynécologie réalise ce type de prise en charge sur son propre site) . Pas d'organisation des chirurgiens pour une sortie à la mi-journée
Indicateurs d'évaluation	. Nombre de séjours et taux d'occupation . Taux chirurgie ambulatoire/chirurgie globale . Taux de rotation . Taux d'ambulatoire forain . Pourcentage d'accueil des urgences . Taux de conversion
Calendrier	1 ^{er} semestre 2014
Orientations structurantes	☐ 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 : efficience de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités

3.2. Filière Médecine

	Fiche projet Filière SROS : Médecine Pôle : Médecine Services : structures internes constitutives du pôle.
---	--

Intitulé du projet	Développer la prise en charge ambulatoire en médecine
---------------------------	--

Diagnostic et enjeux	Compte tenu d'un rapprochement entre le CHLP et la Polyclinique du Parc, plutôt que de rapprocher les activités de médecine pouvant se faire dans le service de chirurgie ambulatoire de l'établissement, la réflexion s'est portée sur la réorganisation de ces activités au sein du pôle médecine Ce projet prend appui sur les orientations du PRS 2012-2016, qui prévoit notamment des mesures alternatives à l'hospitalisation complète, telles que : ⇒ Développer l'activité de médecine en hospitalisation de jour ⇒ Développer les unités d'hospitalisation de jour médicales et transversales (hors cancérologie) pouvant également assurer une activité de consultation externe ⇒ Développer les soins de support, en particulier les prises en charge et/ou soutiens psychologiques en ambulatoire La stratégie nationale de Santé, présentée fin septembre 2013 par la ministre des Affaires sociales et de la Santé, édicte que « le médecin traitant sera le pivot de la médecine ambulatoire ». Le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) de 2014, prévoira par ailleurs de nouvelles mesures de soutien au travail en équipe ambulatoire, en vue d'améliorer le financement d'actions de coordination. L'ambition de ce projet dédié à la médecine ambulatoire vise : 1) la promotion de son enseignement, de la formation de ses acteurs, de la recherche et des travaux scientifiques qui s'y rapportent 2) la promotion de la qualité, de l'évaluation des soins et de la sécurité des patients lors de son exercice et notamment : • limiter l'exposition du patient aux infections nosocomiales • limiter l'isolement du patient induit par l'hospitalisation complète 3) la réorganisation des services pour optimiser cette prise en charge 4) la réduction des coûts pour les établissements publics de santé et l'Assurance maladie 5) la substitution de cette prise en charge à l'hospitalisation complète A cette fin, un des objectifs visé dans le cadre du développement de la prise en charge ambulatoire est la reprise de la dialyse péritonéale. L'activité de dialyse péritonéale a été suspendue au CHLP faute de ressources médicales. La présence de trois praticiens néphrologues dès décembre 2013 permettra la reprise de cette activité sous réserve de la mise en place d'une organisation adaptée. Cet objectif prend également appui sur les orientations du PRS 2012-2016, qui prévoit notamment, dans son versant Insuffisance Rénale Chronique (IRC), l'amélioration de l'accès à la dialyse péritonéale. Ce projet est intrinsèquement lié au développement de l'activité de médecine en
-----------------------------	--

	hospitalisation de jour. L'IRC nécessite pour assurer la survie du patient, la mise en œuvre de techniques de suppléance de la fonction rénale, dont les trois techniques sont l'hémodialyse, la dialyse péritonéale et la transplantation rénale en collaboration avec un centre référent CHU. La dialyse péritonéale est une technique hors centre qui se déroule principalement à domicile. L'hôpital ou toute autre structure agréée joue un rôle majeur d'initiation, d'éducation, de prise en charge aigue et de repli. Néanmoins, cette activité est complémentaire à l'hémodialyse et le ratio attendu par les tutelles est d'environ 20% de patients pris en charge en DP/patients hémodialisés. Le service d'hémodialyse du CHLP assure actuellement environ 7 600 séances de dialyse annuelles. Les néphrologues ainsi que l'équipe paramédicale du CHLP prennent en charge un centre additionnel « Fondation UDM (Unité de Dialyse Médicalisée) + UAD (Unité d'Auto-Dialyse) » situé dans les murs du CHLP (2200 séances /an) pour environ 70 patients en file active au total. Le pôle médecine compte actuellement 9 lits dédiés à l'ambulatoire: 1 en douleur, 1 en UTEP, 1 en diabéto-endocrinologie, 1 en rhumato-neurologie, 5 en chimiothérapie, des activités en néphrologie, ainsi que 11 places dédiées à l'hémodialyse. Des coopérations existent avec d'autres établissements de santé (CHRU de Besançon et CHRU de Dijon) mais ne sont pas formalisées. Exemple de l'hématologie pour les myélomes : Le patient se rend au CHLP une fois par mois au lieu de se rendre dans les CHU. Ces derniers ne reçoivent les patients qu'une fois tous les 6 mois pour des examens plus poussés et en fonction de la pathologie. Cette pratique rend service au patient qui reste dans sa zone géographique de résidence, lui évitant des transports. De plus, cela maintient l'activité au sein du CHLP et désengorge les CHU. Actuellement plusieurs actions sont faites en ambulatoire au sein du pôle médecine : - hématologie pour les myélomes - perfusion de kétamine en chimiothérapie (50 patients/an) - ponction d'ascite et transfusion en chirurgie ambulatoire (2 patients/mois) - transfusion itérative du CSG - infiltration sous scanner ou scopie en rhumatologie - biothérapie en rhumatologie - bilan de diabète En moyenne, 6 patients sont pris en charge en ambulatoire chaque jour. Dans le cadre d'un développement de cette prise en charge, l'objectif de 10 patients par jour peut être envisagé.
Objectifs	. Cerner le profil de patients susceptibles d'être éligibles à une prise en charge en ambulatoire. . Concentrer l'activité ambulatoire en médecine sur une unité spécialement dédiée à la prise en charge ambulatoire ou à temps partiel.

	. Renforcer la coordination intra-hospitalière et les coopérations . Organiser la reprise de l'activité de dialyse péritonéale . Améliorer la qualité de la prise en charge des patients hospitalisés
Description générale du projet	Cerner le profil de patients susceptibles d'être éligibles à une prise en charge en ambulatoire. Il convient de s'appuyer sur les critères d'éligibilité du patient à une prise en charge en ambulatoire sur la base des actes dits « gestes marqueurs ». Cela permettra de savoir si certaines prises en charge en hospitalisation complète n'auraient pas pu être effectuées en ambulatoire. Concentrer l'activité ambulatoire en médecine sur une unité spécialement dédiée à la prise en charge ambulatoire ou à temps partiel. Cette unité intégrera le secteur de néphrologie, tout en disposant de locaux pour l'accueil. Elle regroupera notamment des salles de consultation avec bureaux médicaux, des chambres pour les patients affaiblis, une salle de consultation infirmière ainsi qu'une salle commune. Elle pourra aussi accueillir la consultation des pieds pour les patients diabétiques. Outre la dialyse péritonéale, le développement de l'activité ambulatoire ne nécessite à court terme, ni formation supplémentaire du personnel, ni de recrutement de personnel médical et paramédical supplémentaire. L'implantation de cette unité implique l'étude de divers scénarii à partir de besoins fonctionnels. Les scénarii d'aménagement donneront lieu à la réalisation d'une étude médico-économique. Renforcer la coordination intra-hospitalière et les coopérations ○ réorganisation et articulation autour de l'ambulatoire avec les services prestataires quant aux examens et consultations spécialisés demandés (écho doppler, consultations auprès d'autres médecins, radiologie, IRM...) ○ création d'un parcours patient uniquement dédié à l'ambulatoire et ce dès l'entrée par le Bureau des Admissions (BDA). Ce parcours doit être coordonné dès l'entrée du patient par le BDA, car il existe encore de nombreuses confusions entre l'externe et d'HDJ = préconisation de créer une filière spécifique à l'ambulatoire. ○ Poursuite de l'activité de HDJ, gestes radio ou scanno-guidés et développement de prélèvements, explorations et infiltrations écho guidées ○ Fédération avec le service de néphrologie du CHU de Besançon ○ Collaboration avec la « Fondation Osmose » et /ou son repreneur ○ Support de médecins oncologues avec le service de chimiothérapie ○ Consultations avancées ○ Organisation de la pose de cathéter en collaboration avec les chirurgiens digestifs ○ Implication du laboratoire : reprise d'une activité spécifique d'analyse du dialysat de DP en urgence H24 (ex : diagnostic de péritonite médicale) et d'une activité programmée de tests sur le dialysat (en journée) Organiser la reprise de l'activité de dialyse péritonéale ○ Recenser les patients éligibles à une prise en charge en dialyse péritonéale : L'objectif à terme est de prendre en charge 20 patients en dialyse péritonéale avec une montée en charge progressive (très majoritairement des nouveaux patients,

	rarement des patients provenant de structures d'hémodialyse). ○ Disposer de lits spécialement dédiés à la prise en charge des patients. ○ Le projet repose sur la création d'une unité spécialement dédiée à la prise en charge ambulatoire ou à temps partiel. ○ Formation du personnel à la dialyse péritonéale : (IDE référente, dont le profil comporte un versant organisationnel (gestion des patients, suivi des planifications), technique, éducatif et prévoir des déplacements à domicile ; des équipes IDE de soins de nuit et jour (H24) ; des personnels biomédicaux ; diététiciennes ; psychologues ; assistantes sociales) ○ Disposer du matériel de DP et d'entraînement des patients, à savoir du matériel de dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA) ou de dialyse péritonéale automatisé (DPA) Améliorer la qualité de la prise en charge des patients hospitalisés ○ Augmenter le nombre de plages de consultations pour développer l'activité ambulatoire : c'est par les consultations que se fait le recrutement de patients ○ Planification et anticipation au préalable par le service accueillant pour une meilleure prise en charge en ambulatoire ○ Réorganisation de l'hospitalisation complète au profit de l'ambulatoire par le biais de la mise en place d'un parcours patient ambulatoire et par l'articulation des services prestataires autour de cette prise en charge ○ Nouvelles plages horaires pour concentrer l'ensemble des actes et consultations à pratiquer sur une journée ○ Réduction des délais d'attente entre chaque examen et/ou consultation ○ Développer les soins support, en particulier les prises en charge et/ou soutiens psychologiques en ambulatoire = temps IDE et psychologue à dédier ○ Promouvoir l'enseignement de l'ambulatoire et former les acteurs à cette activité. Les enjeux quant à l'organisation de la reprise de l'activité de dialyse péritonéale sont multiples : ○ Améliorer l'organisation des soins en fonction de la situation et des besoins des personnes en IRC, ○ Améliorer la qualité de vie des patients, ○ Permettre aux patients du bassin d'obtenir l'accès à différents traitements de substitution ○ Optimiser la prise en charge globale en fonction des techniques de traitement (dialyse péritonéale, mais aussi hémodialyse et accès à la transplantation)
Forces / opportunités	. Volonté des équipes de soins d'améliorer la prise en charge des patients . Développement de l'éducation thérapeutique du patient . Compétences médicales et paramédicales spécialisées déjà existantes . Mutualisation des équipes et des locaux : il existe un projet d'hôpital de jour commun à la néphrologie, mais aussi la DP, la douleur, l'endocrinologie et la rhumatologie avec mise en place d'un regard croisé de l'ensemble de ces spécialités médico-paramédicales au bénéfice direct de chaque usager. . Activités de néphrologie dans un même lieu . Optimisation de la prise en charge du patient . Activité valorisante pour le CHLP : éviter la fuite des patients vers les

	deux CHU les plus proches en se faisant connaître et en s'appuyant sur nos forces (dynamisme de l'équipe, prise en charge globale du patient, proximité, formation des IDE de ville et information des médecins libéraux...) . Confort du patient . Rentabilité T2A . Conditions de travail améliorées pour le personnel médical et paramédical
Faiblesses / menaces	. Retard de développement de la prise en charge ambulatoire au sein de l'établissement . Concurrence du secteur privé . Compétences para-médicales existantes antérieurement (réticences). . Nécessité de formation des paramédicaux : chronophage . Nécessité de formation d'une IDE par spécialité . Activité de dialyse péritonéale peu rémunératrice . Manque de plages réservées pour les examens et les consultations . Réorganisation des circuits des services support : brancardage, entretien et nettoyage des locaux . Modifications structurelles des différents étages . Manque de locaux adaptés (salle de consultations, bureaux médicaux et paramédicaux) . La salle dédiée à l'HDJ étroite pour satisfaire les besoins de l'endocrinologie, de la néphrologie et de la rhumatologie. Coût des travaux
Indicateurs d'évaluation	. Nombre d'hospitalisation en HDJ . Questionnaire de satisfaction du patient et de la famille . Nombre d'HDJ donnant lieu à une hospitalisation traditionnelle . DMS . Nombre de séances de dialyse péritonéale . Tableaux d'activité . Taux d'infections nosocomiales
Calendrier	Calendrier de déploiement envisagé si la maturité du projet le permet Trimestre et année de mise en œuvre du projet à définir
Orientations structurantes	☐ 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 : efficience de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités

3.3. Filière Périnatalité, néonatalogie, réanimation néonatale

	Fiche projet Filière SROS : Périnatalité, néonatalogie, réanimation néonatale Pôle : Femme - Enfant Service : Gynécologie - obstétrique
---	--

Intitulé du projet	Optimiser la durée de séjour post accouchement selon le contexte médical et psycho-social de la cellule familiale
----------------------------------	---

Diagnostic et enjeux	La durée de séjour en obstétrique est conforme aux recommandations et moyennes nationales, avec une marge d'optimisation peu importante : • quelques séjours prolongés pour un suivi de paramètres qui pourraient être réalisés en externe (suivi d'un ictère, perte de poids du nouveau-né...) ; • peu de réponses positives aux demandes de sortie précoces ou rapides de certains couples ; • difficultés de relais avec des structures non hospitalières pour un accompagnement prolongé du couple mère enfant en cas de difficultés psychologiques ou psychiatriques de la mère. A ce jour la DMS moyenne en obstétrique est de 4,2 jours. La caisse nationale d'assurance maladie développe le programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO). Ce programme est à destination uniquement des patientes accouchant par voie basse et décliné dans les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) départementales. Il s'agit de privilégier la prise en charge par une sage-femme libérale de la mère et du nouveau né, plutôt qu'une prise en charge par l'HAD. Deux visites à domicile post-accouchement sont proposées. Une rencontre à l'initiative de la CPAM du Jura a été organisée en septembre 2013 afin de présenter le dispositif. Le PRADO est déjà déployé dans le département de la Côte d'Or où la maternité du CHLP dispose d'un potentiel de recrutement (Auxonne, Genlis).
------------------------------------	---

Objectifs	. Etre en mesure de proposer une durée de séjour pertinente et adaptée aux besoins de chaque cellule familiale.
-------------------------	--

Description générale du projet	Il s'agit d'abord de faire un état des lieux des différents modes de sortie possibles : - sortie précoce avec suivi personnalisé par une sage-femme libérale ; - sortie PRADO ; - séjour classique mais nécessitant un retour pour un contrôle médical de l'enfant ou de la mère ; - sortie après séjour prolongé du fait de difficultés d'établissement de liens parents enfants Les critères d'inclusion et d'exclusion pour ces modalités de sortie doivent être clarifiés.
--	---

	Les patientes doivent être informées de ces dispositifs en amont de l'accouchement. Eventuellement les sages-femmes libérales pourront être associées en amont de l'accouchement. La prise en charge du couple mère – enfant sera évaluée quantitativement et qualitativement. Si des partenaires libéraux sont identifiés dans l'aire de recrutement de la maternité du CHLP, il convient de relever que peu de sages-femmes libérales sont présentes dans le sud de l'aire de recrutement (Arbois, Mouchard). Le PRADO pourra se développer dans un premier temps sur le bassin dolois, et les zones de Genlis et Auxonne.
Forces / opportunités	. Partenariat solide avec sages-femmes libérales du bassin dolois et le secteur psychiatrique . Service de pédiatrie en capacité d'accueil des couples mères pères enfant en difficulté d'établissement du lien.
Faiblesses / menaces	. Nombre peu élevé de sages femmes libérales sur tout le bassin de recrutement, en particulier dans le sud du Jura . Structure d'accueil des patientes seules avec leur enfant en nombre restreint
Indicateurs d'évaluation	Nombre de patientes selon chaque modalité de séjour et sortie. Evaluation qualitative de chaque type de prise en charge
Calendrier	Prado à initier à partir de 2014
Orientations structurantes	☐ 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 : efficience de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités

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.

Développer les complémentarités, les partenariats, les réseaux	Page
Réaliser l'analyse des examens de biologie de la Polyclinique du Parc	97
Implanter des consultations avancées spécialisées en chirurgie viscérale et vasculaire	99
Introduire de nouvelles activités en chirurgie polyvalente	101
Promouvoir la prévention de l'obésité de l'enfant en partenariat avec le REPPPOP et l'espace de santé de Dole	103
Prendre en charge des patients vasculaires et réaliser des fistules artério-veineuses au CHLP	105
Renforcer l'attractivité du CHLP et accroître le recrutement des patients de médecine	107
Education thérapeutique et ostéoporose	110
Réorganiser les deux lignes SMUR du service d'urgence du CHLP	113
Améliorer les relations avec les partenaires extérieurs (pôle femme – enfant)	115
Développer et formaliser les partenariats avec les EHPAD externes	117
Développer le partenariat avec la Polyclinique du Parc concernant l'activité de pharmacie-stérilisation	119

4.1. Filière Biologie

	Fiche projet Filière SROS : Biologie Pôle : Médico-technique Service : Laboratoire d'analyse de biologie médicale
Intitulé du projet	Réaliser l'analyse des examens de biologie de la Polyclinique du Parc
Diagnostic et enjeux	Le centre hospitalier Louis Pasteur et la Polyclinique du Parc ont entamé des études en vue de rapprocher leur activité de chirurgie afin de répondre aux besoins de santé des 90 000 habitants du bassin de vie desservi par les deux établissements. Les perspectives de mutualisations nécessaires à la coopération entre les deux établissements sont définies dans un projet d'accord cadre approuvé par le directoire et la CME du CHLP en septembre 2013. Le conseil de surveillance a cependant demandé davantage de précisions quant au contenu de l'accord cadre et se prononcera sur ce projet au printemps 2014. Ce projet de coopération induit une mutualisation de la logistique médicale et donc l'analyse des examens de biologie médicale de la Polyclinique du Parc par le laboratoire du centre hospitalier Louis Pasteur. Cette réflexion avait été entreprise en 2011 concernant les examens biologiques, à la demande du directeur de la Polyclinique du Parc. Actuellement les examens demandés par la Polyclinique sont sous-traités par un laboratoire de biologie médicale privé. Il est difficile d'estimer le volume d'examens biologiques concernés, toutefois on peut considérer que cela représente l'équivalent du nombre de B pour le pôle chirurgie soit 2,5 millions en 2012. L'activité du laboratoire est de 13,7 millions de B en 2012.
Objectifs	. Développer les partenariats avec d'autres établissements . Développer l'activité externe du laboratoire . Structurer l'activité de biologie médicale hospitalière sur le bassin dolois
Description générale du projet	Il s'agit de reprendre la réalisation des examens de biologie médicale. Ce projet constitue l'une des mesures du plan de retour à l'équilibre financier de l'établissement pour le pôle médico-technique (organisation pour en accroître la performance économique). Un cahier des charges doit être établi par les chirurgiens et les anesthésistes de la Polyclinique du Parc (en cours depuis 2011). Il convient de définir les modalités organisationnelles pour réussir cette augmentation d'activité : - organisation médicale et paramédicale au sein du laboratoire d'analyse de biologie médicale, routine, permanence des soins ; - transferts des prélèvements (horaires, nombre de transferts organisés par jour...) ;

	- organisation pour les prélèvements urgents ; - système d'information commun entre PdP et CHLP pour le dossier patient et le retour des résultats. - Modalités de facturation : les examens de la Polyclinique seront des examens en externe, facturables en T2A. Une convention devra être rédigée entre les deux établissements.
Forces / opportunités	. Réalisation des examens de biologie de l'hospitalisation publique et privée du bassin dolois dans un laboratoire en cours d'accréditation et dont les locaux sont aux normes (pour le confinement bactériologique)
Faiblesses / menaces	. Incertitude sur la concrétisation de l'accord-cadre entre le CHLP et la Polyclinique du Parc
Indicateurs d'évaluation	Nombre d'examens de biologie médicale de la Polyclinique du Parc analysés par le laboratoire du CHLP.
Calendrier	1 ^{er} trimestre 2015 : reprise effective des examens de biologie médicale
Orientations structurantes	□ 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 : efficience de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités

4.2. Filière Chirurgie

	Fiche projet Filière SROS : Chirurgie Pôle : BARC-MPR Service : Chirurgie polyvalente
Intitulé du projet	Implanter des consultations avancées spécialisées en chirurgie viscérale et vasculaire
Diagnostic et enjeux	Développer une consultation avancée en chirurgie digestive dans des bassins de population n'ayant pas un accès direct à ce type de soins.
Objectifs	. 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
Description générale du projet	Etablir une étude concernant la création d'une consultation avancée de chirurgie viscérale. Cette étude devra tenir compte des besoins de la population, de l'offre publique, privée et libérale existante et de la situation géographique. Formaliser une convention entre les structures hospitalières en partenariat avec les directeurs des établissements de santé. Sensibiliser les médecins hospitaliers des établissements de santé à l'existence de cette consultation avancée ainsi que les médecins généralistes exerçant sur le territoire. Assurer le suivi post-opératoire des patients opérés sur Dole lors de ces consultations avancées.
Forces / opportunités	. Rapprochement entre le CHLP et la Polyclinique du Parc et arrêt de la chirurgie digestive privée . Lien professionnel entre le CHLP et le CH de Gray à travers l'existence d'une consultation avancée depuis de nombreuses années dans la spécialité chirurgicale orthopédique et traumatologique . Absence d'une consultation publique de chirurgie viscérale et vasculaire en particulier sur le secteur de Gray . Accroissement de l'activité du CHLP à travers la prise en charge chirurgicale des patients issus d'autres bassins de population.
Faiblesses / menaces	. Existence d'une consultation publique de chirurgie viscérale par un praticien exerçant dans une clinique privée de Besançon au CH de Gray . Incertitude sur l'attractivité d'une consultation de chirurgie viscérale et vasculaire sur le secteur de Gray . Eloignement géographique des deux sites hospitaliers qui implique une mobilité de la patientèle

Indicateurs d'évaluation	. Suivi du nombre de consultations avancées . Suivi du nombre de consultations avancées conduisant à une hospitalisation dans l'unité de chirurgie polyvalente . Suivi de l'activité chirurgicale digestive sur la provenance géographique
Calendrier	

Orientations structurantes	□ 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 : efficience de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités
-----------------------------------	--



Fiche projet
Filière SROS : Chirurgie
Pôle : BARC-MPR
Service : Chirurgie polyvalente

Intitulé du projet	Introduire de nouvelles activités en chirurgie polyvalente
Diagnostic et enjeux	L'évolution des techniques et les progrès de la médecine font que la demande en soins chirurgicaux à offre constante ne permet plus actuellement une progression de l'activité chirurgicale. D'où la recherche d'autres pistes afin de proposer une offre adéquate sur le territoire de santé et d'augmenter l'activité. Deux types de chirurgie peuvent être développés : la chirurgie des fistules artério-veineuses dans le cadre d'une collaboration avec les praticiens néphrologues de l'établissement, et la chirurgie bariatrique en collaboration avec les praticiens endocrinologues et nutritionnistes du CHLP. Ces nouvelles activités pourraient être supportées par l'équipe actuelle de chirurgiens sans avoir recours à des praticiens extérieurs.
Objectifs	. 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
Description générale du projet	Former un binôme chirurgical à la pratique chirurgicale bariatrique. ○ Suivre une formation universitaire concernant la technique chirurgicale. ○ Maintenir une vacation hebdomadaire au bloc opératoire d'un praticien gastroentérologue au CHLP pour assurer une endoscopie œsogastroduodénale des patients avant leur chirurgie bariatrique. ○ Programmer une vacation hebdomadaire avec un gastroentérologue en consultation externe au CHLP au terme de la formation universitaire afin d'assurer une consultation d'hépatogastro-entérologie si nécessaire avant l'intervention du patient. ○ Maintenir une vacation hebdomadaire en consultation externe avec un dentiste du CHLP pour assurer une évaluation du coefficient masticatoire et l'état dentaire du patient avant l'intervention. ○ Solliciter l'équipe médicale et paramédicale coordonnée autour d'un programme d'éducation thérapeutique en pré et post-opératoire. Ce suivi éducatif portera sur l'activité physique, l'aspect diététique, nutritionnel, psychologique et/ou psychiatrique des patients concernés. ○ Collaborer avec les praticiens du CHLP à travers des réunions pluridisciplinaires. Une décision d'intervention sera prise à l'issue de ces réunions pluridisciplinaires comportant au minimum un endocrinologue et/ou nutritionniste, une diététicienne, un psychiatre et/ou un psychologue et un anesthésiste-réanimateur. ○ Tenir à jour un registre national des interventions de chirurgie bariatrique mis en place depuis 2007 par la SOFFCO et validé par l'HAS.

	Concernant la pratique chirurgicale des fistules artério-veineuses : collaborer avec les praticiens néphrologues du CHLP à travers des réunions pluridisciplinaire pour assurer le suivi des patients bénéficiant d'une chirurgie artério-veineuse. Pour chacune des spécialités chirurgicales : ○ Rédiger des protocoles relatifs aux prises en charges chirurgicales en groupes de travail interprofessionnels (équipe médicale, cadre de l'unité, cellule qualité). ○ Programmer des formations pour l'ensemble du personnel de l'unité afin d'adapter les pratiques professionnelles aux nouvelles activités chirurgicales. Ces formations concerneront la retranscription d'information médicale dans le courrier opératoire et/ou d'hospitalisation pour les secrétaires médicales et concerneront l'éducation et la surveillance des patients pour le personnel paramédical. ○ Les chirurgiens de l'unité de chirurgie polyvalente s'engagent à sensibiliser les médecins hospitaliers du CHLP aux nouvelles pratiques chirurgicales ainsi que les médecins généralistes exerçant sur le bassin dolois en organisant une réunion d'information au CHLP. ○ Le suivi post-opératoire des patients sera assuré au cours des plages de consultation sur le CHLP.
--	--

Forces / opportunités	. Formation universitaire concernant la technique chirurgicale des fistules artério-veineuses . Souhait de recruter un gastro-entérologue au CHLP . Développement des compétences de chaque agent formé aux nouvelles prises en charges dans l'unité . Création d'une équipe médicale et paramédicale comprenant une diététicienne, un psychologue et un psychiatre dédié à l'accompagnement éducatif de la prise en charge bariatrique
------------------------------	--

Faiblesses / menaces	. Investissement probable du CHLP dans l'achat de matériel adapté aux modalités de surveillance des nouvelles prises en charges post-opératoire . Formation universitaire de deux ans concernant la chirurgie bariatrique avec difficulté d'inscription au diplôme
-----------------------------	---

Indicateurs d'évaluation	. Suivi du nombre de d'interventions concernant la chirurgie des fistules artério-veineuses et bariatrique . Suivi de l'activité chirurgicale (PMSI)
---------------------------------	---

Calendrier	
-------------------	--

Orientations structurantes	■ 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 : efficience de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités
-----------------------------------	--

4.3. Filière Médecine

	Fiche projet Filière SROS : Médecine Pôle : Femme - Enfant Service : Pédiatrie
Intitulé du projet	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.
Diagnostic et enjeux	Les enfants en situation de surpoids représentent 16 à 18 % de la population des enfants en France et 3 à 4 % d'entre eux sont déjà dans la catégorie « obésité ». Sur le bassin dolois, l'espace santé a essayé de mettre en place des actions de prévention en direction de ces enfants, sur les thèmes de l'équilibre alimentaire ou de la pratique sportive. Quantitativement, ces actions ont eu peu d'effet, car un nombre très restreint d'enfants a été mobilisé. L'enjeu majeur est de pouvoir toucher un public plus grand pour proposer à ces enfants un bilan médical complet assorti d'actions éducatives en adéquation avec leur contexte familial.
Objectifs	. 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 espace de soutien et d'écoute . Identifier les problèmes médicaux existants et prévenir les complications potentielles liées au surpoids.
Description générale du projet	La première partie de ce projet consiste à la mise en place de journées d'accueil de ces enfants. Chaque journée permettra : - d'établir un bilan médical complet auprès d'un pédiatre ; - de faire le point sur les habitudes alimentaires et modalités de vie ; - de mettre en application les conseils diététiques au cours d'un repas constitué par l'élaboration d'un plateau au self de l'hôpital ; - de partager ses difficultés avec d'autres enfants également confrontés à cette problématique et de se créer un réseau de soutien. Les journées d'accueil ont débutées au cours du dernier semestre 2013. Elles accueillent à chaque fois, quatre enfants, chacun accompagné d'un membre de sa famille. La journée est conjointement animée par : - un pédiatre ; - une infirmière référente de ce projet dans l'équipe de pédiatrie ; - une psychologue ; - un kinésithérapeute du centre hospitalier. La seconde partie du projet consiste en la mise en place d'actions de suivi de ces enfants, en partenariat avec l'espace santé et les médecins traitants.

	L'un des objectifs du projet régional de santé concerne la prévention du surpoids et de l'obésité des enfants et des adultes en agissant sur l'alimentation et l'activité physique et en développant une prise en charge pluri-professionnelle. Ce projet s'inscrit pleinement dans cet objectif.
Forces / opportunités	Partenariat avec l'espace santé Recrutement lié aux consultations pédiatriques du centre hospitalier Partenariat avec le REPPPOP
Faiblesses / menaces	. Communication interne et externe sur ce projet . Continuité de cette prévention à l'issue de cette journée d'accueil
Indicateurs d'évaluation	Nombre d'enfants accueillis lors de ces journées d'accueil.
Calendrier	. Mise en œuvre des journées dès octobre 2013. . Evaluation quantitative et qualitative dès fin 2014 . Planification d'un suivi des enfants inscrits dans cette démarche à partir de 2014.
Orientations structurantes	☐ 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 : efficience de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités



Fiche projet
Filière SROS : Médecine
Pôle Médecine
Service : Cardiologie

Intitulé du projet

Prendre en charge des patients vasculaires et réaliser des fistules artério-veineuses (FAV) au CHLP

Diagnostic et enjeux

Depuis plusieurs années, les chirurgiens vasculaires ont délaissé cette activité (à l'exception des éveinages) et les patients artéritiques sont adressés au CHU de Besançon, qu'il s'agisse des hospitalisés ou des patients ambulatoires recrutés par l'angiologue. Les insuffisants rénaux sont confiés à un chirurgien vasculaire de la polyclinique de Franche-Comté à Besançon pour la création des FAV. Quelques patients sont dirigés à Dijon (CHU), probablement de façon marginale.

Il n'est pas possible de connaître le nombre de patients concernés

Autre enjeu : la radiologie interventionnelle.

Le radiologue du CHLP est compétent dans ce domaine, mais ne peut assumer cette activité seul.

Objectifs

. Maintenir une offre de soins locale afin d'éviter l'éloignement des patients dolois, souvent âgés.

. Augmenter l'activité chirurgicale de notre établissement actuellement en déclin.

. Étendre l'activité d'angiologie du service de cardiologie et, rendre le service plus attractif pour le recrutement de jeunes médecins.

. Limiter les fuites de la patientèle vers le CHU pour la prise en charge d'autres pathologies (ex : patients polyvasculaires transférés dans le service de cardiologie du CHU pour complément de bilan ou prise en charge d'une complication).

Description générale du projet

• **Description succincte du projet**

Afin de maintenir une offre de soins locale, et afin d'éviter l'éloignement des patients dolois, souvent âgés, il est nécessaire :

- D'établir un partenariat avec le CHU de Besançon pour que la chirurgie vasculaire soit réalisée à Dole.
- D'obtenir du chef de service de chirurgie vasculaire du CHU de Besançon qu'il délègue une fois par semaine un collaborateur (chirurgien vasculaire) à Dole.

Ce projet permet l'augmentation de l'activité chirurgicale de notre établissement, d'autant que le CHLP dispose de ressources médicales qui ont auparavant réalisé cette pratique. Parallèlement, l'activité d'angiologie du service de cardiologie pourra être étoffée et par conséquent rendre le service plus attractif pour le recrutement de jeunes médecins.

• **Moyens humains et technologiques :**

- Pas de recrutement de personnel dans l'immédiat : ni médical (ni paramédical). A revoir si l'activité progresse de façon importante ce qui nécessitera d'augmenter le temps de travail de l'angiologue.

	- Evaluer l'équipement du bloc opératoire en matériel radiologique et la nécessité d'acquérir un équipement numérisé - renouvellement de l'échodoppler vasculaire • Financement : - du poste de chirurgien - d'une salle de bloc opératoire numérisée - Renouvellement de l'échographe vasculaire.
Forces / opportunités	. Compétences médicales : angiologue dynamique ayant une activité importante et un recrutement en hausse et travaillant depuis longtemps avec l'équipe du CHU. . Service de cardiologie en bons termes avec le service de chirurgie vasculaire du CHU : - Un praticien du CHLP exerce dans ce service une journée par semaine. - Le chef du service demande au service de cardiologie du CHLP d'assurer la formation de ses internes en échodoppler vasculaire. Le service de cardiologie de Dole est le seul à être validant en médecine vasculaire en Franche-Comté depuis quelques années. . Opportunité de remettre les chirurgiens du CHLP à cette spécialité
Faiblesses / menaces	. Freins internes : - recrutement des anesthésistes, - amplitudes horaires du bloc opératoire faibles - restrictions budgétaires rendant difficile le renouvellement du matériel et le recrutement de jeunes médecins. - réticences éventuelles de nos chirurgiens . Freins externes : - réticences du chef du service de chirurgie vasculaire du CHU qui pourrait ne proposer que des consultations avancées et demander le transfert des patients à opérer dans son service
Indicateurs d'évaluation	. Nombre d'actes de chirurgie vasculaire périphérique et FAV . Nombre de dopplers vasculaires
Calendrier	. Etablissement d'une convention entre le CHLP et le CHU de Besançon début 2014 . Mise en œuvre du projet 2014, selon la disponibilité du chirurgien bisontin.
Orientations structurantes	☐ 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 : efficience de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités



Fiche projet
Filière SROS : Médecine
Pôle : Médecine
Service : Cardiologie

Intitulé du projet

Renforcer l'attractivité du CHLP et accroître le recrutement des patients de médecine

Diagnostic et enjeux

Etat des lieux :

- Centre hospitalier d'Auxonne :
Cardiologie : les 1ères démarches remontent à 2007 : un praticien contacte le service pour obtenir une coopération (écho, Holters, MAPA, CS etc...) 2009 : déplacements des représentants de l'hôpital d'Auxonne au CHLP pour cibler les axes de coopération entre les deux établissements (parmi lesquels les consultations avancées). 2011 : réunion pour mettre en place l'activité de cardiologie à Auxonne. La direction du CH d'Auxonne confirme son intérêt pour le projet, mais aucune suite n'est donnée aux propositions.
Endocrinologie : CS avancées envisagées également mais également sans suite.
- Centre hospitalier de Gray :
SMUR +EHPAD + 1 service de médecine de 50 lits ; 6 PHTP. Pas de cardiologue à l'hôpital. 1 vacataire (1 demi-journée). 1 cardiologue en ville. Contact avec un praticien souhaitant vivement la collaboration des cardiologues du CHLP tant pour les hospitalisés que pour la population grayloise. Besoins évalués à 1 journée par semaine. Le CH de Gray est équipé d'un échocardiographe.
Besoins également en angiologie (1 urgentiste se charge du diagnostic des phlébites, un cardiologue fait quelques dopplers cervicaux).
NB : un PH chirurgien du CHLP a pris la succession d'un de ses confrères pour assurer des consultations.
- CHS du Jura:
Partenariat formalisé (été 2013) entre les deux établissements : le service de cardiologie assure les consultations urgentes et interprète les ECG pendant les absences du cardiologue vacataire.
Hors partenariat formalisé : avis ponctuels demandés par les internes du CHS.
- Centres hospitaliers de Poligny et de Salins les Bains : pas de contact jusqu'à présent.
- CH d'Auxonne et de Poligny:
Formation des personnels en éducation thérapeutique il y a plusieurs années à Auxonne et Poligny pour les AVK
- Prise en charge des patients des maisons de retraite : pour le suivi des AC (formalisée depuis 2013) avec Malange, Fraisans,

	Rochefort, Arbois. Enjeux : Développer des relations permettant de renforcer l'attractivité du CHLP et d'accroître son recrutement (hospitalisations non seulement en médecine mais aussi en chirurgie).
Objectifs	. Mettre en place des consultations avancées dans les établissements de santé voisins . Augmenter le recrutement des patients nécessitant l'implantation de pacemaker (patients de Gray et Auxonne).
Description générale du projet	Etablir des relations avec les établissements voisins (CHS St Ylie, Gray, Auxonne, Poligny, Arbois, Salins les Bains) Organisation des consultations avancées CH d'Auxonne : un contact a été repris avec un praticien qui confirme l'intérêt d'une collaboration pour des consultations de cardiologie et d'endocrinologie ; des consultations pour les patients de la ville peuvent être envisagées. CH de Gray : uniquement pour la cardiologie Il s'agit de permettre : - une mutualisation des compétences des professionnels - l'accès à l'éducation thérapeutique aux patients des établissements de santé voisins Réalisation d'actions d'éducation thérapeutique et de formation des professionnels de santé au sein des établissements de santé voisins - Clinique des anti-coagulants : CH de Gray, Auxonne, Poligny, Arbois, Salins les Bains - Insuffisance cardiaque : idem - Diabétologie : à étudier
Forces / opportunités	. Des relations inter établissements déjà engagées et des partenariats déjà existants avec les établissements de santé environnants . Amélioration des relations ville/hôpital dans le cadre de la maison médicale d'Auxonne. . Mutualisation de compétences médicales et/ou paramédicales . Meilleure gestion du parcours patient (prise en charge locale)
Faiblesses / menaces	. Freins internes : temps médical et paramédical actuellement insuffisant . Freins externes : réticences des praticiens des établissements de santé voisins
Indicateurs d'évaluation	. Nombre de consultations avancées par spécialité et par site . Nombre de séances d'éducation thérapeutiques en externe
Calendrier	. Prises de contact avec les établissements : fin 2013 . Réalisation : courant 2014 si renforcement possible des effectifs médicaux en cardiologie (-25% d'ETP et - 2ETP en 2015) . Pour diabétologie : à étudier . Pour la néphrologie, la priorité est à la prise en charge des insuffisants rénaux de Lons . Dédommagement du CHLP par les hôpitaux bénéficiaires à évaluer.

Orientations structurantes	□ 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 : efficience de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités
-----------------------------------	--



Intitulé du projet	Education thérapeutique et ostéoporose
Diagnostic et enjeux	L'éducation thérapeutique (ETP) s'inscrit dans le parcours de soins du patient ostéoporotique. En effet, cette pathologie osseuse chronique grave, de par ses complications fracturaires, et sa fréquence (vieillesse de la population), a été déclarée "cause prioritaire" par l'OMS en 2000. L'ETP contribue par une meilleure compréhension de la pathologie, de ses traitements et des différents moyens de prévention des fractures, à en diminuer l'incidence et donc le retentissement sur la morbi-mortalité, le nombre d'hospitalisations, leur durée et la perte d'autonomie consécutive à certaines fractures. La mise en place d'un programme d'ETP sur ce thème permet : <u>Pour le patient :</u> - Une meilleure compréhension de la maladie, de ses facteurs de risques (iatrogénie médicamenteuse, carences diététiques, sédentarité) et des traitements par les patients et leurs aidants ; - Une sensibilisation des patients, aidants, et de leurs médecins au dépistage de l'ostéoporose ; - Une plus grande adhésion au traitement et au suivi (clinique et densitométrie) ; - Une diminution des craintes liées aux effets secondaires des traitements anti-ostéoporotiques ; - Une meilleure connaissance des thérapeutiques innovantes récentes issues des biothérapies (Anti-RANK ligand) ; - La prévention du risque fracturaire ; - La prévention de la perte d'autonomie post-fracturaire et de la morbi-mortalité liée aux fractures ostéoporotiques. <u>Pour le CHLP :</u> Le développement de l'activité de densitométrie osseuse Le développement d'un "réseau ostéoporose" entre médecins généralistes, orthopédistes, urgentistes, gériatres, radiologues et rhumatologues libéraux et hospitaliers : efficacité de la prise en charge de manière coordonnée. Un renforcement de la coopération patient – équipe médicale et paramédicale pluridisciplinaire (IDE, diététicienne, médecin, pharmacien, éducateur activité physique adaptée, MK)
Objectifs	. 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).

Description générale du projet	L'ETP s'inscrit dans le parcours de soins du patient atteint de maladie chronique. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Malgré la connaissance de la gravité de l'ostéoporose post-ménopausique en termes de morbi-mortalité, des coûts socio-économiques induits par les fractures et la mise à disposition de nombreuses molécules efficaces, la prise en charge de cette pathologie reste insuffisante, avec une nécessité de poursuivre les efforts de sensibilisation auprès des médecins, mais aussi des patientes. Plusieurs études contrôlées publiées montrent que le procédé le plus efficace pour l'optimisation d'une prise en charge globale de la patiente ostéoporotique et la prévention du risque fracturaire est l'éducation thérapeutique. En effet, l'ostéoporose n'est pas considérée comme une maladie grave par les patientes, du fait d'un manque de sensibilisation. Une méconnaissance de la pathologie, de ses facteurs de risque, de ses traitements, et des moyens de diagnostic et de suivi (densitométrie osseuse) est rapportée dans de nombreuses études. Or, le défaut d'observance thérapeutique est directement lié à une augmentation du risque de fracture, d'hospitalisations prolongées (fractures vertébrales ou fémorales non chirurgicales) et de perte d'autonomie pour les patientes, avec altération majeure de leur qualité de vie. Le projet soutenu par l'équipe médicale et paramédicale de rhumatologie, sensibilisée et formée à l'ETP, est : - de mettre en place des sessions pluri-annuelles d'éducation thérapeutique dans l'ostéoporose, notamment post-ménopausique, - de développer un réseau de prise en charge pluri-disciplinaire de cette pathologie chronique, dont le diagnostic sera établi lors de consultations médicales rhumatologiques dédiées, associé à la réalisation du diagnostic et du suivi ostéodensitométrique, - de développer et d'optimiser l'activité d'ostéodensitométrie osseuse au sein de l'établissement (diagnostic et suivi des patientes).
Forces / opportunités	<u>Concernant l'activité ETP :</u> . Equipe paramédicale et médicale de rhumatologie déjà formées en ETP (Niveau 1 OMS) . 4 personnes en cours de formation en 2013 (3 IDE, 1 rhumatologue) . UTEP au sein du CHLP. Locaux adaptés pour ces sessions de formation au sein du CHLP . Intérêt manifesté par les médecins généralistes de proximité, les gériatres et orthopédistes de l'établissement, et les patientes actuellement suivies pour ostéoporose en rhumatologie (liste d'attente) . Peu d'accès à proximité immédiate du CHLP à l'ostéodensitométrie osseuse et aux consultations rhumatologiques spécialisées (prescription initiale hospitalière pour certaines thérapeutiques) <u>Concernant l'activité de consultation spécialisée et densitométrie osseuse :</u> . Ostéodensitomètre au sein de l'établissement avec locaux dédiés (au 3^e étage) et examens réalisés à compter du 04/12/2013 par :

	1 Rhumatologue libéral (une ½ journée par semaine → 350 Cs /an) 2 PH en Rhumatologie (deux ½ journées par semaine → 700 Cs /an) . Chiffre d'affaire annuel prévisible (uniquement pour les consultations d'ostéoporose et densitométries osseuses) : 86 € (Cs spécialisée + densitométrie.) x 1050 patients = 90 300 € /an
Faiblesses / menaces	<u>Facteur humain :</u> . Temps IDE : coordination des intervenants, ateliers, accueil et encadrement des patients : ½ journée x 4 par an bilan éducatif partagé initial : 1h / patient évaluation post-ETP, EPP x 1 par an préparation programme / communications /ateliers . Temps médical, pharmacien, diététicienne, éducateur activité physique adaptée ou kinésithérapeute : 1h30/personne par session + préparation programme / communications / ateliers . Nécessité de présence dans le CHLP d'une personne référente en radioprotection : radiologue, PCR manipulateur en radiologie (MER) . Temps dédié aux consultations rhumatologiques et aux ostéodensitométries osseuses (trois demi-journées par semaine) lourd. → Optimisation du temps dédié possible si les examens densitométriques sont réalisés par un manipulateur en radiologie trois ½ journées par semaine, soit 0.30 ETP de MER. <u>Facteur Financier :</u> . Valorisation de l'activité ETP . Rémunération du manipulateur en radiologie . Renouvellement de l'appareil d'ostéodensitométrie . Disponibilité / mise aux normes de radioprotection d'une salle dédiée à l'ostéodensitométrie osseuse <u>Facteur Géographique :</u> . Absence d'unité de lieu actuelle : . Nécessité d'une salle dédiée à l'imagerie osseuse (aux normes de radioprotection) pour l'ostéodensitomètre.
Indicateurs d'évaluation	. Evaluation annuelle des sessions d'ETP . Réalisation d'EPP . Incidence des hospitalisations pour fractures non chirurgicales et chirurgicales . Activité ostéodensitométrique osseuse et consultations spécialisées . Participation protocoles de recherche, RCP, publications avec CHU et CH de proximité (SIGAPS)
Calendrier	Septembre - Octobre 2014
Orientations structurantes	■ 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 : efficience de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités

4.4. Filière Médecine d'urgence

	Fiche projet Filière SROS : Urgences Pôle : Urgences Service : SMUR
---	---

Intitulé du projet	Réorganiser les deux lignes SMUR du service d'urgence du CHLP
---------------------------	--

Diagnostic et enjeux	Un projet de réorganisation des SMUR de Franche-Comté a été initié par l'ARS : mise en place d'un Héli-SMUR régional et donc probable impact sur une diminution des lignes SMUR au niveau du CHLP. Ce réaménagement de l'organisation régionale des SMUR de Franche-Comté présente un enjeu financier et sécuritaire (rapidité d'intervention auprès des patients inférieure à 30 minutes conformément aux orientations nationales). A noter que pour le SMUR du CHLP, les interventions sur l'ensemble du territoire ne dépassent pas les 30 minutes.
-----------------------------	---

Objectifs	. Réduire les dépenses SMUR. . Adapter le nombre de lignes SMUR au territoire Jura-Nord. . Mutualiser les moyens humains et matériels au niveau régional.
------------------	---

Description générale du projet	Le projet vise à proposer une ligne SMUR H24 financée en totalité et une seconde ligne SMUR la journée uniquement financée à l'activité. En définitive, l'organisation retenue serait de deux lignes SMUR la journée et d'une la nuit au lieu de deux lignes par vingt-quatre heures comme actuellement. Ce projet aura donc des répercussions financière, fonctionnelle et sécuritaire au niveau du service des urgences. Si le passage à une ligne SMUR la nuit au niveau du CHLP devient effectif, le besoin en ambulancier passera à un au lieu de deux. Une réflexion sur l'utilisation des ressources et la professionnalisation des ambulanciers sera à conduire. Il est proposé un AS/ambulancier SMUR qui réaliserait : les sorties SMUR, la gestion des stocks des véhicules, la gestion du matériel SMUR, le rôle AS à l'UHTCD, le renfort la nuit. Cela permettrait notamment d'augmenter la capacité des lits d'UHTCD en limitant le surcoût des charges fixes. Une étude et un bilan financier seront à conduire sur 2014.
---------------------------------------	--

Forces / opportunités	. Ajustement des lignes SMUR à l'activité . Gains financiers . Mutualisation des ressources (ambulanciers)
------------------------------	--

Faiblesses / menaces	. Perte d'une ligne SMUR la nuit : posant problème en cas de deux sorties simultanées . Réorganisation des ressources humaines : risque de diminution des effectifs
-----------------------------	--

Indicateurs d'évaluation	. Nombre de sorties SMUR.
---------------------------------	---------------------------

Calendrier	Calendrier de déploiement : 2014-2015 en fonction de l'avancement du projet régional
Orientations structurantes	□ 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 : efficience de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités

4.5. Filière Périnatalité, néonatalogie, réanimation néonatale

	Fiche projet Filière SROS : Périnatalité, néonatalogie, réanimation néonatale Pôle : Femme - Enfant Service : Gynécologie - obstétrique
---	---

Intitulé du projet	Améliorer les relations avec les partenaires extérieurs
---------------------------	--

Diagnostic et enjeux	Difficultés des partenaires libéraux (sages-femmes, médecins) à joindre les praticiens hospitaliers et à obtenir un avis spécialisé. Les délais d'envoi des courriers de sortie sont de un mois, voire un mois et demi en octobre 2013. Il existe un dossier patient informatique et un dossier papier, sans lien entre les deux, de même pour les dossiers de la mère et de l'enfant. A partir du dossier informatisé, il est possible de rédiger des comptes-rendus automatisés. Ces derniers doivent toutefois être complétés de données disponibles sur le dossier papier. Cette organisation participe à des délais d'envoi de courriers de sortie longs et à des difficultés dans les échanges d'information entre praticiens hospitaliers et libéraux sur le suivi des patientes adressées par le médecin traitant ou suivies en ville en post-accouchement. Afin de réduire les délais d'envoi de compte-rendu d'hospitalisation, une réorganisation du secrétariat médical de gynécologie obstétrique a été effectuée en 2012-2013 en distinguant les tâches de front office (accueil téléphonique, accueil physique) et les tâches de back office (frappe, classement de dossiers...). Cependant cette organisation n'apparaît pas suffisante pour l'envoi de comptes-rendus d'hospitalisation dans les délais réglementaires (8 jours). Le service d'obstétrique est également impliqué dans le réseau périnatalité RPFC ; un partenariat actif entre praticiens libéraux gynécologues-obstétriciens, pédiatres et établissements de santé a ainsi vu le jour. Il assure un rôle de coordination de la prise en charge des patientes et des nouveau-nés. Un des objectifs du SROS est de conforter ce réseau, et ainsi les relations ville-hôpital dans le cadre de la périnatalité.
-----------------------------	--

Objectifs	. 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
------------------	---

	• Déploiement du module Maternity - CERNER® Il convient de déployer le logiciel Maternity au sein du service de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier Louis Pasteur. Ce module intégré de CERNER®, permet d'abord d'assurer la continuité de la prise en charge de la patiente pendant sa période de grossesse (consultations
--	---

Description générale du projet	externes), sa période d'hospitalisation post-accouchement et son suivi à la sortie de l'hospitalisation. Il crée également un lien entre les dossiers patients de la mère et de l'enfant. Maternity offre ensuite la possibilité d'automatiser complètement les courriers de sortie, et par conséquent de les envoyer plus rapidement. Module de CERNER, le logiciel doit être déployé dans deux établissements pilotes : le CHLP et le centre hospitalier de Belfort – Montbéliard. • S'impliquer davantage sur le réseau périnatalité : La participation au réseau périnatalité RPFC passe par la rédaction de protocoles régionaux de prise en charge, une organisation des transports inter-hospitaliers. Le SROS prévoit d'ailleurs, dans l'une de ses orientations stratégiques, l'amélioration de l'organisation des transferts in utéro et néonataux dans le cadre du RPFC.
Forces / opportunités	. Dynamisme de l'équipe médicale et paramédicale . Logiciel Maternity intégré de CERNER
Faiblesses / menaces	. Partenariat intra-établissements avec CERNER (lenteurs administratives, certains établissements fonctionnant avec CERNER disposent de leur propre logiciel d'obstétrique)
Indicateurs d'évaluation	Délais d'envoi des comptes-rendus d'hospitalisation
Calendrier	2014 : déploiement du logiciel Maternity
Orientations structurantes	■ 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 : efficience de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités

4.6. Filière Prise en charge des personnes âgées en EHPAD

	Fiche projet Filière SROS : Prise en charge des personnes âgées en EHPAD Pôle : Gériatrie Service : SSR
---	---

Intitulé du projet	Développer et formaliser les relations avec les EHPAD externes
---------------------------	---

Diagnostic et enjeux	La majorité des entrées des EHPAD du secteur de Dole (80%) se fait par le biais du CHLP (SSR et les courts séjours). Pourtant, ces établissements connaissent encore mal les spécificités des services du pôle gériatrique de l'hôpital qu'ils sollicitent trop peu (UCC et CSG en particulier) ; les informations médicales que l'hôpital transmet aux EHPAD ne sont pas toujours complètes. Par ailleurs, les résidents des EHPAD hospitalisés au CHLP, en chirurgie orthopédique notamment, rentrent parfois trop rapidement sans bénéficier des services du pôle qui pourraient leur être bénéfiques. Leur passage par le SSR rééducation gériatrique en particulier pourrait probablement éviter certaines réhospitalisations précoces.
-----------------------------	---

Objectifs	. Diffuser des informations sur les spécificités des services du pôle gériatrique. . Améliorer la transmission des informations médicales des patients qui sortent du pôle gériatrique pour faciliter leur admission en EHPAD et éviter la redondance des examens. . Faciliter le passage par le SSR des patients qui sortent d'un court séjour de l'hôpital, de chirurgie orthopédique en particulier, avant leur retour à l'EHPAD si cet établissement n'a pas les moyens d'assurer une prise en charge adaptée d'emblée.
------------------	---

Description générale du projet	Diffuser des informations sur les spécificités des services du pôle gériatrique : • Diffuser une plaquette d'information décrivant le profil de chaque service du pôle gériatrique auprès des EHPAD et des médecins qui y travaillent. • Organiser de nouvelles rencontres (une première réunion avait déjà eu lieu en 2012) entre les EHPAD et le pôle gériatrique. • Faire une enquête par le biais d'un questionnaire envoyé aux EHPAD pour connaître leurs attentes, notamment pour ce qui concerne le CSG, service le plus récent du pôle gériatrique et ouvert en 2012. • Favoriser les entrées directes en CSG pour éviter des passages aux urgences pouvant être délétères pour des patients gériatriques quand ils ne sont pas indispensables. • Présenter à nouveau l'UCC et informer de la possibilité d'entrées directes pour des patients présentant des troubles psycho-comportementaux importants devenu gênants pour les autres résidents. • Mettre en place au sein du pôle une ligne directe réservée aux médecins traitants et aux médecins coordonnateurs des EHPAD. Améliorer la transmission des informations médicales des patients sortant
---------------------------------------	---

	du pôle gériatrique pour éviter ou faciliter leur admission en EHPAD et éviter la redondance des examens : • Protocoliser la sortie des patients. • Joindre de façon systématique le courrier du CS à celui du SSR au moment d'une admission en EHPAD. • Adresser une copie du courrier du médecin traitant au médecin coordonnateur de l'EHPAD. • Joindre au courrier les bilans biologiques des semaines précédentes et que les examens paracliniques importants. • Joindre des transmissions paramédicales (IDE + kiné + ergo + psychomotricienne + psychologue). Faciliter le passage par le SSR des patients sortant d'un court séjour de l'hôpital, de chirurgie orthopédique en particulier, avant leur retour à l'EHPAD si cet établissement n'a pas les moyens d'assurer une prise en charge adaptée d'emblée : • Inciter les services de court séjour à faire des demandes d'admission en SSR pour les patients en provenance des EHPAD et nécessitant une rééducation ou une réadaptation.
Forces / opportunités	Profil de patients identique dans le pôle gériatrique et les EHPAD. Cohérence du pôle. Collaboration avec le pôle gériatrique souhaitée par les EHPAD. Bassin de population restreint.
Faiblesses / menaces	Disponibilité limitée des médecins traitants. Disponibilité des lits de SSR variable.
Indicateurs d'évaluation	Nombre d'entrées directes émanant des EHPAD en direction du CS. Nombre d'entrées en SSR issues de chirurgie pour des patients résidant habituellement en EHPAD. Nombre de réhospitalisations de patients d'EHPAD sortis de chirurgie sans passer par le SSR. Nombre d'entrées en UCC de patients résidant habituellement en EHPAD.
Calendrier	2^{ème} semestre 2014
Orientations structurantes	☐ 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

4.7. Pharmacie et stérilisation

	Fiche projet Filière SROS : Pôle : Médicotechnique Service : Pharmacie, stérilisation
Intitulé du projet	Développer le partenariat avec la Polyclinique du Parc concernant l'activité de pharmacie – stérilisation
Diagnostic et enjeux	Le centre hospitalier Louis Pasteur et la Polyclinique du Parc ont entamé des études en vue de rapprocher leur activité de chirurgie afin de répondre aux besoins de santé des 90 000 habitants du bassin de vie desservi par les deux établissements. Les perspectives de mutualisations nécessaires à la coopération entre les deux établissements sont définies dans un projet d'accord cadre approuvé par le directoire et la CME du CHLP en septembre 2013. Le conseil de surveillance a cependant demandé davantage de précisions quant au contenu de l'accord cadre et se prononcera sur ce projet au printemps 2014. Le service de pharmacie de la Polyclinique du Parc est composé d'une pharmacienne à mi-temps et d'un préparateur en pharmacie. L'astreinte de pharmacien n'est pas organisée.
Objectifs	. Mutualiser les moyens et rationaliser les équipements médicotechniques au niveau du territoire Jura – Nord . Augmenter l'activité du service de pharmacie – stérilisation . Développer les partenariats
Description générale du projet	Le rapprochement des activités de chirurgie implique l'organisation d'une logistique médicale avec dans un premier temps la mutualisation des deux services de pharmacie et de stérilisation au centre hospitalier Louis Pasteur. La coopération entre les deux services impliquera d'adapter l'organisation existante au sein de la PUI du CHLP. En effet les volumes de commandes et de réception seront amenés à augmenter. Cela implique de définir : - le cadre juridique approprié pour cette mutualisation ; - les compétences de chacun des deux services de pharmacie pour les marchés de médicaments, la Polyclinique du Parc ayant recours à une centrale d'achat et le CHLP passant par des groupements de commande ; - l'organisation logistique afférente pour garantir la qualité du circuit du médicament sur un site distant ; - les volumes de stockage et les lieux de stockage. En effet, aujourd'hui les gros volumes tels que les dispositifs médicaux à usage unique sont stockés au bloc opératoire du CHLP ; - le coût d'unité d'œuvre de cette fonction de logistique médicale afin de refacturer le coût de fonctionnement à la Polyclinique.

Forces / opportunités	Bonnes relations entre les deux services de pharmacie des deux établissements (entraide effective).
Faiblesses / menaces	Le projet de coopération est soumis à la signature de l'accord cadre, et à sa mise en œuvre.
Indicateurs d'évaluation	. Nombre de commandes . Nombre d'unités d'œuvre facturés
Calendrier	1 ^{er} trimestre 2015
Orientations structurantes	☐ 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 : efficience de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités

5. Créer des ensembles fonctionnels : efficience 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.

Créer des ensembles fonctionnels : efficience de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités	Page
Optimiser le dimensionnement des unités du pôle BARC - MPR	123
Développer la radiologie interventionnelle	125
Augmenter la capacité en lits de l'UHTCD	127
Créer une unité d'hébergement renforcée pour compléter la filière de prise en charge de patients atteints de troubles cognitifs sur le territoire dolois	129
Renforcer les consultations mémoires et optimiser la prise en charge et le parcours de soin des patients porteurs de troubles cognitifs	133

5.1. Filière Chirurgie



Fiche projet

Filière SROS : Chirurgie

Pôle : BARC - MPR

Services : services du pôle BARC - MPR

Intitulé du projet

Optimiser le dimensionnement des unités du pôle BARC - MPR

Diagnostic et enjeux

L'observation des taux d'occupation des différents services du pôle BARC-MPR met en évidence un surdimensionnement des unités, qui sera majoré avec l'objectif de diminution de la DMS et le développement des prises en charge sur un mode ambulatoire.

Une réflexion basée sur l'occupation moyenne des lits, mais tenant compte également du pourcentage élevé de patients admis en urgence, ainsi que de la saisonnalité des admissions, doit être engagée afin d'envisager des solutions permettant la prise en charge en toute sécurité des patients pour une consommation minimale de ressources humaines et un gain sur le coût des lits inoccupés.

La construction d'un véritable pôle ambulatoire réunissant l'ensemble des prises en charge de jour (médicales et chirurgicales) permettra de rationaliser l'utilisation de l'espace, de mutualiser les effectifs paramédicaux et de rationaliser les prises en charge ambulatoires, puisque nombre de ces prises en charge médicales (ponction ascite, perfusion de veinofer®, transfusions, saignées...) sont réalisées au sein de l'unité de chirurgie ambulatoire.

Au bloc opératoire, certaines vacations opératoires sont sous-utilisées ou non respectées. Des urgences sont intégrées au programme induisant un taux de débordement important notamment pour une spécialité.

Objectifs

- . Assurer l'efficacité des unités du pôle BARC – MPR,
- . S'orienter vers des modes de prise en charge plus modernes (ambulatoires, hospitalisation de jour, hospitalisation de semaine)
- . Mettre en adéquation « l'adressage du patient » et ses besoins,
- . Définir une unité de lieu pour les prises en charge ambulatoires : unification des flux de patients admis à la journée au CHLP

Description générale du projet

- 1- Identification des pics d'activité
- 2- Analyse des indicateurs de routine : taux d'occupation pourcentage d'urgence, nombre de patients hébergés, saisonnalité de l'activité, nombre de patients en attente et délais d'admission en HDJ/MPR
Puis proposition d'organisations adéquates :
 - dimensionnement des unités de soins,
 - capacités réactives en cas d'augmentation de l'activité avec réactivité pour ajustements possibles des moyens humains et matériels
 - pertinence de l'hospitalisation de semaine à étudier
 - élargissement de l'offre de soins en HDJ

	3- Création d'un pôle médico chirurgical ambulatoire en : - mutualisant les effectifs paramédicaux - formalisant les processus de prise en charge 4- Refonte complète de la planification hebdomadaire au bloc opératoire afin d'optimiser l'utilisation des plages opératoires. 5- Flux des consultants rationalisé grâce à une occupation maximale des salles de consultation. Ceci passe par un travail concerté lors de la refonte de la planification du bloc opératoire afin de permettre l'accueil sur ce même site des consultations médicales publiques de l'ensemble des acteurs médicaux de l'établissement.
Forces / opportunités	. Indicateurs et outils d'aide à la décision déjà en place. . Sensibilisation des professionnels notamment paramédicaux à la santé financière du CHLP . Relations avec le secteur libéral amorcées . Rapprochement entre le CHLP et la Polyclinique du Parc . Utilisation du logiciel Starting Bloc en routine et système de vacation déjà utilisé . Rédaction en cours d'un référentiel HAS en vue de la validation des critères d'admission en SSR.
Faiblesses / menaces	. Forte proportion d'hospitalisations non programmées dans les services de chirurgie conventionnelle. . Fragilité du lien avec le secteur extra-hospitalier . Logistique importante à mettre en œuvre pour une souplesse des organisations . Difficultés de recrutement de neuro-psychologue et instabilité de l'équipe paramédicale de rééducateurs dont la composition influence le recrutement en HDJ (sélection des typologies de patients) . Résistance des médecins du pôle médecine à la délocalisation de leurs consultations.
Indicateurs d'évaluation	. Taux de performance du bloc opératoire, taux de débordement, . Taux d'occupation des unités de soins, des salles de consultation . DMS . Satisfaction des patients, des personnels . Bilan financier
Calendrier	Premières actions dès le 1 ^{er} semestre 2014
Orientations structurantes	☐ 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 : efficience de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités

5.2. Filière Imagerie médicale et équipements lourds

	Fiche projet Filière SROS : Imagerie médicale et équipements matériels lourds Pôle : Médico-technique Service : Imagerie médicale
---	---

Intitulé du projet	Développer la radiologie interventionnelle
---------------------------	---

Diagnostic et enjeux	En lien avec les services d'hospitalisation (et notamment la néphrologie, la pneumologie, la chirurgie et la gynécologie), une activité de radiologie interventionnelle a débuté à partir d'octobre 2013 (à raison d'un volume d'environ 4 actes par semaine). Les gestes sont effectués sous scanner. Certains gestes guidés par des technologies d'imagerie en coupe peuvent être réalisés au moyen de l'échographe, technique moins irradiante pour le patient.. Le champ de la radiologie interventionnelle est également ouvert aux gestes guidés aux rayons X. Le service de radiologie ne dispose pas actuellement d'appareil de scopie permettant d'effectuer ces gestes avec des images lisibles. Par ailleurs le plan pluriannuel d'investissement biomédical prévoit un remplacement d'une salle pour l'année 2014.
-----------------------------	--

Objectifs	. diversifier l'offre de soin du service de radiologie
------------------	--

Description générale du projet	Il s'agit d'assurer la substitution des gestes réalisés au scanner par l'échographie afin de : - maîtriser la programmation du scanner. - de moins irradier le patient. Pour cela il est nécessaire de réaménager la salle d'échographie. Aussi compte tenu du réaménagement prévu pour la salle 4 et des orientations médicales du service, le développement de la radiologie interventionnelle pourra se faire dans une salle dédiée en : - changeant l'équipement obsolète de la salle 4 par une table à contrôle scopique. Cet investissement est d'ailleurs inscrit au plan pluriannuel des équipements médicaux pour 2014 ; - ayant un échographe dédié à la radiologie interventionnelle, présent dans la salle 4. A terme il est envisagé de proposer l'activité aux consultants externes en ayant des plages de vacation dédiées selon l'effectif médical et l'activité du service. Dans un premier temps, l'objectif est de prendre en charge 4 à 5 patients par semaine.
---------------------------------------	---

Forces / opportunités	. radiologues formés aux techniques de radiologie interventionnelle . demandes existantes de gestes de radiologie interventionnelle par les services d'hospitalisation.
Faiblesses / menaces	. effectif médical du service d'imagerie médicale à stabiliser pour développer cette activité
Indicateurs d'évaluation	. Nombre d'actes de radiologie interventionnelle réalisés en externe et pour les hospitalisés
Calendrier	. 2014 : changement d'une salle de radiologie
Orientations structurantes	■ 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 : efficience de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités

5.3. Filière Médecine d'urgence

	Fiche projet Filière SROS : Urgences Pôle : Urgences Service : UHTCD
---	--

Intitulé du projet	Augmenter la capacité en lits de l'UHTCD
---------------------------	---

Diagnostic et enjeux	Les locaux de l'UHTCD ont été construits en 2006 pour une unité de 8 lits. L'UHTCD a ouvert 2 lits en mars 2011. Depuis le 16 janvier 2012, la capacité de l'UHTCD est passée de 2 à 4 lits. Ce passage de 2 à 4 lits répondait à trois enjeux : ✓ <u>Enjeu stratégique</u> : développer l'activité d'UHTCD afin de garantir une réponse adaptée aux besoins de l'établissement et du service d'urgence. ✓ <u>Enjeu médico-économique</u> : augmenter l'apport de recettes nouvelles liées à cette augmentation d'activité dans un contexte institutionnel financier très contraint. ✓ <u>Enjeu qualité</u> : permettre aux patients relevant d'UHTCD, un accueil dans des conditions de confort améliorées. Le taux d'occupation moyen de ces 4 lits pour 2012 est de 130% et avec des recettes s'élevant à 1 058 739 € (538 775 € en 2011 avec 2 lits déployés) avec des dépenses stables entre 2011 et 2012. L'unité est excédentaire de 913 276 €. Des marges de manœuvre sont encore possibles afin de développer l'activité d'UHTCD, d'apporter de nouvelles recettes et ainsi améliorer la performance du service d'urgence en renforçant les enjeux exprimés dans le cadre du projet d'augmentation à 4 lits d'UHTCD. Proposition d'augmentation de la capacité de l'UHTCD à 5 lits.
-----------------------------	---

Objectifs	. Développer l'activité d'UHTCD afin de garantir une réponse adaptée aux besoins de l'établissement et 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.
------------------	--

Description générale du projet	L'élaboration de ce projet passera par la réalisation d'une analyse sur la part d'activité « récupérable » aux urgences et par une étude portant sur l'évaluation des besoins (matériels et humains) ainsi que sur l'impact financier prévisionnel.
---------------------------------------	--

Forces / opportunités	. Locaux construits prêts à être utilisés, certains matériels (mobiliers) présents. . Professionnels du service motivés. . Projet formalisé pour l'ouverture des 4 lits à réactualiser pour l'augmentation à 5 lits. . Meilleure efficacité dans la prise en charge des patients pour le service d'urgence. . Gain financier résultant de l'accroissement d'activité. . Meilleure réponse aux perspectives de diminution de lits d'hospitalisation sur l'établissement (concernant les hospitalisations de 24 heures). . Fonctionnement de l'UHTCD déjà formalisé à travers une charte appliquée. . Meilleure valorisation de l'activité (exemple : faire transiter certains patients à l'UHTCD avant l'orientation directe au SAUP).
Faiblesses / menaces	. Besoin de personnels supplémentaires à évaluer (nécessité absolue que les recettes d'activité couvrent les dépenses supplémentaires engagées).
Indicateurs d'évaluation	. Nombre de patients admis dans les lits d'UHTCD. . Durée de séjour . Taux d'occupation des lits . Nombre de séjours et pourcentage de patients ayant dépassé les 24 heures de présence . Orientation des patients à l'issue de leur prise en charge en UHTCD . Valorisation GHM . Charges à caractère médical . Charges à caractère hôtelier et général . Fiches d'événements indésirables . Taux de réclamation
Calendrier	Ce projet d'augmentation de la capacité en lits de l'UHTCD est envisagé en 2014. Il sera conduit par le chef de pôle, la cadre supérieure de pôle, la cadre de santé du service d'urgence ; en collaboration avec le directeur référent de pôle.
Orientations structurantes	☐ 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

5.4. Filière Soins de longue durée

	Fiche projet Filière SROS : Soins de longue durée Pôle : Gériatrie Service : EHPAD/USLD
---	--

Intitulé du projet	Créer une unité d'hospitalisation renforcée (UHR) pour compléter la filière de prise en charge des patients atteints de troubles cognitifs sur le territoire dolois
----------------------------------	---

Diagnostic et enjeux	Le rapport d'évaluation du Plan Alzheimer 2008-2012 met en avant « la non réalisation des objectifs quantitatifs » concernant la création de structures de ce type : « 310 unités devaient être créées durant le plan. 91 ont été ouvertes en secteur médicosocial et 55 en secteur sanitaire ce qui correspond à une réalisation de 47% des objectifs initiaux ». Sur le territoire dolois, les patients porteurs de troubles cognitifs de type Alzheimer ou apparentés peuvent actuellement bénéficier : • d'une consultation mémoire pour établir des diagnostics et un suivi à domicile • d'une unité cognitivo-comportementale (UCC) pour la prise en charge des périodes de crise • de lits d'hospitalisation de jour psycho-gériatrique pour aider les maintiens à domicile difficiles Ces différentes structures permettent également de prendre en charge les troubles psycho-comportementaux qui accompagnent la maladie mais ne permettent pas de trouver des solutions à moyen terme pour ces prises en charge puisque l'UCC fait partie des services de soins de suite ne pouvant accueillir les patients que sur une courte durée. Ces patients sont ensuite accueillis en partie par des structures privées et de toute façon insuffisantes en nombre de places, en témoigne entre autres la DMS de l'UCC qui fin Septembre 2013 est de 61,5 jours. La création d'une UHR permet de répondre à l'objectif 4.4 de la priorité 4 du PSRS : « Développer des dispositifs de prise en charge adaptés pour des publics spécifiques : patients atteints d'Alzheimer, d'autisme et personnes handicapés vieillissantes ». Elle rejoint le SROS dans son orientation spécifique Alzheimer qui a pour but de veiller à la cohérence de ce type de prise en charge.
------------------------------------	---

Objectifs	. Veiller à la mise en cohérence des prises en charge Alzheimer . Assurer une prise en charge adaptée et de qualité pour ces patients actuellement hospitalisés en UCC ou hébergés en EHPAD, USLD (recommandation n°12 du rapport d'évaluation du plan Alzheimer 2008-2012) . Orienter les patients porteurs de troubles psycho-comportementaux importants de l'EHPAD/ USLD vers l'UHR
-------------------------	--

Description générale du projet	« L'UHR est un lieu de vie qui fonctionne nuit et jour. Il propose sur un même lieu l'hébergement, les soins les activités sociales et thérapeutiques pour des résidents ayant des troubles du comportement sévères. » Ainsi seront admis des résidents autonomes d'un point de vue locomotion mais présentant des troubles tels que agitation, agressivité, hallucinations, déambulation majeure qui ne sont plus gérables dans une unité d'EHPAD ou USLD traditionnelle. En effet dans ces lieux de vie conventionnels les troubles importants du comportement génèrent des risques importants pour le résident lui-même ainsi qu'une gêne majeure pour les autres résidents dans la vie quotidienne. Il s'agit en général de petites unités, permettant de proposer des activités personnalisées et adaptées à l'évolution de la maladie. L'UHR sera sanitaire, en conservant les lits actuels d'USLD et en installant les lits d'UHR à la place des lits d'EHPAD transférés sur le site du CHS St Ylie (Cf. projet en cours, regroupement des EHPAD du CHS et du CH) Il convient donc d'identifier 12 lits jouxtant l'USLD, nécessitant une réorganisation architecturale et une modification en moyen humain (nombre, formation). L'objectif des unités d'hébergement renforcées (UHR) est « d'améliorer la prise en charge des troubles psycho-comportementaux des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer admises en institution et ainsi limiter le recours aux neuroleptiques. Cette mesure est à mettre en relation avec la mesure 15 du plan, pilotée par la Haute Autorité de Santé, dont l'objectif est d'améliorer le bon usage des médicaments chez les patients Alzheimer, partant du constat qu'ils sont six fois plus exposés aux neuroleptiques que la population du même âge.
Forces / opportunités	. L'existence d'une filière Alzheimer et des lits d'EHPAD et d'USLD au sein du pôle gériatrique. . Mise en adéquation avec les recommandations HAS (iatrogénie médicamenteuse) . Libérer des places en UCC pour accueillir des patients, des autres services ou du domicile
Faiblesses / menaces	. Architecture des unités USLD/EHPAD actuellement non adaptée à l'accueil des résidents présentant des troubles psychos-comportementaux . Manque de lits adaptés en aval de l'UCC (occupation inadéquate des lits)
Indicateurs d'évaluation	. Diminution DMS dans l'UCC . Taux d'occupation de l'UHR . Pathos Moyen Pondéré . Diminution de la prescription des psychotropes . Diminution des chutes (fiches de chutes) . Mesure de la satisfaction de la prise en charge des résidents par les familles
Calendrier	Deuxième semestre 2014 pour lancement de l'étude de faisabilité

Orientations structurantes	■ Développer la qualité, la sécurité et l'évaluation des pratiques professionnelles ■ Optimiser le parcours du patient □ Maîtriser la DMS et prendre définitivement le virage vers l'ambulatoire ■ Développer les complémentarités, partenariats et réseaux ■ Créer des ensembles fonctionnels : efficience de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités
-----------------------------------	--

5.5. Filière Soins de suite et de réadaptation

	Fiche projet Filière SROS : Soins de suite et de réadaptation Pôle : Gériatrie Service : SSR
---	---

Intitulé du projet	Renforcer les consultations mémoires et optimiser la prise en charge et le parcours de soin des patients porteurs de troubles cognitifs
--------------------	---

Diagnostic et enjeux	Dans le respect des orientations stratégiques du SROS-PRS de Franche-Comté, et du Plan Alzheimer, le pôle gériatrie du centre hospitalier Louis Pasteur s'engage dans une réflexion d'amélioration de la prise en charge et le parcours de soin des patients porteurs de troubles cognitifs. A ce jour, le constat est le suivant, plus de 850 000 personnes de plus de 65 ans sont atteintes de démence en France avec 220 000 nouveaux cas chaque année. Les troubles cognitifs constituent un majeur de santé publique. L'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement démographique sont naturellement en cause. En raison de sa structure démographique, la France est particulièrement concernée. Entre 2007 et 2030, l'effectif des 75 ans ou plus devrait augmenter de 1,9% par an, soit un rythme 6 fois plus élevé que celui de la population totale (+ 0,3% par an), pour atteindre 8 millions de personnes en 2030 (soit 12% de la population totale contre 8,5% en 2000) et 11 millions de personnes en 2050 (15,6% de la population). Les troubles cognitifs ne vont donc cesser de croître pour atteindre dans le monde 115 millions de personnes en 2050. Le SROS retient plusieurs orientations : • veiller à la cohérence des prises en charge spécifique Alzheimer • admettre directement le patient en SSR sans passage par le CSG, sous réserve d'une évaluation des besoins en amont, d'un diagnostic posé et d'un traitement établi. De même, le plan Alzheimer 2008-2012 a été reconduit en 2013. Il présente 56 mesures dont 5 mesures en rapport avec la problématique des troubles cognitifs : • Mesure n°1 : maintenir le financement des consultations mémoire (CM) et des centres mémoire de ressource et de recherche (CMRR), développer la qualité des procédures diagnostiques et de prise en charge mises en place et inciter les CM à participer à des recherches cliniques ou en sciences humaines et sociales. • Mesure n°15 : inscrire les accueils de jour dans des filières gérontologiques locales (médecins généralistes, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), EHPAD, hôpital...) Mesure n°25 : partir d'une évaluation fine des besoins exprimés par les aidants pour construire localement des actions de sensibilisation « à la carte ». • Mesure n° 28 : renforcer les liens entre les médecins traitants, les consultations mémoire et les dispositifs d'intégration d'aides et de
------------------------------------	---

	soins (MAIA). • Mesure n°29 : faire participer les médecins traitants à un recueil d'information sur l'état de santé des aidants de patients souffrant de maladies neuro-dégénératives. Au sein du pôle gériatrie, il existe des consultations mémoire dans le cadre du CMRR. Ce temps dédié est de 0,30 ETP. De janvier à octobre 2013, le nombre de consultations médicales est de 332, dont 207 par le médecin gériatre et 125 par le médecin neurologue. Parmi ces 332 consultations, 85 étaient des premières consultations. A la suite de cette première consultation médicale, les patients peuvent être pris en charge par la neuropsychologue soit 45 consultations. A ce jour, le délai d'attente est de 3 mois et demi pour une première consultation médicale et de 3 semaines pour une consultation de neuropsychologie.
Objectifs	. Diminuer l'hospitalisation complète et le passage par le service d'accueil et d'urgences pour les patients présentant des 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
Description générale du projet	Un des enjeux du SROS est de favoriser les entrées directes en SSR. (<i>cf. fiche projet Favoriser les entrées directes en SSR</i>) Pour ce faire, il convient d'établir un diagnostic en amont des hospitalisations. Dans le cadre de cette évaluation des besoins en amont, plusieurs points sont à développer : • recours plus fréquent aux consultations mémoire par l'information des médecins traitants par des rencontres, des courriers, une porte ouverte au sein du pôle gériatrie. • améliorer la prise en charge des troubles du comportement dans les structures adaptées en : ○ pérennisant l'unité cognitivo comportementale (UCC) et l'accueil de jour ○ créant des lits d'unité d'hébergement renforcé (<i>Cf. fiche projet Création d'une unité d'hébergement renforcée</i>) ○ développant l'information sur l'existence de ses structures et la coordination avec d'autres structures (plateforme répit, accueil de jour extérieur au pôle.) • Lutter contre l'épuisement des familles par la création de lieu d'écoute, de groupe de parole avec psychologue sur le lieu de la consultation mémoire Afin de proposer une prise en charge médicale dans des délais acceptables (1 mois), il conviendrait d'augmenter le temps médical dédié aux consultations mémoire de 0,30 ETP.
Forces / opportunités	. Consultation mémoire labélisée dépendante du CMRR Besançon . Prise en charge pluridisciplinaire par des consultations médicales et neuropsychologique, . Collaboration avec l'UCC, et son accueil de jour ainsi que les hospitalisations de répit pour les aidants . Collaboration externe avec le CLIC, MAIA, PRODESSA et son accueil de jour, et la plateforme départementale de répit.

	. Consultations mémoire réalisées au sein du pôle gériatrie du CHLP.
Faiblesses / menaces	. File active trop longue. Besoin identifié de temps médical pour les consultations . Pas d'accompagnement des familles, (soutien psychologique pour les familles, groupe parole) . Absence d'UHR . Pérennisation d'un temps neurologue . Consultations trop peu connues par les médecins traitants
Indicateurs d'évaluation	. Diminution de la file active par une augmentation du nombre de consultations mémoire . Diminution du nombre d'hospitalisations au SAU et de consultations pour troubles médico-psycho-sociaux . Augmentation du nombre d'entrées directes en SSR et en UCC . Mesure de la satisfaction de la prise en charge des aidants par une enquête
Calendrier	Deuxième semestre 2014 en fonction de l'attribution du temps médical supplémentaire
Orientations structurantes	☐ Développer la qualité, la sécurité et l'évaluation des pratiques professionnelles ■ Optimiser le parcours du patient ☐ Maîtriser la DMS et prendre définitivement le virage vers l'ambulatorio ■ Développer les complémentarités, partenariats et réseaux ■ Créer des ensembles fonctionnels : efficience de la prise en charge, utilisation rationnelle de l'espace, gestion réactive des capacités