Centre hospitalier d'Abbeville
43, rue de l'Isle - 80142 ABBEVILLE
03 22 25 52 00 - www.ch-abbeville.fr

Projet d'établissement

2018 - 2023

Soumis au Directoire le 28 mai 2018 – Avis favorable de la CSIRMT le 14 juin 2018 - Avis favorable du CTE le 18 juin 2018 - Avis favorable de la CME le 25 juin 2018 - Approuvé par le Conseil de Surveillance - le 26 juin 2018

Sommaire

Introduction 7

Les cinq priorités du projet d'établissement 8

Chapitre 1.
Le centre hospitalier dans son territoire 9

I. Présentation sociodémographique et sanitaire du territoire de proximité 9
1. Présentation du centre hospitalier d'Abbeville 9
2. Présentation du territoire 11
3. Présentation de l'offre de soins du territoire 16
4. Les priorités de santé publique pour le territoire 16
5. L'offre du Groupement hospitalier de territoire 18
6. Les contrats locaux de santé et de santé mentale 20
7. Bilan synthétique des objectifs du CPOM 2013-2017 21

II. Présentation de l'activité du centre hospitalier 22
1. Structure et capacités d'accueil 22
2. Indications générales sur l'activité 2016 et 2017 25
3. Activité du pôle anesthésie-bloc-réanimation 27
4. Activité du pôle femme-enfant 30
5. Activité du pôle médical 32
6. Activité du pôle médico-chirurgical 34
7. Activité du pôle de psychiatrie 36
8. Activité du pôle médicotechnique 37

III. Présentation de l'attractivité et des taux de fuite 41

Chapitre 2.
Le projet médical 48

I. Les objectifs transversaux à l'ensemble des services 48
1. La prévention et l'éducation thérapeutique du patient 48
2. La diabétologie et l'endocrinologie 54
3. Les soins palliatifs 58
4. La lutte contre la douleur 62
5. L'hospitalisation à domicile 63
6. La politique de lutte contre les infections nosocomiales 64
7. La prise en charge médicamenteuse 65

II. Les objectifs par filière de soins 71
1. La filière urgences 71
2. La gériatrie 78
3. La cancérologie 88
4. L'insuffisance Rénale Chronique 94
5. La prise en charge de l'Accident Vasculaire Cérébral 97
6. Le pôle femme-couple-enfant 100
7. La santé mentale, psychiatrie générale et infanto-juvénile 104
8. L'addictologie 110
9. Le bloc opératoire 114
10. La cardiologie 116
III. Tableau synthétique des actions 118

Chapitre 3.
Le projet de soins 124
PREAMBULE 126
INTRODUCTION 127
I. Donner de la lisibilité aux parcours patients : du territoire prescrit (GHT) aux parcours réels des patients pris en charge au centre Hospitalier d'Abbeville pour sept filières de soins 128
1. Filière urgence /AVC 129
2. Filière gériatrie /SSR 130
3. Filière Chirurgie/Bloc/UMCA 131
4. Filière Cancérologie 132
5. Filière femme couple enfant 133
6. Filière santé mentale 135
7. Filière médico-technique 136
II. Développer la coordination médecins/soignants pour une prise en charge efficiente au service du patient garantissant qualité et sécurité des soins 138
III. S'inscrire dans une démarche continue d'amélioration de la qualité des soins et de prévention des risques évitables liés aux soins en poursuivant toutes les actions engagées dans ce sens 139
1. Tenue du dossier du patient (pratique exigible prioritaire et indicateur national 140
2. Maitrise du risque infectieux (pratique exigible prioritaire et indicateur national) 142
3. Prise en charge médicamenteuse du patient et sécurisation du circuit du médicament (Pratique exigible prioritaire et indicateur national) 143

4. Gérer les risques associés aux soins afin d'éviter les pratiques non-conformes 143
5. Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge (Pratique exigible prioritaire] 143
6. Renforcement de la politique Bientraitance..... 144

IV. Accompagner l'informatisation du dossier de soins sur l'ensemble du Centre Hospitalier pour garantir une meilleure continuité et coordination des soins..... 144

V. Accompagner sur le plan soignant la mise en œuvre du développement professionnel continu et renforcer les collaborations avec les Instituts de formation 145

Conclusion 147

Bibliographie..... 148

Annexes 148

La politique de soins..... 152

Chapitre 4.
Le projet social 192

I. Introduction 192

II. Le contexte 192

III. La démarche 192

IV. La méthode..... 193
1. Les groupes de travail 193
2. La construction du projet..... 194

V. Le projet 195
1. Axe 1 : Donner une autre dimension à la politique Qualité de Vie au Travail, socle du projet social..... 195
2. Axe 2 : Engager une politique de communication institutionnelle durable..... 196
3. Axe 3 : Faire de la gestion prévisionnelle des métiers et compétences (GPMC) et de la formation un engagement en faveur de la Qualité de Vie au Travail 197

La politique qualité de vie au travail 199

Chapitre 5.
Politique qualité et gestion des risques 219
I. Principes généraux –Orientations et pilotage de la démarche qualité et gestion des risques 219
II. Axes de développement 220
1. Axe 1 – Intégrer la qualité et la sécurité des soins dans la pratique quotidienne..... 220
2. Axe 2 – Valoriser l'amélioration des résultats pour le patient et le niveau de la qualité de l'établissement..... 221
3. Axe 3 – Rendre l'usager acteur de notre démarche..... 222
4. Axe 4 – Engager une réflexion sur la qualité territoriale en lien avec le GHT 222

Chapitre 6.
Schéma Directeur du Système d'Information 223
I. Présentation 223
1. Démarche suivie 223
2. Document de référence..... 223
3. Objectifs 223
II. État des lieux du Système d'Information 224
1. Bilan Système d'Information 2012-2017 224
2. Cartographie applicative et technique actuelle..... 226
3. Moyens Humains 229
III. Définition des différents axes du SDSI 229
1. Finalisation des projets en cours..... 229
2. Formalisation de la gouvernance du SI..... 230
- GHT..... 230
- CH Abbeville 231
3. Mise en œuvre du SDSI de GHT 232
4. Evolution numérique lié à la modernisation du CH 234
5. Fiches Projet 234

Chapitre 7.
Le projet de communication 235
I. Introduction 235
II. Bilan de l'existant 235
III. Politique de communication..... 237
IV. Plan d'actions 238
Conclusion. 239

Chapitre 8. .....
Le projet de modernisation 240
I. Les objectifs de l'opération. 240
II. Cadrage de l'opération : le programme capacitaire 241
III. Cadrage de l'opération : le planning du projet. ... 242
IV. Présentation de la phase 0/1 : préambule. 245
V. Présentation de la phase 0/1 : les plans. 249

Chapitre 9.
Le projet financier..... 255
I. Le contrat de retour à l'équilibre financier : C.R.E.F. 255
II. Synthèse des actions du Plan de Retour à l'Equilibre et leur impact financier. 259

Introduction

Le projet d'établissement définit la stratégie du Centre hospitalier pour les 5 années à venir. Il a pour ambition de définir la politique générale de l'établissement en pleine mutation.

Etablissement public de santé de référence sur le territoire Abbevillois, le centre hospitalier doit pouvoir s'adapter au mieux pour répondre aux besoins de la population et des personnes accueillies.

Notre territoire présentant des indicateurs de santé parmi les plus mauvais, est ciblé comme prioritaire au niveau du Projet Régional de Santé qui vise notamment à réduire les inégalités d'accès aux soins.

Ce projet d'établissement composé de différents volets : médical, de soins, social, qualité gestion des risques, schéma directeur du système d'information, communication, projet de modernisation, a été établi collectivement et dans le dialogue.

Il s'agit d'un outil dynamique qui donne des repères et du sens au travail. Il conduit l'évolution des pratiques et de la structure dans son ensemble.

Basé sur la réflexion du projet médical partagé du Groupement hospitalier de territoire Somme Littoral Sud, le projet médical et le projet de soins sont déclinés par filières de soins.

Maintenir les compétences et renforcer l'attractivité médicale sont des enjeux majeurs pour la sauvegarde du service public avec un accès aux soins 24h sur 24 tout au long de l'année et une garantie d'équité et de qualité des soins.

Quant au projet social, il vise principalement à promouvoir la meilleure qualité de vie possible au travail.

Parallèlement, se prépare le projet de modernisation tant attendu et indispensable pour améliorer de façon notable l'accueil et le confort des patients et apporter des conditions de travail meilleures aux professionnels.

La mise en œuvre de l'ensemble des volets du projet d'établissement ne peut être que le fruit du travail collectif à tous les niveaux et dans toutes les catégories professionnelles.

C'est ensemble que nous réussirons à porter les valeurs du service public et à garantir les meilleurs soins à la population pour améliorer l'état de santé global de notre territoire.

Les cinq priorités du projet d'établissement

- CONFORTER L'OFFRE DE SOINS ET ACCROITRE LA LISIBILITE DES PARCOURS PATIENTS SUR LE TERRITOIRE ABBEVILLOIS

- SECURISER ET FLUIDIFIER LES PARCOURS DE SOINS EN LIEN AVEC LE GHT, LES PARTENAIRES LIBERAUX ET LE SECTEUR MEDICO SOCIAL

- PROMOUVOIR LA PREVENTION, LE DEPISTAGE, L'EDUCATION THERAPEUTIQUE ET LA READAPTATION

- AMELIORER L'EFFICIENCE DES PARCOURS DE SOINS ET DES ORGANISATIONS POUR GARANTIR LA SOUTENABILITE FINANCIERE DU PROJET DE MODERNISATION

- AMELIORER L'ATTRACTIVITE DE L'ETABLISSEMENT TANT POUR LES PATIENTS QUE POUR LES PROFESSIONNELS EN PROMOUVANT LES DEMARCHES QUALITE ET LE BIEN-ETRE AU TRAVAIL

Chapitre 1.
Le centre hospitalier dans son territoire

I - présentation sociodémographique et sanitaire du territoire de proximité

1. Présentation du Centre Hospitalier d'Abbeville

En Picardie maritime, le **Centre Hospitalier d'Abbeville** est l'**unique** établissement de santé assurant les urgences, la permanence des soins ou disposant d'une maternité.

Il dessert une population de **plus de 170 000 habitants** du territoire Nord-Ouest de la région Picardie : Abbeville, le Ponthieu, le Vimeu, le Marquenterre, la Baie de Somme, les vallées de l'Authie, de la Somme et de la Bresle.

Son attractivité s'étend aux communes limitrophes du Pas-de-Calais et de la Seine-Maritime.

Avec près d'un million de visiteurs qui apportent chaque année plus de 160 millions d'euros de valeur ajoutée économique, - soit 1500 euros par habitant -, le tourisme génère 5300 emplois directs et indirects en Picardie maritime. Les **touristes,** en particulier durant la saison estivale, bénéficient du service public de santé.

Le Centre hospitalier d'Abbeville, établissement de recours infrarégional, offre une palette de soins complète avec un service d'accueil et d'urgences (SAU), 2 équipes de SMUR, 350 lits et places en Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO), 60 lits de psychiatrie, 50 lits de Soins de suite et de réadaptation (SSR), 30 places d'Hospitalisation à Domicile (HAD) et 350 lits en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Des services médicotechniques complètent son activité : laboratoire de biologie médicale, pharmacie à usage intérieur (PUI), bloc opératoire, bloc obstétrical, plateau d'explorations, plateau technique de rééducation, consultations externes, plateau d'imagerie médicale avec scanner, IRM, échographies.

Avec 1 400 agents dont 114 équivalents temps plein de praticiens, l'établissement a un budget consolidé de 114 millions d'euros en 2017.

Le Centre Hospitalier d'Abbeville est membre du Groupement Hospitalier de Territoire Somme Littoral Sud comprenant dix établissements avec le CHU d'Amiens en tant qu'établissement support.

Il est en direction commune avec le Centre Hospitalier Intercommunal de la Baie de Somme depuis février 2018.

2. Présentation du territoire.1

[1] Diagnostic territorialisé des Hauts de France Territoires de proximité, OR2S et ARS 2017

LES ZONES D'ACTIVITE DE SOINS ET DES EQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS

Par décision N°2017-034 de l'ARS concernant la répartition des activités de soins et des équipements matériels lourds, le Centre hospitalier d'Abbeville est situé dans la zone N°16A et comprend les communes situées sur le versant Ouest de la Somme.

En 2015, le territoire de démocratie sanitaire de la Somme comprend 571 879 Samariens avec une densité de 92 habitants au km2, la plus faible après celle de l'Aisne dans les Hauts de France. La part des moins de 20 ans est la plus faible alors que la part des 65 ans et plus est la plus élevée, d'où un indice de vieillissement élevé (0,69 vs 0,59 en région).

La population reste stable globalement dans le territoire sauf pour la commune d'Abbeville qui perd 0,7% d'habitants entre 2010 et 2015. Département rural, la Somme est traversée par un réseau autoroutier qui la relie aux grands centres urbains et au littoral.

La région Hauts de France est au dernier rang national en ce qui concerne l'espérance de vie, ainsi que dans le domaine de l'éducation à la santé (source Académie nationale de médecine).

Le cancer, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires et le diabète sont les quatre grandes maladies chroniques, aujourd'hui à l'origine de près des deux tiers des décès en France et de la moitié dans le monde. Pour les Hauts de France, le cancer est la première cause de mortalité devant les maladies cardiovasculaires, avec des écarts accrus pour les personnes en situation de vulnérabilité. La surmortalité liée aux cancers est supérieure de 18% à la moyenne nationale. Cette situation s'explique dans 80% des cas par les conditions de vie, les facteurs environnementaux, les facteurs sociaux comme le chômage et les facteurs comportementaux à risques (alimentation, alcool, tabac, surpoids, sédentarité…). Mais 40% des cancers seraient évitables d'après l'académie de médecine, notamment par l'intervention sur ces différents facteurs et en particulier la prévention.

L'espérance de vie dans les Hauts-de-France aujourd'hui, c'est l'espérance de vie de la France en 2003.

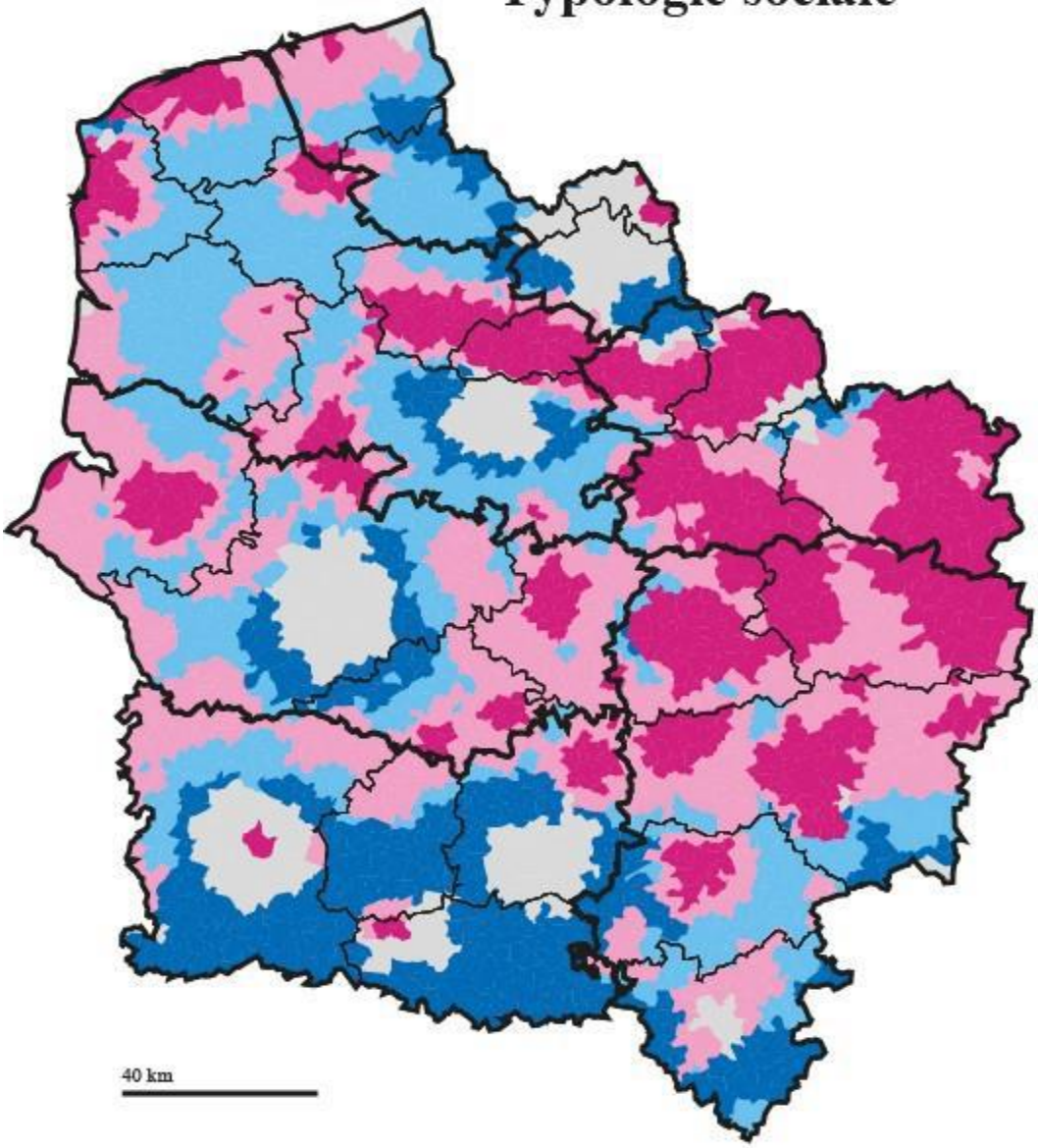
Une situation socio-économique intermédiaire dans la Somme

L'agriculture est plus répandue dans la Somme et occupe 3,8% de la population active du département en 2013 alors que les exploitations agricoles constituent 12,2% des établissements qui y sont implantés. 17,2% de la population samarienne connaît une situation de pauvreté avec un taux particulièrement élevé à Abbeville.

Si le taux de chômage est légèrement inférieur à celui de la région tout en étant supérieur à celui du niveau national (11,1 ; 11,7 et 9,2%) ; la part de la population sans diplôme est par contre supérieure à celle des Hauts de France (40,2% vs 37,0%).

[2] Données issues du diagnostic territorial partagé en Santé Mentale de la Somme ORSS 20

Typologie sociale



En regard des Hauts-de-France :	Part de la population régionale au RP 2013
situation sociale la plus favorable	9,9 %
situation sociale plutôt favorable	8,6%
zones urbaines présentant une situation sociale hétérogène	25,8 %
situation sociale plutôt défavorable	16,8 %
situation sociale la plus défavorable	38,9 %

Sources : CCMSA, Cnaf, Insee, Ministère de l'Économie et des Finances - DGFiP

Situation sanitaire du territoire défavorable

L'indice conjoncturel de fécondité et le nombre moyen de naissances est parmi les plus faibles de la région (1,67 vs 2,08).

La région garde le taux de mortalité le plus élevé et un taux de surmortalité qui est passé de 17% en 1982 à 21% en 2013. Pour le territoire d'Abbeville la surmortalité varie de 15% chez les femmes à 25% chez les hommes.

La première cause de mortalité des 15-34 ans est due au suicide avec une surmortalité sur le secteur de + 135% (+41% dans les Hauts de France).

Tous âges confondus, Abbeville comme l'ensemble des autres territoires de proximité de la région a un taux de surmortalité élevé dans les cancers (+35% entre la région et la France entière), notamment pour les hommes de moins de 65 ans.
La mortalité par cancer varie selon les localisations et touche principalement les hommes avec un cancer des voies aéro-digestives supérieures puis ceux avec un cancer de la trachée, des bronches et du poumon.
Les femmes sont les plus touchées par le cancer du sein.

On constate que même si la mortalité diminue ces dernières années, le différentiel avec la France ne cesse de croître.

Concernant les maladies de l'appareil circulatoire, elles représentent la première cause de mortalité chez les femmes avec une surmortalité chez les moins de 65 ans en regard de la France qui est de + 40% en 2006-2013.

En ce qui concerne la corpulence, les habitants des Hauts de France sont plus nombreux que les français à présenter un surpoids.

3. Présentation de l'offre de soins du territoire.

Si l'on constate une faible densité de professionnels de santé sur la région, la région d'Abbeville est légèrement épargnée comme celle d'Amiens.

La consommation de séjours est inférieure sur le territoire par rapport à la région et à la France et notamment en chirurgie.

En conclusion, la région présente une hétérogénéité avec une différence entre le milieu rural et le milieu urbain.

Les situations sont diverses, tant en termes de santé que de social.

4. Les priorités de Santé Publique pour le territoire.

Le conseil territorial de santé de la Somme a défini cinq priorités au regard de l'analyse du diagnostic territorialisé :

- Assurer la sécurisation du parcours de santé de l'usager, notamment conformément à la charte du parcours de santé portée par le ministère des solidarités et de la santé
- Améliorer la coordination et la prise en charge visant à limiter le recours à l'urgence des personnes concernées par des problèmes de santé mentale
- Fluidifier les parcours et faciliter l'intégration et l'inclusion des personnes en situation de handicap
- Promouvoir et développer la prévention, le repérage précoce et des actions coordonnées dans le domaine des addictions avec ou sans substance
- Améliorer le repérage des personnes âgées, personnes en situation de précarité, personnes isolées et/ou à risques et promouvoir un parcours coordonné à domicile et en établissement

Ces priorités s'inscrivent en totale cohérence avec l**a stratégie nationale de santé qui constitue le cadre de la politique de santé en France.** Arrêtée par décret cette stratégie se fonde sur l'analyse dressée par le Haut Conseil de la santé publique sur l'état de santé de la population, ses principaux déterminants, ainsi que sur les stratégies d'actions envisageables.

La stratégie nationale de santé comporte quatre axes :

- Mettre en place une politique globale de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie
- Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à l'offre de santé
- Garantir la qualité et la pertinence des prises en charge au bénéfice de la population
- Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens

Un accent particulier est notamment mis sur la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune, à travers la mise en œuvre de parcours de santé visant à favoriser dès le plus jeune âge l'éducation en santé, la prise en charge précoce et adaptée des pathologies et la prévention des risques spécifiques à l'enfance.

La feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie élaborée par le comité stratégique de la santé mentale au niveau national a comme objectifs l'amélioration des conditions de vie, de l'inclusion sociale et de la citoyenneté des personnes vivant avec un trouble psychique, l'amélioration de l'accès aux soins et aux accompagnements.

Cette feuille de route répond à ces enjeux par la présentation d'un plan global déclinant **37 actions** selon trois axes :

- Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique, et prévenir le suicide,
- Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité.
- Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.

Le projet régional de santé (PRS), rénové par la loi de modernisation de notre système de santé définit la politique de santé de la région Hauts-de-France, en cohérence avec la stratégie nationale de santé (SNS).

Simplifié autour de 3 documents, le PRS est composé :

- d'un cadre d'orientation stratégique (COS)
- d'un schéma régional de santé (SRS)
- d'un programme régional relatif à l'accès, à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

Le COS détermine les objectifs généraux et les résultats attendus en lien avec la stratégie nationale de santé à l'horizon de 10 ans « *pour améliorer l'état de santé de la population, lutter contre les inégalités sociales et territoriales en santé et en particulier, celles relatives à l'accès, à la prévention, aux soins et à l'accompagnement médico-social* ».

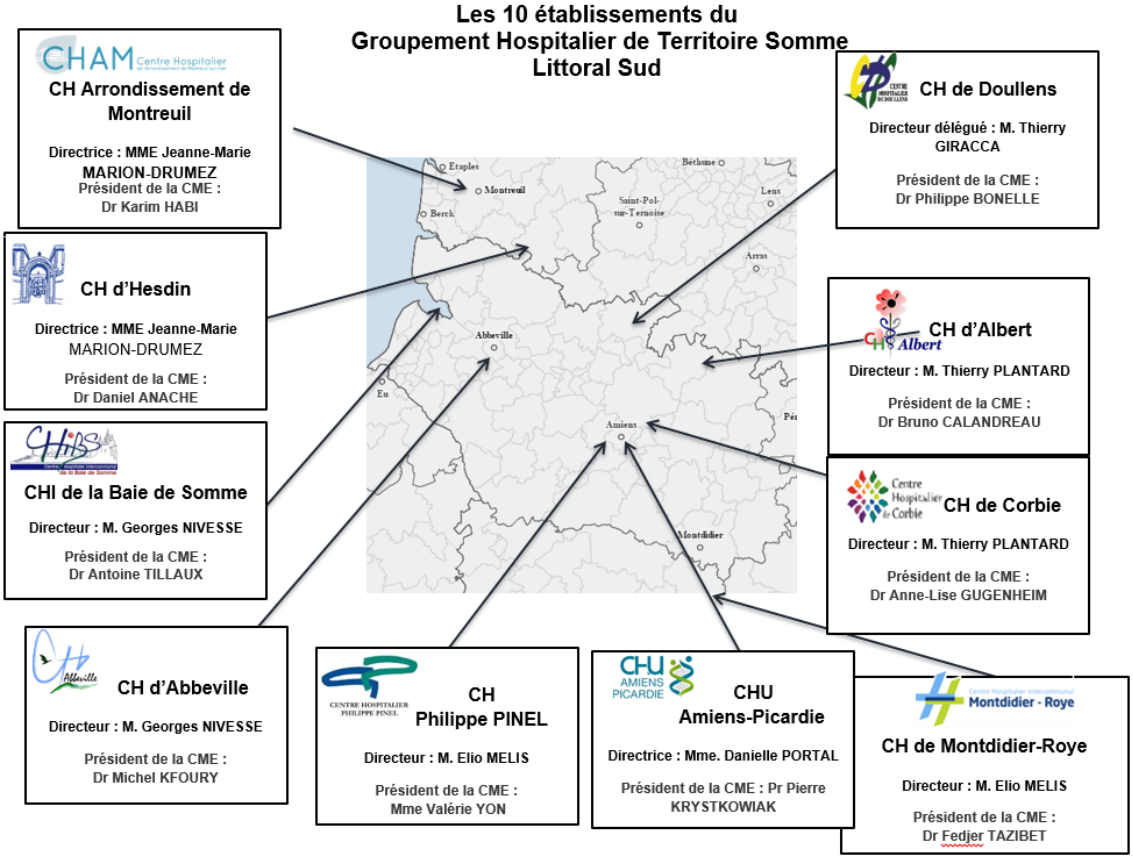
Le PRS Hauts de France fait de la lutte contre les inégalités d'accès aux soins sa priorité. Il est décliné autour de sept orientations stratégiques :

- Promouvoir un environnement favorable à la santé et agir sur le comportement dès le plus jeune âge
- Mobiliser les acteurs de la santé pour apporter des réponses aux ruptures dans les parcours de santé
- Garantir l'accès à la santé pour l'ensemble de la population, en s'appuyant sur les dynamiques issues des territoires, les innovations et le numérique
- Garantir l'efficience et la qualité du système de santé
- Assurer la veille et la gestion des risques sanitaires
- Renforcer les synergies territoriales et prioriser les actions en fonction des spécificités territoriales
- Reconnaître l'usager comme acteur du système de santé

L'ensemble des documents constituant le PRS arrêté le 5 juillet par la Directrice Régionale de l'ARS sont disponibles sur le site de l'ARS HDF.

Le projet territorial de santé mentale sera décliné dans les mois qui viennent.

5. L'offre du Groupement Hospitalier de Territoire



Le Centre hospitalier d'Abbeville est membre du GHT Somme Littoral Sud avec les centres hospitaliers d'Albert, de Doullens, de Corbie, de la Baie de Somme, de Montdidier-Roye, de Philippe Pinel, mais aussi de Montreuil-sur-Mer et d'Hesdin et avec le CHU Amiens-Picardie en tant qu'établissement support depuis juin 2016.

Le GHT Somme Littoral Sud couvre une population de 630 000 habitants, pour une capacité d'accueil de 5 376 lits et places.

Il implique 11 000 professionnels. Le budget de fonctionnement consolidé pour le GHT est égal à 1 milliard d'euros.

Les établissements membres du GHT affirment leur attachement aux valeurs suivantes :

- la solidarité,
- la cohésion,
- la transparence, qui sera la garantie d'un climat de confiance réciproque,
- la concertation,
- et le respect de l'autonomie des établissements.

Ce GHT Somme Littoral Sud a pour objectifs :

- une **adéquation permanente de l'offre de soins à l'évolution des besoins** en santé de la population
- le développement d'une **logique de parcours gradué pour les patients** avec le souci d'un **égal accès aux soins** : offrir le meilleur soin, au meilleur moment et dans l'environnement technique le plus adapté et le plus près possible du patient.
- la promotion d'une **offre de soins de qualité sur l'ensemble du territoire, lisible** pour les patients mais aussi pour les professionnels de santé.

Le GHT doit permettre d'améliorer l'efficience des établissements de santé en structurant les filières de prise en charge grâce à une stratégie médicale commune.

13 filières ont été définies pour **améliorer l'accès et la qualité des soins.**

- Les urgences
- La gérontologie
- Les soins de suite et de réadaptation
- La cancérologie
- L'insuffisance rénale chronique
- Les accidents vasculaires cérébraux
- La prise en charge de la femme, du couple et de l'enfant
- Les maladies neurodégénératives
- L'obésité
- Les Etats végétatifs Chroniques (EVC) et les Etats Pauci-Relationnels (EPR)
- La santé mentale, la psychiatrie générale et l'infanto-juvénile
- L'addictologie
- Les soins aux détenus

Au-delà de ces 13 filières, 3 secteurs médico-techniques développeront des projets de partenariats :

- L'imagerie
- La biologie
- La pharmacie

Enfin certains sujets de gestion viendront compléter les champs de collaboration entre établissements :

- La politique d'achat
- Les systèmes d'information
- L'information médicale
- Les écoles et instituts de formation paramédicale
- Le plan de formation continue et le développement professionnel continu des personnels de ces hôpitaux

6. Les contrats locaux de santé et de santé mentale.

Le centre hospitalier participe activement aux travaux initiés dans le cadre du contrat local de santé avec la ville depuis 2014 et depuis 2017 pour le contrat local de santé mentale

1.1.1.1 Le Contrat Local de santé vise à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Il est l'expression des dynamiques locales partagées entre acteurs et partenaires sur le terrain pour mettre en œuvre des actions, au plus proche des populations.

Le CLS est le moyen d'intervenir prioritairement sur les quartiers. Politique de la Ville ; il est le volet santé du Contrat de Ville.

Le CLS se décline en 8 axes :

- Formation
- Nutrition
- Accès aux droits aux soins et à la prévention
- Santé mentale
- Addictions
- Habitat
- Prévention des cancers et promotion des dépistages organisés
- Bien vieillir

Le CLSM travaille sur les priorités suivantes :

Objectif général : inscrire les acteurs locaux et les usagers dans une démarche coordonnée et concertée en santé mentale.

Objectifs spécifiques :

- Favoriser le recours aux soins en santé mentale.
- Favoriser la prévention auprès des enfants et des jeunes.
- Lutter contre la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques et promouvoir la santé mentale.
- Améliorer la connaissance ou l'identification et la coordination des professionnels de la psychiatrie et des acteurs locaux.
- Améliorer l'insertion citoyenne des usagers en santé mentale, notamment par le logement.
- Améliorer la prise en charge des situations complexes.

Objectifs opérationnels :

- Elaborer une stratégie de communication permettant de promouvoir la santé mentale auprès de l'ensemble des acteurs locaux et de la population
- Mettre en place des groupes de travail pluridisciplinaires et interinstitutionnels de partage de pratiques autour de problématiques identifiées telles que le logement et la coordination des acteurs en santé mentale et des dispositifs d'accompagnement pour les enfants, les adolescents et les jeunes adultes.
- Mettre en place des actions de promotion des compétences psychosociales auprès des enfants et des jeunes.
- Mettre en place des actions de sensibilisation et de formation auprès des acteurs locaux.
- Créer une cellule de coordination pluridisciplinaire concernant les situations complexes.

7. Bilan synthétique des objectifs du CPOM 2013-2017.

Les orientations stratégiques portaient sur :

- la modernisation et la structuration du site principal et l'amélioration des structures d'accueil de jour de psychiatrie,
- la réorganisation de l'activité des urgences pédiatriques,
- la pérennisation du centre de coordination en cancérologie avec la clinique Ste Isabelle,
- le développement des consultations gynécologiques, la chirurgie cancérologique en lien avec le CHT Somme,
- la labellisation de la consultation mémoire et le renforcement de l'équipe mobile de gériatrie,
- La prise en charge des problématiques respiratoires chroniques et cardiaques : SSR cardio-respiratoires,
- l'élargissement du champ de compétences de l'HAD (grossesse à risques, AVC et cancérologie),
- le développement de la télémédecine : AVC, EEG, imagerie médicale.

Le projet de modernisation entre dans sa phase de concrétisation dès le début 2019.

L'accueil pédiatrique a été réorganisé avec le passage de la totalité des enfants par le service des urgences. Les prises en charge seront localisées dans le service des urgences dès la première phase de modernisation terminée.

L'établissement a développé son positionnement sur le territoire tant en cancérologie, en gériatrie, en soins palliatifs. Le SSR pathologies cardiorespiratoires sera installé en septembre 2018.

En lien avec les établissements du GHT, des partenariats se sont enrichis et des consultations avancées sont développées sur site alors que d'autres sont mises en place sur d'autres établissements comme au CHIBS ou au CHAM.

L'HAD poursuit sa dynamique sur un territoire très étendu et rural.

La télémédecine est effective et devra être développée en lien avec les projets du GHT et du PRS.

II - Présentation de l'activité du Centre Hospitalier

1. Structure et capacités d'accueil du centre hospitalier

1.1 Capacités d'accueil globales

	Lits	Places	Total
Médecine	212	13	225
Chirurgie	48	7	55
Gynécologie-Obstétrique	25		25
Court séjour	**285**	**20**	**305**
Soins de suite et de réadaptation	47	5	52
Hospitalisation à domicile		30	30
Psychiatrie	60	27	87
EHPADs	342		342
Total CH Abbeville	**734**	**82**	**816**

1.2 Découpage en pôles

Depuis 2006, le Centre Hospitalier d'Abbeville est organisé autour de 7 pôles :

5 pôles cliniques :

- Le pôle médical
- Le pôle médico-chirurgical
- Le pôle femme-enfant
- Le pôle anesthésie réanimation urgences
- Le pôle psychiatrie

Un pôle médico-technique : Regroupe le service d'imagerie médicale, le laboratoire, la pharmacie et le service d'information médicale.

Un pôle gestion : Regroupe l'ensemble des services administratifs, techniques et logistiques.

1.3 Répartition des capacités d'accueil par pôle

Pôle Médical	Lits & places
Médecine neurologique	29
Médecine cardiologique	28
Pneumologie	25
Court Séjour Gériatrique	28
U.S.I.C	7
SSR	52
HAD	30
Total Pôle Médical	**199**

Pôle Médico-Chirurgical	Lits & places
Médecine interne et diabétologie	29
Médecine gastro-entérologique	21
Chirurgie Hospitalisation complète	48
Médecine programmée	6
UMCA – Médecine	12
UMCA – Chirurgie	7
Total Pôle Médico-chirurgical	**123**

Pôle Femme-Enfant	Lits & places
Pédiatrie	19
Néonatalogie	6
Gynéco Obstétrique	25
Pédiatrie - Hôpital de Jour	1
Total Pôle Femme-Enfant	**51**

Pôle Anesthésie-Réa-Urgences	Lits & places
Réanimation	6
UHTCD	8
Total Pôle Anesthésie-Réa-Urgences	**14**

Pôle Psychiatrie	Lits & places
Psy Hospitalisation complète A	30
Psy Hospitalisation complète B	30
Hôpital de jour - Psy infanto-juvénile	15
Hôpital de jour - Psy générale	12
Total Pôle Psychiatrie	**87**

Hors Budget Principal	Lits & places
EHPAD 1, (Georges Dumont)	295
EHPAD 2	47
Total Hors Budget Principal	**342**

2. Indications générales sur l'activité 2016 et 2017

2.1 Indicateurs associés aux hospitalisations

2.1.1 Nombre d'entrées

		Nombre d'entrées			
Reg niv 1	**Reg niv 2**	**2016**	**2017**	**Var**	**Var %**
HAD	HAD	336	303	-33	-9.8%
MCO	Chirurgie	3 744	3 448	-296	-7.9%
	Gynéco obstétrique	1 690	1 592	-98	-5.8%
	Médecine	10 706	10 398	-308	-2.9%
Psychiatrie HC	Psychiatrie HC	1 116	1 186	+70	+6.3%
SSR	SSR	352	310	-42	-11.9%
SSR Cardio-Respi	SSR Cardio-Respi	176	900	+724	+411.4%
UMCA	UMCA - Chirurgie	2 237	2 460	+223	+10.0%
	UMCA - Médecine	3 905	4 657	+752	+19.3%
USIC - Néonat – Réa	USIC - Néonat - Réa	1 152	1 076	-76	-6.6%
Urgences	Urgences - ZHTCD	3 012	3 074	+62	+2.1%

2.1.2 Nombre de journées administratives facturables

		Journées facturables			
Reg niv 1	**Reg niv 2**	**2016**	**2017**	**Var**	**Var %**
HAD	HAD	7 786	7 794	+8	+0.1%
MCO	Chirurgie	14 840	13 116	-1 724	-11.6%
	Gynéco obstétrique	6 120	5 699	-421	-6.9%
	Médecine	63 521	61 081	-2 440	-3.8%
Psychiatrie HC	Psychiatrie HC	15 822	15 130	-692	-4.4%
SSR	SSR	15 786	16 538	+752	+4.8%
SSR Cardio-Respi	SSR Cardio-Respi	648	3 184	+2 536	+391.4%
UMCA	UMCA - Chirurgie	2 174	2 417	+243	+11.2%
	UMCA - Médecine	3 855	4 651	+796	+20.6%
USIC - Néonat - Réa	USIC - Néonat - Réa	5 454	5 062	-392	-7.2%
Urgences	Urgences	3 124	3 043	-81	-2.6%

1.1.3. Durée moyenne des séjours terminés

Reg niv 1	Reg niv 2	2016	2017	Var J	Var %
HAD	HAD	23.05 j	24.75 j	+1.70 j	+7.4%
MCO	Chirurgie	3.80 j	3.68 j	-0.12 j	-3.2%
	Gynéco obstétrique	3.54 j	3.51 j	-0.03 j	-0.7%
	Médecine	5.76 j	5.72 j	-0.04 j	-0.7%
Psychiatrie HC	Psychiatrie HC	13.84 j	17.17 j	+3.34 j	+24.1%
SSR	SSR	45.60 j	50.31 j	+4.71 j	+10.3%
SSR Cardio-Respi	SSR Cardio-Respi	2.56 j	2.35 j	-0.21 j	-8.4%
USIC - Néonat - Réa	USIC - Néonat - Réa	4.59 j	4.51 j	-0.08 j	-1.7%
Urgences	Urgences	0.64 j	0.59 j	-0.05 j	-7.8%

1.1.4. Taux d'occupation des services d'hospitalisation

		Taux d'occupation		
Reg niv 1	Reg niv 2	2016	2017	Var
HAD	HAD	69.3%	70.3%	+0.96 pts
MCO	Chirurgie	74.2%	72.4%	-1.80 pts
	Gynéco obstétrique	64.8%	60.7%	-4.14 pts
	Médecine	90.0%	87.4%	-2.57 pts
Psychiatrie HC	Psychiatrie HC	73.2%	70.2%	-2.96 pts
SSR	SSR	91.5%	96.3%	+4.76 pts
USIC - Néonat - Réa	USIC - Néonat - Réa	76.4%	71.0%	-5.45 pts

1.1.5. Observations sur l'activité d'hospitalisation

Les évolutions du nombre d'entrées et de journées facturables indiquent une diminution globale de l'activité d'hospitalisation complète des services de médecine, chirurgie et obstétrique.

L'activité réalisée en ambulatoire (UMCA) est de son côté en nette progression.

On observe également une montée en charge progressive de l'activité du SSR respiratoire commencée en 2016.

Les durées d'hospitalisation n'ont pas évolué de manière significative en MCO. Seuls les services d'HAD, psychiatrie et SSR voient un allongement notable de leurs durées moyennes de séjours.

L'occupation des services d'hospitalisation complète suit les évolutions de l'activité. On constate ainsi un recul du taux d'occupation des services MCO.

1.2. Activité de consultations externes

1.2.1 Volume de consultations externes réalisées

Reg niv 1	Reg niv 2	2016	2017	Var	Var %
MCO	Chirurgie	22 163	24 832	+2 669	+12.0%
	Gynéco obstétrique	12 903	12 666	-237	-1.8%
	Médecine	32 432	30 464	-1 968	-6.1%
UMCA	UMCA – FSE	1 943	1 895	-48	-2.5%
Urgences	Urgences	24 430	25 054	+624	+2.6%

2.2.2. Observations sur l'activité de consultations externes

L'activité de consultations externes de chirurgie est en forte progression. Cette progression est liée à l'accroissement du nombre de consultations externes d'ophtalmologie. Les autres disciplines conservent une activité identique à l'année précédente.

Les consultations externes de médecine reculent de manière significative.

Les consultations externes réalisées dans le cadre de la prise en charge des urgences progressent légèrement.

3. Activité du Pôle ARU

1.1. Activité du service d'urgences

1.1.1. Passages par les urgences

Orientation	Classe d'âge	2016	2017	Var	Var %
Cons. externes	+18ans	18 641	19 288	+647	+3.5%
	-18ans	5 868	9 328	+3 460	+59.0%
	Total Cons. externes	24 509	28 616	+4 107	+16.8%
Hospitalisations	+18ans	10 225	9 651	-574	-5.6%
	-18ans	336	1 195	+859	+255.7%
	Total Hospitalisations	10 561	10 844	+283	+2.7%
Total		35 070	39 462	+4 392	+12.5%

Le parcours des patients mineurs pris en charge dans le cadre des urgences a été modifié au cours de l'année 2017. Désormais, toutes les admissions non programmées transitent par les urgences générales. Le volume de patients âgés de moins de 18 ans pris en charge dans le service a donc fortement progressé au cours de l'année.

1.1.2. Orientation des patients hospitalisés suite à un passage par le service d'urgences

	Nombre de passages			Proportion	
Service	**2016**	**2017**	**Var**	**2016**	**2017**
Urgences - ZHTCD	3 003	3 075	+72	28%	28%
Chirurgie	1 972	1 674	-298	19%	15%
Pédiatrie	155	1 018	+863	1%	9%
Cardiologie	1 140	968	-172	11%	9%
Neuro vasculaire	969	857	-112	9%	8%
Médecine interne	795	853	+58	8%	8%
Pneumologie	684	720	+36	6%	7%
Gastro entérologie	769	645	-124	7%	6%
Médecine gériatrique	534	455	-79	5%	4%
USIC	345	361	+16	3%	3%
Réanimation	146	131	-15	1%	1%
Médecine programmée	7	35	+28	0%	0%
Gynéco obstétrique	27	17	-10	0%	0%
Néonatologie		16	+16		0%
UMCA - Chirurgie	12	15	+3	0%	0%
Psychiatrie A		2	+2		0%
UMCA - Médecine	3	2	-1	0%	0%
Total	**10 561**	**10 844**	**+283**	**100%**	**100%**

Abstraction faite de la progression des orientations vers la pédiatrie du fait de la modification des parcours patients, on observe une baisse significative des patients hospitalisés suite à un passage par les urgences pour plusieurs services :

- La gastro-entérologie (-20%)
- Les services de chirurgie (-18%)
- La cardiologie (-18%)
- La neuro-vasculaire (-13%)

1.2. Indicateurs associés aux hospitalisations

1.2.1. Nombre d'entrées

	Nombre d'entrées			
Service	**2016**	**2017**	**Var**	**Var %**
Réanimation	303	267	-36	-11.9%
ZHTCD	3 003	3 075	+72	+2.4%

1.2.2. Nombre de journées administratives facturables

	Journées facturables			
Service	**2016**	**2017**	**Var**	**Var %**
Réanimation	1 708	1 752	+44	+2.6%

1.2.3. Durée moyenne des séjours terminés

Service	2016	2017	Var J	Var %
Réanimation	5.48 j	6.23 j	+0.76 j	14%

1.2.4. Taux d'occupation des services d'hospitalisation

	Taux d'occupation		
Service	**2016**	**2017**	**Var**
Réanimation	75.5%	77.5%	+1.99 pts

1.2.5. Observations liées à l'activité d'hospitalisation

Le volume de patients ayant transité par la ZHTCD suite à un passage par le service d'urgences a légèrement progressé. Le nombre de patients hospitalisés en réanimation est en recul. L'augmentation des durées moyennes de séjours provoque cependant une augmentation du nombre de journées d'hospitalisations facturables.

4. Activité du Pôle femme – enfant

1.1. Indicateurs associés aux hospitalisations

1.1.1. Nombre d'entrées

	Nombre d'entrées			
Service	**2016**	**2017**	**Var**	**Var %**
Gynéco obstétrique	1 690	1 592	-98	-5.8%
Hôpital jour pédiatrie	80	92	+12	+15.0%
Néonatologie	182	158	-24	-13.2%
Pédiatrie	1 643	1 595	-48	-2.9%

1.1.2. Durée moyenne des séjours

Service	2016	2017	Var J	Var %
Gynéco obstétrique	3.54 j	3.51 j	-0.03 j	-0.7%
Néonatologie	8.62 j	7.90 j	-0.72 j	-8.3%
Pédiatrie	2.08 j	1.81 j	-0.27 j	-13.0%

1.1.3. Taux d'occupation

	Taux d'occupation		
Service	**2016**	**2017**	**Var**
Gynéco obstétrique	64.8%	60.7%	-4.14 pts
Néonatologie	73.1%	59.8%	-13.35 pts
Pédiatrie	49.0%	41.9%	-7.18 pts

1.1.4. Nombre d'accouchements

	Nombre d'accouchements	2016	2017	Var	Var %
Total		**1 025**	**930**	**-95**	**-9.3%**

1.1.5. Observations liées à l'activité d'hospitalisation

Tous les indicateurs convergent dans le sens d'un recul de l'activité pour l'ensemble des services du pôle. On observe ainsi une diminution du volume de patients hospitalisés, un recul du nombre de journées d'hospitalisation facturables et une diminution de l'occupation des services. Le volume d'accouchement suit également cette tendance.

1.2. Activité de consultations externes

1.2.1. Volume de consultations externes réalisées

Service	2016	2017	Var	Var %
Gynéco obstétrique	12 903	12 666	-237	-1.8%
Pédiatrie	9 946	8 799	-1 147	-11.5%

1.2.2. Observations sur l'activité de consultations externes

Les consultations externes réalisées dans le cadre de l'activité de gynéco-obstétrique sont en léger recul. La diminution de l'activité de pédiatrie est beaucoup plus marquée.

5. Activité du Pôle médical

1.1. Indicateurs liés à l'activité d'hospitalisation

1.1.1. Nombre d'entrées

	Nombre d'entrées			
Service	**2016**	**2017**	**Var**	**Var %**
Cardiologie	1 944	1 691	-253	-13.0%
HAD	336	303	-33	-9.8%
Médecine gériatrique	890	871	-19	-2.1%
Neuro vasculaire	1 509	1 432	-77	-5.1%
Pneumologie	1 516	1 531	+15	+1.0%
SSR	352	310	-42	-11.9%
SSR Cardio-Respi	176	900	+724	+411.4%
USIC	667	651	-16	-2.4%

1.1.2. Durée moyenne des séjours terminés

Service	2016	2017	Var J	Var %
Cardiologie	5.08 j	5.51 j	+0.43 j	+8.4%
HAD	23.05 j	24.75 j	+1.70 j	+7.4%
Médecine gériatrique	11.64 j	11.92 j	+0.28 j	+2.4%
Neuro vasculaire	6.88 j	7.12 j	+0.24 j	+3.6%
Pneumologie	5.82 j	5.56 j	-0.26 j	-4.4%
SSR	45.60 j	50.31 j	+4.71 j	+10.3%
SSR Cardio-Respiratoire	2.56 j	2.35 j	-0.21 j	-8.4%
USIC	3.07 j	2.94 j	-0.13 j	-4.4%

1.1.3. Taux d'occupation des services d'hospitalisation

	Taux d'occupation		
Service	**2016**	**2017**	**Var**
Cardiologie	96.6%	91.4%	-5.17 pts
HAD	69.3%	70.3%	+0.96 pts
Médecine gériatrique	102.6%	100.3%	-2.33 pts
Neuro vasculaire	97.8%	95.6%	-2.27 pts
Pneumologie	96.2%	93.3%	-2.92 pts
SSR	91.5%	96.3%	+4.76 pts
USIC	80.0%	74.9%	-5.06 pts

1.1.4. Observations sur l'activité d'hospitalisation

La tendance générale est à un recul de l'activité des services du pôle. Les variations sont cependant plus ou moins marquées selon les services. On observe ainsi un léger recul de l'activité sur les services d'HAD, médecine gériatrique et neuro-vasculaire. La diminution est plus marquée sur les services de pneumologie et médecine gériatrique. Le service de cardiologie / USIC voit son activité reculer le plus fortement.

Le nombre de patients pris en charge en SSR polyvalent diminue, mais l'augmentation des durées d'hospitalisation provoque une augmentation du nombre de journées.

L'activité de SSR respiratoire progresse régulièrement depuis son ouverture en 2016.

1.2. Activité de consultations externes

1.2.1. Volume de consultations externes réalisées

Service	2016	2017	Var	Var %
Cardiologie	5 674	5 196	-478	-8.4%
Neuro vasculaire	2 454	2 480	+26	+1.1%
Pneumologie	4 340	5 009	+669	+15.4%

1.2.2. Observations sur l'activité de consultations externes

Les consultations externes de pneumologie ont fortement progressé au cours de l'année 2017. L'activité de neuro-vasculaire est restée stable. Les consultations externes de cardiologies ont de leur côté fortement reculé.

6. Activité du Pôle médico-chirurgical

6.1. Indicateurs associés à l'activité d'hospitalisation

6.1.1. Nombre d'entrées

	Nombre d'entrées			
Service	**2016**	**2017**	**Var**	**Var %**
Chirurgie	3 744	3 448	-296	-7.9%
Gastro entérologie	1 343	1 303	-40	-3.0%
Médecine interne	1 365	1 401	+36	+2.6%
Médecine programmée	416	482	+66	+15.9%
UMCA - Chirurgie	2 237	2 460	+223	+10.0%
UMCA - Médecine	3 905	4 657	+752	+19.3%

6.1.2. Durée moyenne des séjours terminés

Service	2016	2017	Var J	Var %
Chirurgie	3.80 j	3.68 j	-0.12 j	-3.2%
Gastro entérologie	5.49 j	5.48 j	-0.01 j	-0.3%
Médecine interne	7.62 j	7.18 j	-0.44 j	-5.8%
Médecine programmée	2.47 j	2.10 j	-0.37 j	-14.9%

6.1.3. Taux d'occupation des services d'hospitalisation

	Taux d'occupation		
Service	**2016**	**2017**	**Var**
Chirurgie	74.2%	72.4%	-1.80 pts
Gastro entérologie	95.2%	93.2%	-1.99 pts
Médecine interne	98.0%	95.1%	-2.86 pts
Médecine programmée	37.5%	46.3%	+8.82 pts

6.1.4. Observations liées à l'activité d'hospitalisation

Les indicateurs d'activité montrent des évolutions contrastées. L'activité d'hospitalisation complète des services de médecine est relativement stable. L'activité de chirurgie réalisée dans ce même cadre est en fort recul.

On constate parallèlement une forte progression de l'activité d'hospitalisation réalisée en ambulatoire.

Cette progression concerne à la fois les activités de médecine et de chirurgie. L'augmentation d'activité de médecine doit cependant être relativisée puisque provenant essentiellement d'une progression du volume de séances de chimiothérapie réalisées.

6.2. Activité de consultations externes

6.2.1. Volume de consultations externes réalisées

Service	2016	2017	Var	Var %
Chirurgie	22 163	24 832	+2 669	+12.0%
Gastro entérologie	3 994	3 868	-126	-3.2%
Médecine interne	6 024	5 112	-912	-15.1%
UMCA	1 943	1 895	-48	-2.5%

6.2.2. Observations sur la valorisation de l'activité

La forte progression de l'activité de consultations externes en chirurgie est liée au développement de l'activité d'ophtalmologie. Le volume d'activité des autres disciplines de chirurgie reste stable.

Les consultations externes réalisées dans le service de médecine interne reculent de manière significative tandis que ce recul est plus mesuré pour l'activité de gastro-entérologie.

7. Activité du Pôle psychiatrie

7.1. Indicateurs liées à l'activité d'hospitalisation complète

7.1.1. Nombre d'entrées

	Nombre d'entrées			
Service	**2016**	**2017**	**Var**	**Var %**
Psychiatrie A	441	515	+74	+16.8%
Psychiatrie B	675	671	-4	-0.6%

7.1.2. Durée moyenne des séjours terminés

Service	2016	2017	Var J	Var %
Psychiatrie A	19.24 j	16.62 j	-2.61 j	-13.6%
Psychiatrie B	10.36 j	17.59 j	+7.23 j	+69.7%

7.1.3. Taux d'occupation des services d'hospitalisation

	Taux d'occupation		
Service	**2016**	**2017**	**Var**
Psychiatrie A	79.6%	73.6%	-6.04 pts
Psychiatrie B	66.8%	66.9%	+0.13 pts

7.1.4. Observations sur l'activité d'hospitalisation complète

Les indicateurs montrent des évolutions différentes entre les 2 services d'hospitalisation de psychiatrie. Pour la psychiatrie A, la tendance est à une augmentation du nombre d'entrées combinée à une diminution des durées d'hospitalisation. Pour la psychiatrie B, on n'observe pas d'évolution significative comparativement à l'année précédente.

8. Activité du Pôle médico-technique

8.1. Activité du laboratoire

8.1.1. Volume global de B ventilé par type de passage

Type de passage	2016	2017	Var	Var %
Externe	5 111 647	4 889 015	-222 632	-4.4%
Hospitalisation	14 037 914	12 988 399	-1 049 515	-7.5%
Total	**19 149 561**	**17 877 414**	**-1 272 147**	**-6.6%**

8.1.2. Consommations de B par les services d'hospitalisation du budget principal

Pôle	Service	2016	2017	Var	Var %
Pôle ARU	Réanimation	1 131 682	1 170 426	+38 744	+3.4%
	Urgences - ZHTCD	252 184	202 398	-49 786	-19.7%
Pôle femme-enfant	Gynéco obstétrique	805 000	731 373	-73 627	-9.1%
	Hôpital jour pédiatrie	74 863	68 793	-6 070	-8.1%
	IVG	588	444	-144	-24.5%
	Néonatologie	115 090	93 355	-21 735	-18.9%
	Pédiatrie	411 802	306 146	-105 656	-25.7%
Pôle médical	Cardiologie	824 132	718 240	-105 892	-12.8%
	HAD	68 676	61 659	-7 017	-10.2%
	Médecine gériatrique	811 514	755 555	-55 959	-6.9%
	Neuro vasculaire	867 651	839 667	-27 984	-3.2%
	Pneumologie	1 002 478	911 283	-91 195	-9.1%
	SSR	324 546	283 049	-41 497	-12.8%
	SSR Cardio-Respi	1 119	7 030	+5 911	+528.2%
	USIC	376 379	369 806	-6 573	-1.7%

Pôle médico-chirurgical	Chirurgie	841 556	571 596	-269 960	-32.1%
	Gastro entérologie	496 813	475 065	-21 748	-4.4%
	Hébergement temporaire		4 997	+4 997	
	Médecine interne	1 113 418	1 119 468	+6 050	+0.5%
	Médecine programmée	119 380	85 106	-34 274	-28.7%
	UMCA - Chirurgie	17 066	17 460	+394	+2.3%
	UMCA - Médecine	147 683	179 614	+31 931	+21.6%
Pôle psychiatrie	HDJ psy adultes	9 163	12 245	+3 082	+33.6%
	Psychiatrie A	58 099	56 261	-1 838	-3.2%
	Psychiatrie B	55 503	49 895	-5 608	-10.1%
Total		**9 926 385**	**9 090 931**	**-835 454**	**-8.4%**

8.1.3. Observations sur l'activité du laboratoire

Le nombre de B produits par le laboratoire en 2017 est en diminution. Ce recul concerne à la fois les actes réalisés dans le cadre de consultations externes et des hospitalisations.

La ventilation des B demandés par les services d'hospitalisation suit la tendance au recul de l'activité de ces derniers (ex : pédiatrie, chirurgie).

8.2. Activité des services d'imagerie

8.2.1. Volume d'actes d'imagerie (ICR) ventilé par type de passage

Type de passage	2016	2017	Var	Var %
Externe	1 072 150	1 157 272	+85 122	+7.9%
Hospitalisation	742 454	675 228	-67 226	-9.1%
Total	**1 814 604**	**1 832 500**	**+17 896**	**+1.0%**

8.2.2. Consommations d'ICR par les services d'hospitalisation du budget principal

Pôle	Service	2016	2017	Var	Var %
Pôle ARU	Anesthésiologie	290	842	+552	+190.3%
	Réanimation	33 548	26 999	-6 549	-19.5%
	Urgences - ZHTCD	19 997	18 080	-1 917	-9.6%
	Gynéco obstétrique	1 821	918	-903	-49.6%
	Hôpital jour pédiatrie	1 630	1 816	+186	+11.4%
	Néonatologie	1 900	1 503	-397	-20.9%
	Pédiatrie	14 337	14 692	+355	+2.5%
Pôle médical	Cardiologie	20 215	22 901	+2 686	+13.3%
	HAD	1 936	833	-1 103	-57.0%
	Médecine gériatrique	40 816	40 797	-19	-0.0%
	Neuro vasculaire	59 539	53 687	-5 852	-9.8%
	Pneumologie	55 308	46 775	-8 533	-15.4%
	SSR	15 977	12 586	-3 391	-21.2%
	SSR Cardio-Respiratoire		87	+87	
	USIC	10 840	8 141	-2 699	-24.9%
Pôle médico-chirurgical	Chirurgie	50 407	35 810	-14 597	-29.0%
	Gastro entérologie	17 064	17 289	+225	+1.3%
	Hébergement temporaire		219	+219	
	Médecine interne	35 724	37 649	+1 925	+5.4%
	Médecine programmée	4 514	3 913	-601	-13.3%
	UMCA - Chirurgie	3 504	2 689	-815	-23.3%
	UMCA - Médecine	6 341	8 377	+2 036	+32.1%
Pôle psychiatrie	HDJ psy adultes	166	53	-113	-68.1%
	Psychiatrie A	3 651	4 738	+1 087	+29.8%
	Psychiatrie B	3 124	2 846	-278	-8.9%
Total		**402 649**	**364 240**	**-38 409**	**-9.5%**

8.2.3. Observations sur l'activité des services d'imagerie

Comme pour les actes de laboratoire, la consommation d'actes d'imagerie suit les variations d'activés, les services dont l'activité recule le plus fortement voient leurs demandes d'actes diminuer.

9. Activité du Bloc opératoire

9.1. Volume d'actes réalisé par lettre clé

Lettre clé	2016	2017	Var	Var %
ACO	68 518	58 889	-9 629	-14.1%
ADA	1 498	2 915	+1 417	+94.6%
ADC	794 616	737 406	-57 210	-7.2%
ADE	862	638	-224	-26.0%
ADI	20 976	34 197	+13 221	+63.0%
ATM	205 756	185 652	-20 104	-9.8%

On observe une forte diminution des actes de chirurgie et d'endoscopie réalisés au bloc opératoire au cours de l'année 2017.

9.2. Actes de chirurgie par UF de demande

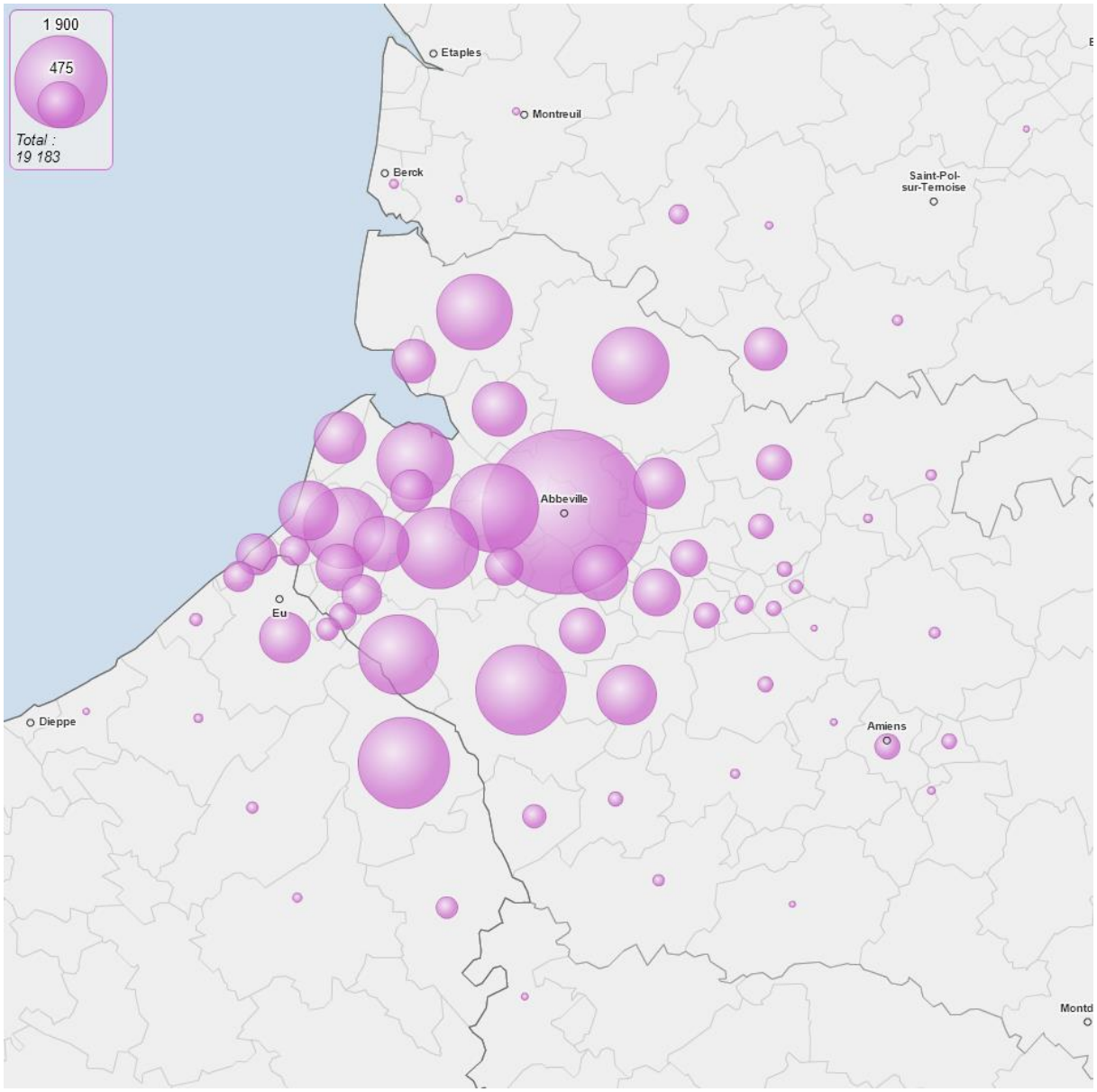
Groupe d'activité	2016	2017	Var	Var %
Cardiologie	4 001	3 297	-704	-17.6%
Chirurgie	507 212	449 165	-58 047	-11.4%
Gastro entérologie	7 274	7 190	-84	-1.2%
Gynéco obstétrique	16 667	11 822	-4 845	-29.1%
IVG	160	340	+180	+112.5%
Médecine gériatrique	1 972	853	-1 119	-56.7%
Médecine interne	7 220	7 927	+707	+9.8%
Médecine programmée	4 090	3 083	-1 007	-24.6%
Neuro vasculaire	2 027	2 307	+280	+13.8%
Pneumologie	2 068	2 634	+566	+27.4%
Pédiatrie	8 058	8 209	+151	+1.9%
Réanimation	8 343	7 290	-1 053	-12.6%
UMCA – Chirurgie	213 943	223 997	+10 054	+4.7%
UMCA – Médecine	6 689	5 423	-1 266	-18.9%
USIC	4 130	1 930	-2 200	-53.3%
Urgences	577	1 123	+546	+94.6%

9.3. Observations sur l'activité du bloc opératoire

L'activité du bloc est essentiellement corrélée à l'activité des services de chirurgie. Le fort recul de l'activité d'hospitalisation complète et la progression de la chirurgie ambulatoire se retrouvent donc logiquement dans la ventilation des actes par UF de demande.

III. Présentation de l'attractivité et des taux de fuite

Séjours PMSI MCO au lieu de résidence, Total activité, 2016 - *source : ATIH*



L'établissement remplit tout à fait son rôle de recours pour l'ensemble du territoire de l'abbevillois.

PARTS DE MARCHE ET TAUX DE FUITE 2016

ACTIVITE ANNEE 2016	NB Séjours totaux	NB de séjours réalisés par le CHA sur le territoire	part de marché du CHA	TAUX DE FUITE (TERRITOIRE)/ETS DU TERRITOIRE	TAUX DE FUITE (ZONE PROXIMITE ABBEVILLE)/ETS DU TERRITOIRE	VOLUME SEJOURS PEC EN DEHORS DU TERRITOIRE	1 er ETS CONCURRENT DANS LA ZP	PART DE MARCHE DU 1er ETS CONCURRENTS DE LA ZP	PART DE MARCHE DU CHA DANS LA ZP
TOTAL ACTIVITE	23868	**20 416**	85,54%	73,85%	50,69%	18 811	800002503 - SA CLINIQUE SAINTE ISABELLE	21,63%	65,48%
MEDECINE	17 821	15 310	85,91%	74,83%	41,39%	4 783	800000044 - CHU AMIENS PICARDIE	18,68%	58,61%
CHIRURGIE	4 327	3 611	83,45%	69,61%	71,13%	13 464	800002503 - SA CLINIQUE SAINTE ISABELLE	26,75%	28,87%
OBSTETRIQUE	1 720	1 495	86,92%	82,39%	17,38%	564	800000044 - CHU AMIENS PICARDIE !!!	9,42%	82,62%
D01 - Digestif C - Chirurgie	756	638	84,39%	77,01%	64,54%	542	CLINIQUE SAINTE ISABELLE	44,76%	35,46%
D01 - Digestif M - Médecine	2 637	2 288	86,77%	77,20%	60,39%	1 096	CLINIQUE SAINTE ISABELLE	41,02%	39,61%
D02 - Orthopédie traumatologie C - Chirurgie	1 091	908	83,23%	71,21%	72,35%	1 843	CLINIQUE SAINTE ISABELLE	51,39%	27,65%
D02 - Orthopédie traumatologie M - Médecine	37	30	81,08%	58,22%	20,00%	24	NS		80,00%
D03 - Traumatismes multiples ou complexes graves C - Chirurgie	4	3	75,00%	40,70%	76,92%	10	NS		23,08%
D04 - Rhumatologie C - Chirurgie	16	14	87,50%	66,92%	47,62%	3	NS		52,38%
D04 - Rhumatologie M - Médecine	330	289	87,58%	65,74%	39,78%	786	CHU AMIENS PICARDIE	25,59%	60,22%
D05 - Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels) C - Chirurgie	190	150	78,95%	50,66%	59,55%	312	CHU AMIENS PICARDIE	39,61%	40,45%
D05 - Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels) M - Médecine	1 045	875	83,73%	69,79%	37,48%	678	CHU AMIENS PICARDIE	34,52%	62,52%
D06 - Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels M - Médecine	43	30	69,77%	68,54%	95,83%	326	CHU AMIENS PICARDIE	50,07%	4,17%
D07 - Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels) C - Chirurgie	271	231	85,24%	68,44%	78,92%	252	CLINIQUE SAINTE ISABELLE	38,21%	21,08%

ACTIVITE ANNEE 2016	NB Séjours totaux	NB de séjours réalisés par le CHA sur le territoire	part des patients abbevillois	TAUX DE FUITE (TERRITOIRE)/ETS DU TERRITOIRE	TAUX DE FUITE (ZONE PROXIMITE ABBEVILLE)/ETS DU TERRITOIRE	VOLUME SEJOURS PEC EN DEHORS DU TERRITOIRE	1 er ETS CONCURRENT DANS LA ZP	PART DE MARCHE DU 1er ETS CONCURRENTS DE LA ZP	PART DE MARCHE DU CHA DANS LA ZP
D07 - Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels) M - Médecine	2 165	1 827	84,39%	74,47%	17,84%	516	CHU AMIENS PICARDIE	9,18%	82,16%
D09 - Pneumologie C - Chirurgie	48	35	72,92%	53,68%	75,34%	28	CHU AMIENS PICARDIE	72,60%	24,66%
D09 - Pneumologie M - Médecine	1 574	1 338	85,01%	72,11%	19,15%	514	CHU AMIENS PICARDIE	12,25%	80,85%
D10 - ORL, Stomatologie C - Chirurgie	360	285	79,17%	76,51%	71,61%	305	POLYCLINIQUE DE PICARDIE	23,74%	28,39%
D10 - ORL, Stomatologie M - Médecine	332	282	84,94%	74,51%	25,88%	122	CHU AMIENS PICARDIE	13,75%	74,12%
D11 - Ophtalmologie C - Chirurgie	301	260	86,38%	68,51%	85,59%	387	800002503 - SA CLINIQUE SAINTE ISABELLE	35,42%	14,41%
D11 - Ophtalmologie M - Médecine	44	34	77,27%	61,11%	48,48%	30	CHU AMIENS PICARDIE	45,45%	51,52%
D12 - Gynécologie - sein C - Chirurgie	116	98	84,48%	66,89%	86,78%	308	GROUPE SANTÉ VICTOR PAUCHET	32,43%	13,22%
D12 - Gynécologie - sein M - Médecine	71	65	91,55%	64,94%	18,57%	43	CHU AMIENS PICARDIE	10,00%	81,43%
D13 - Obstétrique O - Obstétrique	1 720	1 495	86,92%	82,39%	17,38%	564	CHU AMIENS PICARDIE	9,42%	82,62%
D14 - Nouveau-nés et période périnatale M - Médecine	1 068	923	86,42%	82,30%	20,71%	391	CHU AMIENS PICARDIE	10,98%	79,29%
D15 - Uro-néphrologie et génital C - Chirurgie	736	619	84,10%	73,16%	47,52%	326	CLINIQUE SAINTE ISABELLE	31,03%	52,48%
D15 - Uro-néphrologie et génital M - Médecine	1 168	971	83,13%	68,26%	36,10%	369	CHU AMIENS PICARDIE	18,42%	63,90%
D16 - Hématologie C - Chirurgie	19	18	94,74%	63,21%	70,18%	26	CHU AMIENS PICARDIE	49,12%	29,82%
D16 - Hématologie M - Médecine	333	287	86,19%	62,53%	47,96%	152	CHU AMIENS PICARDIE	39,03%	52,04%
D17 - Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances M - Médecine	126	109	86,51%	65,21%	65,72%	221	CHU AMIENS PICARDIE	56,29%	34,28%
D18 - Maladies infectieuses (dont VIH) M - Médecine	190	164	86,32%	74,94%	28,06%	85	CHU AMIENS PICARDIE	21,94%	71,94%
D19 - Endocrinologie C - Chirurgie	111	99	89,19%	64,76%	44,38%	38	CLINIQUE SAINTE ISABELLE	23,08%	55,62%
D19 - Endocrinologie M - Médecine	531	472	88,89%	72,61%	32,77%	275	CHU AMIENS PICARDIE	27,11%	67,23%
D20 - Tissu cutané et tissu sous-cutané C - Chirurgie	177	144	81,36%	68,07%	66,12%	171	CLINIQUE SAINTE ISABELLE	36,71%	33,88%

ACTIVITE ANNEE 2016	NB Séjours totaux	NB de séjours réalisés par le CHA sur le territoire	part des patients abbevillois	TAUX DE FUITE (TERRITOIRE)/ETS DU TERRITOIRE	TAUX DE FUITE (ZONE PROXIMITE ABBEVILLE)/ETS DU TERRITOIRE	VOLUME SEJOURS PEC EN DEHORS DU TERRITOIRE	1 er ETS CONCURRENT DANS LA ZP	PART DE MARCHE DU 1er ETS CONCURRENTS DE LA ZP	PART DE MARCHE DU CHA DANS LA ZP
D20 - Tissu cutané et tissu sous-cutané M - Médecine	291	245	84,19%	66,88%	35,43%	142	CHU AMIENS PICARDIE	30,97%	64,57%
D21 - Brûlures C - Chirurgie	6	6	100,00%	49,09%	55,56%	12	NS		44,44%
D22 - Psychiatrie M - Médecine	479	419	87,47%	75,51%	20,08%	140	CHU AMIENS PICARDIE	15,46%	79,92%
D23 - Toxicologie, Intoxications, Alcool M - Médecine	908	790	87,00%	79,42%	16,61%	254	800000135 - CTRE HOSP INTERCOM DE LA BAIE DE SOMME	8,31%	83,39%
D24 - Douleurs chroniques, Soins palliatifs M - Médecine	154	130	84,42%	74,85%	58,42%	211	800000135 - CTRE HOSP INTERCOM DE LA BAIE DE SOMME	33,33%	41,58%
D26 - Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues C - Chirurgie	120	103	85,83%	65,67%	71,73%	199	CLINIQUE SAINTE ISABELLE	38,93%	28,27%
D26 - Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues M - Médecine	902	759	84,15%	67,84%	49,93%	597	CHU AMIENS PICARDIE	28,13%	50,07%

Globalement le Centre hospitalier prend en charge les habitants de son territoire.

Son premier concurrent, hors CHU d'Amiens Picardie, est la clinique Sainte Isabelle notamment sur la chirurgie avec des parts de marché presqu'identiques. (28,87% vs 26,75%).

ACTIVITES AVEC LE PLUS FORT TAUX DE FUITE

ACTIVITE ANNEE 2016	NB Séjours totaux	TAUX DE FUITE (ZONE PROXIMITE ABBEVILLE)/ETS DU TERRITOIRE	1 er ETS CONCURRENT DANS LA ZP	PART DE MARCHE DU 1er ETS CONCURRENTS DE LA ZP	PART DE MARCHE DU CHA DANS LA ZP
TOTAL ACTIVITE	23868	50,69%	800002503 - SA CLINIQUE SAINTE ISABELLE	21,63%	65,48%
MEDECINE	17 821	41,39%	800000044 - CHU AMIENS PICARDIE	18,68%	58,61%
CHIRURGIE	4 327	71,13%	800002503 - SA CLINIQUE SAINTE ISABELLE	26,75%	28,87%
OBSTETRIQUE	1 720	17,38%	800000044 - CHU AMIENS PICARDIE !!!	9,42%	82,62%
D06 - Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels M - Médecine	43	95,83%	CHU AMIENS PICARDIE	50,07%	4,17%
D12 - Gynécologie - sein C - Chirurgie	116	86,78%	GROUPE SANTÉ VICTOR PAUCHET	32,43%	13,22%
D11 - Ophtalmologie C - Chirurgie	301	85,59%	800002503 - SA CLINIQUE SAINTE ISABELLE	35,42%	14,41%
D07 - Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels) C - Chirurgie	271	78,92%	CLINIQUE SAINTE ISABELLE	38,21%	21,08%
D03 - Traumatismes multiples ou complexes graves C - Chirurgie	4	76,92%	NS		23,08%
D09 - Pneumologie C - Chirurgie	48	75,34%	CHU AMIENS PICARDIE	72,60%	24,66%
D02 - Orthopédie traumatologie C - Chirurgie	1 091	72,35%	CLINIQUE SAINTE ISABELLE	51,39%	27,65%
D26 - Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues C - Chirurgie	120	71,73%	CLINIQUE SAINTE ISABELLE	38,93%	28,27%
D10 - ORL, Stomatologie C - Chirurgie	360	71,61%	POLYCLINIQUE DE PICARDIE	23,74%	28,39%
D16 - Hématologie C - Chirurgie	19	70,18%	CHU AMIENS PICARDIE	49,12%	29,82%

La chirurgie orthopédique, ophtalmologique et vasculaire est principalement effectuée à la clinique Ste Isabelle.

ACTIVITES AVEC LE PLUS FAIBLE TAUX DE FUITE

ACTIVITE ANNEE 2016	NB Séjours totaux	TAUX DE FUITE (ZONE PROXIMITE ABBEVILLE)/ETS DU TERRITOIRE	1 er ETS CONCURRENT DANS LA ZP	PART DE MARCHE DU 1er ETS CONCURRENTS DE LA ZP	PART DE MARCHE DU CHA DANS LA ZP
TOTAL ACTIVITE	23868	50,69%	800002503 - SA CLINIQUE SAINTE ISABELLE	21,63%	65,48%
MEDECINE	17 821	41,39%	800000044 - CHU AMIENS PICARDIE	18,68%	58,61%
CHIRURGIE	4 327	71,13%	800002503 - SA CLINIQUE SAINTE ISABELLE	26,75%	28,87%
OBSTETRIQUE	1 720	17,38%	800000044 - CHU AMIENS PICARDIE !!!	9,42%	82,62%
D23 - Toxicologie, Intoxications, Alcool M - Médecine	908	16,61%	800000135 - CTRE HOSP INTERCOM DE LA BAIE DE SOMME	8,31%	83,39%
D13 - Obstétrique O - Obstétrique	1 720	17,38%	CHU AMIENS PICARDIE	9,42%	82,62%
D07 - Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels) M - Médecine	2 165	17,84%	CHU AMIENS PICARDIE	9,18%	82,16%
D12 - Gynécologie - sein M - Médecine	71	18,57%	CHU AMIENS PICARDIE	10,00%	81,43%
D09 - Pneumologie M - Médecine	1 574	19,15%	CHU AMIENS PICARDIE	12,25%	80,85%
D02 - Orthopédie traumatologie M - Médecine	37	20,00%	NS		80,00%
D22 - Psychiatrie M - Médecine	479	20,08%	CHU AMIENS PICARDIE	15,46%	79,92%
D14 - Nouveau-nés et période périnatale M - Médecine	1 068	20,71%	CHU AMIENS PICARDIE	10,98%	79,29%
D10 - ORL, Stomatologie M - Médecine	332	25,88%	CHU AMIENS PICARDIE	13,75%	74,12%
D18 - Maladies infectieuses (dont VIH) M - Médecine	190	28,06%	CHU AMIENS PICARDIE	21,94%	71,94%

Les séjours de médecine sont principalement réalisés au Centre hospitalier d'Abbeville hors recours effectués sur le CHU d'Amiens Picardie.

Chapitre 2 : le projet médical

I – Les objectifs transversaux à l'ensemble des services.

1. La prévention et l'Éducation Thérapeutique du Patient

État des lieux :

Si l'hôpital reste le lieu d'excellence pour les traitements des pathologies aigues, la médecine du 21ème siècle est celle des maladies chroniques : diabète, BPCO, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, obésité, rhumatismes inflammatoires ainsi que les cancers grâce aux progrès thérapeutiques.

Le parcours de soins ou parcours en santé du patient (bien identifié et personnalisé) ainsi que le lien ville - hôpital sont particulièrement concernés par les maladies chroniques.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est une priorité nationale, inscrite dans la loi HPST comme un droit des patients, visant à les aider à acquérir ou à maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de sa prise en charge. Elle comprend des activités organisées (dont un soutien psychosocial) conçues pour que les patients, de façon éclairée, soient informés de leur maladie, des soins envisageables, des procédures hospitalières et des comportements adaptés à leur cas. Ceci avec l'intention d'aider le patient (ainsi que sa famille) à comprendre sa maladie et son traitement, à collaborer et à assumer sa responsabilité dans sa propre prise en charge pour maintenir et améliorer sa qualité de vie. L'ETP est bien plus que de l'information, sa finalité est l'acquisition et le transfert de compétences.

La législation impose désormais une formation minimum de 40h en ETP pour tous les participants à un programme ETP. La coordination d'un programme demande une autre formation spécifique (40h).

Rappel de l'historique en ex-Picardie :

Dans le cadre d'un programme régional cardio-vasculaire qui insistait sur une surmortalité régionale, dans un secteur socio économiquement défavorisé et sous médicalisé, il a été proposé, il y a 20 ans, la création de 8 PPEP. On rappellera que grâce aux 8 PPEP de l'ex Picardie, il a été pensé un maillage territorial et une ouverture sur la ville (structures hors les murs des hôpitaux).

Le GHT Somme Littoral Sud, a 2 Pôles de Prévention et d'Éducation du Patient : Amiens et Abbeville. Pour celui d'Abbeville comme pour les autres, les missions sont multiples.

- **La prévention** et la lutte contre les facteurs de risque (cardiovasculaire et cancer) : alimentation déséquilibrée, sédentarité, tabagisme… Organisation d'actions grand public locales (ex. : journées annuelles dans le Vimeu) ou de manifestations nationales « journée mondiale », Parcours du Cœur...

- **L'Éducation** pour la prise en charge des patients à haut risque vasculaire (infarctus, AVC, artérite) incluant les patients diabétiques de type 2, et les hypertendus sévères avec la création d'un programme dédié. La problématique régionale de l'obésité majeure (IMC ≥ 40) et l'apparition de la chirurgie bariatrique ont amené à la création d'un programme complémentaire sur l'obésité morbide.

- **La formation**: Le PPEP travaille au quotidien avec les médecins généralistes et spécialistes du secteur, les infirmiers, les pharmaciens autour des 2 programmes d'ETP ; il contribue également à la promotion de l'ETP et à la formation **initiale** en ETP (ex. : IDE, pharmaciens), ou **continue** (médecins, diététiciens, kinésithérapeutes…). Enfin on note des collaborations

régulières avec les acteurs de la santé au travail (diabète, obésité, stress) et ceux de la médecine scolaire (tabac, activité physique).

Axes de développement pour les années à venir :

A - Comme le souhaite le ministère, développer et appuyer la **Prévention** par une meilleure alimentation, une promotion de l'activité physique, une lutte contre le tabagisme.

Au CH, le service d'Addictologie prend en charge la consommation excessive d'**alcool,** et de drogues. La consultation d'aide au sevrage tabagique est assurée au PEPP par une équipe multidisciplinaire.

B - pour **l'Éducation Thérapeutique**, 2 objectifs :

- Promouvoir l'ETP et les formations en ETP afin que tous les soignants comprennent ce qu'est l'ETP et améliorent leur posture éducative (acquisition de compétences : relationnelles, organisationnelles, pédagogiques). Ré-expliciter l'ETP au sein des différentes directions du Centre Hospitalier et du GHT.

- Soutenir la création de nouveaux programmes en proposant au personnel déjà formé un éventuel accompagnement méthodologique pour leur projet (programme ETP ou action éducative ciblée).

Pour la Cardiologie :

Un programme concernant les maladies athéromateuses : infarctus, AVC et artérite est donc déjà disponible au PEPP qui collabore étroitement avec le Club Cœur et Santé et avec France AVC.

L'ouverture d'un SSR en Cardiologie a permis la formation de nombreux membres du personnel en ETP et pourrait amener à court terme la création d'un programme sur l'insuffisance cardiaque. On mentionnera ici les liens étroits entre le service de cardiologie du CH d'Abbeville et le service de réadaptation de Corbie (autour de la réadaptation cardiaque mais aussi de l'éducation des patients).

Un travail est également à effectuer par rapport aux anticoagulants, en collaboration avec le service de neuro-vasculaire, en tenant compte des nouveaux anticoagulants oraux.

La création d'un SSR Cardiologique et l'accompagnement éducatif, qui doit par définition exister dans cette structure, est complémentaire du programme ETP proposé au PPEP d'Abbeville.

Actuellement, l'adressage des patients hospitalisés au CH pour un syndrome coronaire aigu ou pour un AVC, vers le PPEP, n'est pas systématique, ce qui est dommage en premier lieu pour le patient. La loi indique qu'un programme d'ETP doit être proposé à tous les patients qui peuvent l'accepter ou non.

Pour la Pneumologie :

La formation en ETP des membres de l'équipe du SSR a permis de renforcer les compétences pédagogiques, ce qui devrait permettre d'envisager la rédaction et la mise en place d'un programme d'ETP autour du handicap respiratoire. Si la BPCO est la principale maladie chronique à prendre en charge et si c'est la cause majeure de prise en charge par le SSR, il faut également organiser l'éducation des patients asthmatiques et des patients suivis pour un cancer du poumon.

L'éducation des patients appareillés pour les apnées du sommeil, qui concerne la pneumologie et l'ORL, nécessite d'être organisée et valorisée. Le rôle de chacun pour le suivi

éducatif est à définir (aussi avec les prestataires), dans un souci de cohérence et d'efficacité dans l'intérêt du patient.

Pour la Diabétologie :

Un parcours éducatif est à ce jour déjà disponible au PPEP pour les patients diabétiques de type 2, souvent en obésité, qui sont très nombreux dans les services du CH en particulier en cardiologie.

Par contre, un parcours éducatif et/ou un programme pourrait être proposé pour « les patients traités par insuline », ce qui permettrait d'inclure :

- Les diabétiques de type 1 (sous multi-injections ou sous pompe), l'insulinothérapie fonctionnelle…
- Les diabétiques de type 2 insulino-requérants
- Les diabètes transitoirement insulinés, en raison d'une pathologie associée
- Les diabètes gestationnels

Le problème du « pied diabétique » (première cause d'amputation en France), est déjà abordé dans le programme patient à haut risque vasculaire, mais devra être approfondi avec la podologue...

L'ETP en Pédiatrie est un problème particulier ; on insistera sur le difficile passage de la diabétologie pédiatrique à la diabétologie adulte et la prise en charge particulière du diabète chez l'adolescent.

On précisera qu'il n'y a pas de réseau diabète sur notre territoire de santé.

Pour la Cancérologie :

Il existe déjà dans l'Ex Picardie un programme « TREPCAN », initié à Laon, qui peut être dupliqué ; il concerne le suivi des patients après un cancer de la prostate pour l'homme, du sein pour la femme.
Il existe au CHU un programme nommé PHARE complexe à mettre en place.

En ce qui concerne le CH, si l'infirmière de coordination en cancérologie, est désormais formée aux 40 heures tout comme la diététicienne dédiée, la problématique est que ces deux paramédicaux travaillent avec de nombreux médecins. Médecins qui ne sont, à ce jour, pas encore formés à l'ETP.

L'idée pourrait être, à moyen ou à long terme, de développer un programme transversal du type « vivre avec un cancer » dont les ateliers seraient essentiellement basés sur les compétences psychosociales : estime et confiance en soi ; relation avec les autres ; utilisation adéquat du système de santé…

Avec parallèlement des ateliers plus spécifiques en fonction des pathologies pour un accompagnement éducatif en complément des soins de support.

Enfin, la problématique de la non-adhésion aux chimiothérapies orales est un problème essentiel.

On rappellera qu'un médecin de la douleur du CH a un DU en ETP.

En nutrition,

La dénutrition est un sujet majeur chez la personne âgée et dans le domaine du cancer. Un programme a été déposé à l'ARS par l'hôpital de Saint Valery (en attente de réponse).

Il a déjà été précisé l'existence d'un programme pour les patients en obésité majeure, au PPEP.

En psychiatrie, par le biais de la coordination pour l'éducation du patient en Picardie (COPEPPI), en collaboration avec l'équipe de CRISALID du CHI de Clermont de l'Oise, un groupe de travail sur l'éducation des patients schizophrènes, auquel participe le psychologue du PPEP, a été mis en place. Il semble qu'un projet soit en cours d'écriture au CHS Ph. PINEL.

D'autres projets pourront sûrement être réfléchis puis développés au centre hospitalier.

On insistera sur le fait que l'ETP fait partie du soin, concerne **tous les services,** et qu'il est essentiel d'écouter les demandes des patients. On rappellera qu'un programme d'ETP concerne l'ambulatoire.

Si l'objectif est, pour le patient, moins de complications et d'hospitalisations (en urgence) et une meilleure qualité de vie, l'ETP permet également, **pour les soignants, un meilleur travail en équipe**. Elle permet aussi de mieux se connaître, de progresser, de redynamiser sa pratique professionnelle.

Par définition la prise en charge en ETP du patient doit être globale (médico-psycho-sociale), le parcours du patient doit, bien sûr, intégrer le suivi en ville et à l'hôpital et doit tenir compte des programmes d'accompagnement comme SOFIA ou du système de suivi PRADO.

La collaboration du PPEP et des médecins généralistes, excellente à ce jour, va probablement évoluer en fonction de la mise en place progressive de programmes d'ETP dans les maisons de santé. Avec un raisonnement et une organisation autour de la notion de premier, deuxième ou troisième recours.

L'ETP est un moyen d'aider les **patients précaires** (sous réserve que les techniques pédagogiques soient adaptées) et concerne également l'éducation et l'aide à apporter **aux aidants** de malades chroniques dont les situations sont parfois difficiles (post AVC, maladie neuro-dégénérative, cancer…).

Le PPEP entretient des rapports étroits avec des associations de patients, mais rappelle sans cesse à tous les professionnels, qu'il faut qu'ils contactent et travaillent de manière régulière avec elles, surtout dans le cadre des programmes d'ETP : avec des patients ressources ou patients experts. Il y a aussi un travail à élaborer et à améliorer régulièrement avec la direction des relations avec les usagers.

En ce qui concerne purement le fonctionnement du PPEP, on insistera sur le fait que l'équipe est la même depuis de nombreuses années. Tous les membres, y compris l'assistante médico-administrative, sont formés à l'ETP, avec des compétences spécifiques par diplômes mais également des compétences acquises par l'expérience.

Le remplacement de la diététicienne (retraite) sera un sujet de préoccupation pour toute l'équipe. Si les projets en ETP et la file active des programmes se développent, l'équipe du PPEP devra être renforcée.

C- Communication : On rappellera que le PPEP organise depuis plus de 10 ans des journées annuelles d'ETP et qu'il rédige depuis 2009 une lettre d'information sur l'ETP « EducInfo », largement diffusée.

Une feuille d'adressage, dédiée aux soignants, est utilisée par la majorité des correspondants.

Un flyer patient, expliquant l'activité au PPEP existe, toutefois il faudra probablement réfléchir à une feuille d'information approfondie sur le concept d'ETP, pour les services ou dans le livret d'accueil.

En conclusion : Encore beaucoup de travail dans les prochaines années pour la promotion et le développement de l'ETP au Centre Hospitalier d'Abbeville, dans le GHT, en partenariat avec la ville.

***

Pour l'évaluation, les indicateurs proposés pourraient être :

- le nombre de personnes formées à l'ETP entre le 1er janvier 2018 et le 31 décembre 2022.
- le nombre de programmes d'ETP déposés ou en cours d'élaboration.
- le nombre d'actions éducatives ciblées mises en place (ex. : poche de stomie, prévention des chutes).
- le nombre de nouveaux partenariats en particulier avec des associations de patients.

Pour le PPEP :

- le nombre de patients adressés par le CH suite à une consultation ou une hospitalisation.

Dans le cadre des évaluations (annuelles et quadriennale demandées par l'ARS), le PPEP dispose de questionnaires de satisfaction émanant des soignants de ville et des soignés (plutôt très positifs).

PROJET D'UNE COORDINATION TRANSVERSALE EN ETP AU CH.

Les missions d'une coordination territoriale d'ETP :

1- Activités transversales autour de l'ETP

- Recenser les programmes ETP actuels des hôpitaux du secteur et du monde libéral, et Recenser les actions éducatives ciblées des hôpitaux du secteur et du monde libéral.

- Accompagner les projets de futurs programmes en proposant une aide méthodologique et une validation ; si un programme était créé, appuyer les démarches d'évaluation annuelle et quadriennale ; à court terme à Abbeville réflexions en Pneumologie, Cardiologie, Cancérologie et dans le cadre d'un projet régional « schizophrénie ». En ville une maison de santé du secteur dispensera peut être un jour un programme ETP avec l'URPS (obésité de l'enfant, diabète, BPCO …) mais il peut y avoir une demande particulière par une maison de santé sur un projet ciblé.

- Identifier les personnes relais dans les services pour faire le lien avec la coordination.

- Procéder à une veille informationnelle, réglementaire et législative relative aux dossiers ETP.

- Participation aux réunions sur l'ETP au sein du GHT.

Exemple en 2017, ETP et obésité de l'adulte et de l'enfant. (Echanges permanents avec Mme CARPENTIER, Cadre responsable de l'ETP au CHU d'Amiens et Collaboration ancienne et étroite avec les SSR Cardiologie et Nutrition de Corbie).

- Travailler avec le groupe éducation prévention du CH.

2- Formation en ETP

- Répertorier, à l'échelle du territoire, à l'hôpital comme en ville les personnes formées à l'ETP soit par une formation 40h, soit par un DU (en distinguant la compétence à dispenser l'ETP et celle à coordonner un programme ETP).

- Recenser les besoins et demandes en formation 40h à l'ETP à l'hôpital et en libéral et Recenser les besoins et demandes à une sensibilisation à l'ETP (2 jours) comme réalisé il

y a quelques années auprès de 50 médecins généralistes et pharmaciens du territoire. (La formation 40h est proposée par différents organismes dont COPEPPI).

- Dans le cadre de la formation médicale et paramédicale continue en ETP, on rappellera :
  - La parution mensuelle d'Éduc Info (plus de 100 numéros à ce jour),
  - L'organisation annuelle d'une journée d'ETP en collaboration avec l'IFSI.

Nous disposons également d'un fond documentaire sur l'ETP mis à la disposition de tous.

3- Coordination (animation) Territoriale

- Faire le lien avec les associations partenaires :
  A Abbeville, implication majeure du Club Cœur et Santé,
  Rapport étroit avec France AVC,
  Pas d'antenne de Diab 80 mais une porte ouverte au Pôle : « le diabète parlons-en »,
  Recenser les autres associations partenaires pour les années à venir, en particulier en Pneumologie, en cancérologie…
  Ce rapport avec les associations permettra peut-être de repérer un patient ressource qui souhaiterait par une formation devenir patient expert (nous pourrions alors l'accompagner dans ce projet). En tout cas, il faut promouvoir et valoriser l'implication des patients.

- Rencontrer les représentants des usagers (via le directeur des relations avec les usagers). Pour mieux expliciter le concept d'ETP dans le cadre des maladies chroniques en insistant sur l'aide apportée aux patients mais aussi aux aidants.

- Par le biais de l'ETP favoriser et expliciter le parcours de soin du patient avec facilitation du lien ville/hôpital.

- Etre structure ressource, ce qui est déjà le cas, pour tous les partenaires du monde médico-social afin de les accompagner dans leur projet : service santé de Communauté d'Agglomération Baie de Somme ; services santé au travail ; services sociaux (contrat local de santé) ; médecine scolaire.

4- Communication

- le Pôle d'Abbeville a toujours été leader pour une communication sur son activité et sur l'ETP, au niveau territorial mais aussi régional (site internet) et national (articles et congrès).

- Depuis sa création, le Pôle a créé des documents d'information régulièrement réactualisés :

  a- Une plaquette à destination des usagers,
  b- Page dédiée dans le livret d'accueil,
  c- Une feuille d'adressage pour les médecins de ville,
  d- Un lien informatique pour les soignants de l'hôpital.

- Notre expertise dans l'organisation de journées grand public, nous a permis de soutenir des actions avec la mairie, dans le hall de l'hôpital en particulier pour les journées mondiales. La presse locale fait régulièrement des articles sur nos actions, à partir de nos dossiers de presse.

2. La diabétologie/endocrinologie

La diabétologie et l'obésité sont des problématiques de santé publique en constante augmentation, particulièrement dans notre région, avec une offre de soins restreinte. Quelques chiffres (BEH Bulletin épidémiologique Hebdomadaire, n°27-28 du 14/11/2017 et enquête *Obepi* 2012)

- 3.7 Millions de diabétiques en France + 1.2 M qui s'ignorent
- 6.5 M d'obèses
- Les disparités territoriales s'accentuent depuis 2009
- Prévalence du diabète de 6.23% en Hauts de France contre 3.1% en Bretagne.
- Prévalence de l'obésité en Picardie est de 22% contre 15% en France.
- 26% de la population de plus de 75 ans est diabétique.
- 40% de la population hospitalière est diabétique.

Offre de soins en France : 2.6 endocrinologues pour 100 000 hab.

- Sur la région 3 endocrinologues pour un bassin de population de 200 000 hab. avec une activité complémentaire non chevauchante : libérale (Dr CREPIN), préventive (Dr BERNASCONI), hospitalière (Dr DINOMAIS).

Organisation actuelle sur l'hôpital : chiffres sur 1an

- Consultations médicales au RdC (30min/cs) : 759
- Avis médicaux interservices (15') : 214
- Consultations médicales téléphoniques (15') : 428
- Consultations IDE (30') : 524
- Consultations IDE téléphoniques (15') : 178
- Consultations diététiques (1h) : 63
- Consultations diététiques interservices : 307
- Consultations de pédicurie et pansements complexes en unité : 90
- Consultations ou ateliers en trinôme (médecin/iDE/diet (2h) : 266
- Consultation trinôme (médecin/podologue/IDE (45') : 510
- Hospitalisation en HDS : 57

L'activité en UMCA relève davantage de forfaits de consultations multi-professionnelles et examens avec surveillance sur la journée mais ne rentrant pas dans le cadre de la tarification d'un hôpital de jour (ex bilan de diabète, pose de holter glycémique).

Il existe en plus des prises en charge en médecine interne (non comptabilisées) en urgences, qui lorsque les patients sont accessibles à un atelier collectif sont intégrés à l'offre de soin ambulatoire disponible.

Liste des problèmes récurrents qui perturbent le bon fonctionnement de l'offre de soin.

- Problèmes liés à la coordination des soins
- Problèmes liés à la formation du personnel
- Problèmes liés à l'informatique
- Problèmes liés à l'aménagement des locaux

Proposition de soins pour une organisation ambulatoire

Globalement, la meilleure coordination des soins sur le CH reste en HDS avec une programmation adéquate des examens médicaux, bilans et ateliers d'auto-apprentissage et des repas.

Toutefois, les HDS, créés dans les années 2000 dans les unités de diabétologie ne correspondent plus aux attentes actuelles de l'ARS, ni des patients qui souhaitent une prise en

charge ambulatoire. Le virage ambulatoire est donc à saisir avec le développement du « forfait de prestation intermédiaire : FPI » mis en place dans la circulaire frontière 2017. Ce forfait, même s'il a subi des rebondissements au printemps, existe sur le plan légal et correspond tout à fait à l'offre de soins proposée sur le CH. L'ensemble des consultations pluri-professionnelles faites à l'étage, ou en UMCA, les ateliers et la surveillance glycémique avec capteurs ou holter répondent à ses critères.

« La prestation intermédiaire entre les hospitalisations de jour et l'activité externe, destinée à financer les consultations pluridisciplinaires ou pluri-professionnelles et créée par le décret n°2017-247 du 27 février 2017, est facturée par un forfait prestation intermédiaire FPI.

La mise en œuvre de cette mesure est progressive. Le périmètre pour 2017 est limité aux pathologies listées dans l'annexe 18 à savoir :

- Le Diabète type I et II
- Le Diabète gestationnel
- La Polyarthrite rhumatoïde évolutive
- La Spondylarthrite grave
- Et l'Insuffisance cardiaque grave.

Ce forfait facturable à chaque venue du patient, avec un tarif identique quelle que soit la prise en charge, est conditionné au respect des critères suivants : Intervention d'au moins un professionnel médical et d'au moins 2 autres professionnels médicaux, paramédicaux, ou socio-éducatifs, avec réalisation d'une synthèse médicale de la prise en charge ».

Il convient donc de pouvoir réaliser ces consultations complexes avec plusieurs personnels médicaux et paramédicaux et proposer une offre diversifiée répondant aux demandes des patients.

L'offre proposerait :

- Des consultations individuelles en trinômes comme elles le sont déjà réalisées actuellement, mais reconnues FPI
- Un planning de 16 ateliers collectifs différents sur 4 semaines (chaque atelier durant 1h30 et pouvant accueillir 8 personnes) renouvelés tous les mois. Ceci est complémentaire avec le pôle de prévention qui travaille sur la prévention cardio-vasculaire, mais non chevauchant avec notre activité puisqu'il s'agit de la prise en charge ambulatoire du diabète avec l'apprentissage à l'auto-soin glycémique (capillaire ou interstitielle) et l'insulinothérapie (par injection ou par pompe) et la modification du traitement anti-diabétique +/- associé au bilan des complications.
- Développement de la pompe ambulatoire : nous sommes actuellement un centre initiateur de pompe à insuline avec un projet de développement de la mise en place de la pompe en ambulatoire (avec l'aide des prestataires en consultation FPI 3-4 sur la semaine comme au CHU d'Amiens).
- Développement du pied ambulatoire : consultation comme actuellement mais avec une antibiothérapie à domicile sur pick line, pansement complexes avec PICO et VAC à domicile et une programmation de biopsie osseuse en ambulatoire (actuellement en hospitalisation).
- Développement de séances de réentrainement à l'effort au SSR cardio/respiratoire.
- Les hospitalisations en urgence (diabète, pied ou endocrinologie) se feront comme avant en médecine interne.
- Utilisation de l'UMCA pour des patients répondant aux critères de l'hospitalisation de jour (lit/fauteuil ou surveillance en chambre pour patient fragiles ou test hormonaux sur plusieurs heures).

Sans modification de la structure actuelle, nous pouvons revaloriser plus de 1000 consultations (FPI à 110 euros contre 23 euros cotés actuellement, soit un gain de plus de 90 000 euros).

Mais pour la pertinence, la fluidité et une permanence des soins sur toute l'année, l'équipe devrait être renforcée d'un temps d'IDE et d'un temps de secrétariat.

Poste IDE pour animer les nouveaux ateliers et compléter l'offre de consultations

En effet, il convient de créer de nouveaux ateliers et de les animer quotidiennement.

Une IDE supplémentaire remplirait ce rôle et améliorerait l'offre de consultation grâce à la préparation des consultations médicales permettant de réduire les délais de RV.

Les consultations IDE nécessitent une formation spécifique en diabétologie et une prise de décision globale pour modifier l'insulinothérapie. Cette démarche s'apprend au quotidien dans les unités spécialisées mais aussi en doublage et lors de formation IDE spécifique (ex : formation ETP 40h et/ou SFD para- médicale…).

Un poste informatique et une adresse mail sécurisée commune à la filière diabétologie est indispensable pour le développement de la télésurveillance par les IDE.

Poste secrétaire et logistique informatique

Le développement de la messagerie sécurisée permettra un gain de temps secrétaire qui pourra être employé pour la logistique des prestations ambulatoires :

- Les programmations des FPI/HDJ : les consultations pluridisciplinaires et les examens associés représentent parfois 5 prestations sur la même matinée qui doivent être anticipées et coordonnées par une secrétaire en amont qui connait parfaitement la nature, la durée et les délais des examens pour éviter les échecs de programmation et puisse appeler les patients pour voir leurs possibilités professionnelles et répondre à leurs questions. Le rappel des RV en l'HDJ ou FPI 48h avant, permettra également de limiter le nombre de RDV non honorés.

- Création de nouvelles journées/demi-journée thématiques : DG avec famille et sage-femme, évaluation à 6 mois après un séjour, évaluation à 1 an après pose de pompe, évaluation à 1 mois après hospitalisation en urgence en médecine interne

- Organisation des RDV de consultations. Aucun RDV ne peut être donné sans remplissage d'un questionnaire préalable nécessitant une connaissance parfaite des situations d'urgence en diabétologie et endocrinologie.

- Récupération des bilans réalisés en ambulatoire pour synthèse de la prise en charge

- Réponse aux avis téléphoniques et filtrage pertinent des appels (en moyenne 15/j)

Le développement des outils informatiques est indispensable sur différents domaines tels que : programmation pluriannuelle des consultations, télémédecine, site d'information type MOOC et e-learning…

Développement des coopérations avec les autres professionnels paramédicaux :

Améliorer le partenariat au sein de l'hôpital avec développement de plage spécifique de radiologie, cardiologie, d'ophtalmologie pour l'accès au rétinographe ou polygraphie dédiés à la diabétologie 1 à 2 /semaine pour faciliter les examens lorsque le patient vient en atelier éducatif.

Développer le recours à l'équipe des kinésithérapeutes, des acteurs sportifs et des psychologues déjà présents sur le SSR pour compléter les ateliers collectifs de 1h30 avec une formation spécifique.

Diversifier l'offre de soins grâce au recours à certains professionnels du CH qui travaillent autour du bien-être ou en psychiatrie (yoga/méditation) et qui pourraient réaliser un atelier de 1 ou 2h tous les mois.

Aménagement d'un espace dédié aux consultations diabétiques :

Il convient de penser une salle commune pour l'ensemble des soignants et un espace secrétariat et un accueil des patients proche des salles de consultations individuelles et collectives.

La multidisciplinarité nécessite la mise à disposition d'un espace rapproché avec 2 bureaux de consultations, une salle podologique, un bureau médical/paramédical (podologue/IDE/diététicienne et médecins), un accueil avec une secrétaire et une grande salle multifonctions équipée d'armoires pour le matériel nécessaire à l'éducation et de matériel vidéo et avec une capacité pour recevoir 15 personnes.

Conclusion

Il paraît indispensable de renforcer l'équipe paramédicale (IDE et secrétaire) pour donner plus de poids au rôle de coordination du diabétologue avec une équipe spécialisée et répondre aux avis complexes des médecins généralistes. Une équipe renforcée, mobile, dans des locaux adéquats permettra une offre de soins ambulatoire et numérique adaptée à la demande des patients. La revalorisation des consultations complexes en FPI participerait au financement de ce projet, dans l'immédiat sans mesure économique majeure. Ce projet serait l'occasion également de redonner une certaine attractivité au service pour accueillir un interne ou assistant partagé et rendre l'offre de soin en diabétologie pérenne sur le Centre Hospitalier d'Abbeville

3. Les Soins Palliatifs

OBJECTIF : ETENDRE L'OFFRE DE SOINS EN SOINS PALLIATIFS SUR LA ZONE D'ACTIVITE DE SOIN DE L'ABBEVILLOIS

1. AUGMENTER LE NOMBRE DE 2 LISP SUPPLEMENTAIRES SUR LE CHIBS
2. CREER UNE UNITE DE SOINS PALLIATIFS DE 10 LITS AU CHA

MOTIF/CONTEXTE

- Au CHA, le recours aux SP est organisé jusqu'à ce jour en 2 niveaux :
  - l'accompagnement palliatif dans un service hospitalier
  - 10 Lits Identifiés de Soins Palliatifs répartis ainsi ; 4 en médecine gastro-entérologie, 4 en pneumologie, 2 en médecine interne

- Au CHIBS,
  - Une extension de 8 à 10 LISP est envisagée dans le cadre du PMP.

- A domicile, la prise en charge palliative s'articule autour de 2 dispositifs en appui des professionnels de santé (médecin traitant, professionnels soignants et intervenants du domicile) :
  - Le service d'Hospitalisation A Domicile (30 places)
  - Le réseau de soins palliatifs (PALPI)

- L'Equipe Mobile de Soins Palliatifs du CHA exerce une activité transversale et collabore avec les équipes soignantes référentes.

Le médecin responsable (0.5 ETP) assure avec le cadre de santé, la coordination de l'équipe (2.8 ETP IDE, 1 ETP Psychologue, 0.5ETP secrétaire). L'EMSP intervient en intra hospitalier dans les services de l'établissement et en extra hospitalier, dans le service d'HAD, dans les EHPAD et les MAS pour lesquels une convention a été signée.

L'EMSP a recours à une supervision collective mensuelle depuis septembre 2016.

Chaque unité a un référent en soins palliatifs qui fait le lien avec l'EMSP et participe aux réunions trimestrielles.

L'EMSP participe à la formation initiale et continue des professionnels au moyen de cours à l'IFSI et l'IFAS et du DPC Soins Palliatifs mis en place depuis mars 2017.

Le CHA participe à la journée mondiale des soins palliatifs depuis 2014. Pour permettre d'aborder la fin de vie et la mort sur un plan ludique et artistique, le 13 octobre 2017 sont intervenus deux clowns art-thérapeutes (Neztoiles) auprès des patients en LISP et de leur famille en les aidant à libérer la parole, auprès des soignants au cours d'une formation en leur proposant une nouvelle approche d' « accompagnement » et de « prendre soin » et enfin lors d'une conférence-débat pour promouvoir la philosophie des soins palliatifs et l'unité mobile de soins palliatifs du centre hospitalier d'Abbeville auprès du grand public.

L'EMSP participe à des groupes de travail : URSPP, Palpi 80, le comité d'éthique, le SCLUD, groupe « bientraitance »…

- La formation de type « spécialisation » en soins palliatifs des personnels :
  - 1 CDS a un DU de SP, 1 prévu en 2018.
  - 9 IDE ont un DU de SP, 2 sont prévus en 2018.
  - 1 AS a un DIU de SP, 1 est en cours de préparation.

- Le CHA a 4 autorisations d'activité en cancérologie :

  - Chirurgie cancérologique urologique.
  - Chirurgie cancérologique digestive.
  - Chirurgie cancérologique ORL et Maxillo-faciale.
  - Chimiothérapie ; renforcement des effectifs actuels à hauteur de 0.5 ETP d'hématologue et de 0.5 ETP d'oncologue.

Mise en place d'une consultation oncogériatrique depuis septembre 2011.

Le Centre de Coordination en Cancérologie (3C) Abbevillois a été formalisé en décembre 2007 par convention.

Les Réunions de Concertation Pluridisciplinaire du 3C abbevillois sont hebdomadaires.

- Lors de sa visite le 28 juin 2016 portant sur l'organisation de la filière cancérologie-soins palliatifs, Mme THIERRY A., référente Soins palliatifs à l'ARS Haut de France, nous a demandé de réfléchir pour le prochain SROS qui entrera en vigueur le 1er janvier 2018 à l'éventualité de la création d'une unité de soins palliatifs.

Lors de la réunion régionale des EMSP le 7 novembre 2017 à Lille, les orientations du PRS2 ont été présentées et Mme THIERRY a indiqué le souhait de voir s'implanter une USP dans la région abbevilloise.

- Une enquête un jour donné (le 16/11/2017) relative aux patients éligibles en LISP nous a permis d'identifier une file active de patients éligibles à une prise en charge en soins palliatifs.
- Au cours de cette enquête, 319 dossiers ont été audités soit 96% des patients présents dans l'établissement hors les pôles de psychiatrie et femme-enfant.

Sur les seuls critères médicaux, 67 patients sont éligibles.

32 patients ont un score d'admission en LISP > ou = à 10 et 35 ont un score entre 7 et 9. Parmi les 32 :

- 69% des patients font l'objet d'un arrêt, d'une limitation ou d'une abstention de traitement anticancéreux.
- 97% des patients justifient une charge en soins importante.
- 69 % des patients ont un maintien ou un retour au domicile impossible.
- 28 % des patients sont en phase terminale ou en sédation en phase terminale.
- 90 % des patients ou des familles ont une souffrance psychique.
- 100% des patients ont un indice de performance élevé dont 93% en PS3 ou 4.

Sur les 32 patients éligibles, 29 ont bénéficié d'au moins 3 soins de support. Les résultats de l'enquête montrent que :

- 100% des patients ont bénéficié d'une prise en charge de la douleur.
- 93% des patients ont bénéficié de soins importants (symptômes d'inconfort) et de soins de nursing complexes.

OBJECTIFS DE LA CREATION D'UNE USP

- Structurer l'offre de soins en matière de soins palliatifs dans l'abbevillois
- Garantir l'équité d'accès aux soins palliatifs dans un territoire où l'offre est peu dotée
- Rendre lisible l'organisation des soins palliatifs sur la zone d'activité de soins de l'abbevillois
- Répondre aux 3 missions principales de l'USP :
  - Missions de soins et d'accompagnements complexes et de recours
  - Missions de formation
  - Missions de recherche et de ressources
- Développer la culture palliative dans la zone d'activité de soins de l'abbevillois

DOMAINE

- Etendre l'offre de soins sur le CHIBS en passant de 10 à 12 LISP
- Maintenir et développer les 10 LISP au CHA
  - Développer la culture palliative dans les unités du CHA par la mobilisation des référents et de l'EMSP
  - Augmenter le niveau de sensibilisation et de formation spécifique aux soins palliatifs de tous les personnels
  - Engager une réflexion à la mise en place d'un DPC soins palliatifs médical

- Créer une Unité de Soins Palliatifs d'une capacité de 10 lits
  - Pour organiser et faire fonctionner cette USP, cela implique :
    - ⇨ Une charte de fonctionnement
    - ⇨ L'élaboration de critères d'admissions ; fiche de demande d'admission et fiche de traitement des demandes
    - ⇨ Utilisation de dossiers de soins pluridisciplinaires
    - ⇨ L'organisation et la formalisation de réunions régulières de synthèses pluridisciplinaires
    - ⇨ L'existence d'un groupe de parole animé par un superviseur
    - ⇨ Une procédure d'intervention des bénévoles d'accompagnement
    - ⇨ Une procédure d'accueil des stagiaires
  - Chaque personnel de l'USP répondra à un profil de poste qui détermine le niveau de formation requis et sera volontaire.

Les effectifs envisagés en USP sont :

- 1 ETP PH, 9 ETP IDE, 10 ETP AS, 2 ETP ASH, 1 ETP CDS
- 1ETP Secrétaire, 1 ETP psychologue, un temps kiné dédié et un temps assistante sociale.

Le responsable médical et le cadre de santé seront titulaires d'un DU de soins palliatifs.

Les locaux affectés à l'USP seront adaptés à la pratique correcte des SP et de l'accompagnement répondant aux besoins des personnes malades, des familles et de l'équipe (lieu de repos, coin cuisine, lit d'appoint, salle de réunion). Un projet de réaménagement de locaux est en cours de réflexion.

RISQUES

- Non atteinte du taux d'occupation en USP, en LISP au CHA, au CHIBS
- DMS non maitrisée

METHODE

- Présentation du projet
- Validation du projet par les instances
- Demande d'autorisation d'ouverture d'une USP de 10 lits au CHA et d'augmentation de 2 LISP supplémentaires au CHIBS
- En parallèle, avancement du projet architectural
- Campagne de recrutement des personnels médicaux et paramédicaux
- Organisation du plan de formation des paramédicaux
- Achat matériel : mobilier, matériel médical et prévision sur plan d'équipement
- Organisation logistique (cuisine, lingerie…)

Suivi mensuel des indicateurs : taux d'occupation, activité PMSI, % de retours à domicile parmi les sorties (hors décès), nombre de réunions pluridisciplinaires, % d'IDE et AS formés au SP et /ou à la douleur, nombre total d'heures d'enseignement en SP réalisées par les membres de l'USP, nombre de supervisions.

COMMUNICATION

- Plan stratégique et projet d'établissement du CHA
- Instances
- Autorisation ARS
- Plan de communication du règlement intérieur et du fonctionnement de la future unité
- Site internet
- Médecins traitants
- Commission des usagers, associations
- Presse

4. La Lutte contre la douleur

La prise en charge de la douleur constitue depuis plusieurs années un enjeu de santé publique pour les établissements de santé. Enjeu pris en compte dans les indicateurs de la qualité des soins au niveau de la HAS.

La mise en œuvre du compte qualité répond à l'obligation des établissements de santé de définir une politique de prise en charge de la douleur.

Cette politique a pour objectif, dans notre établissement, de développer, d'améliorer les outils et les pratiques soignantes afin de répondre au mieux aux besoins des patients et ce, en prenant en compte les spécificités des patients et secteurs à risques (personnes âgées, enfants, service d'urgence, …)

La SCLUD est le pilier de notre politique, elle permet de disposer d'une force d'analyse, de proposition et de communication.

Toutefois, la SCLUD seule ne peut fonctionner, la prise en charge de la douleur n'est optimale qu'avec l'implication de tous les acteurs. Elle doit s'intégrer dans une démarche soignante qui place le malade au centre des préoccupations, le rôle des référents douleur par unité est donc, lui aussi, primordial.

Afin de répondre au mieux aux besoins des patients, le compte qualité dresse, en amont, les risques identifiés ainsi que leur criticité. L'année 2018 devrait nous permettre de travailler, grâce au plan d'actions définis, sur l'uniformisation des pratiques liées à l'utilisation des PCA ainsi que sur l'amélioration de la réévaluation de la douleur en lien avec les IPAQSS.

L'amélioration des pratiques s'inscrit dans le temps, le compte qualité doit donc être régulièrement mis à jour en fonction de la cartographie des risques et des évaluations des actions programmées annuellement afin de valoriser les résultats d'amélioration de la prise en charge de la douleur au sein de notre établissement.

L'établissement dispose d'une politique de prise en charge de la douleur dynamique qui évolue en fonction des résultats d'amélioration pour le patient et de notre cartographie des risques révisée 2 fois par an.

L'implication des référents douleur (nommés par unité) est primordial, une fiche décrivant leur rôle a été créée et portée à leur connaissance. Ces derniers se réunissent en moyenne une fois par trimestre ; permettant ainsi la mise en œuvre opérationnelle de nos actions d'amélioration.

L'année à venir sera principalement axée sur l'amélioration de la réévaluation de la douleur et sa traçabilité ainsi que sur l'amélioration des pratiques relatives à l'utilisation des PCA de morphine. Plusieurs axes seront définis et s'articuleront avec le DPC Douleur et des formations plus spécifiques intégrant une simulation d'utilisation des PCA avec un retour d'expérience auprès des utilisateurs afin de réajuster les protocoles, outils et/ou modalités de formation.

5. L'hospitalisation à domicile

Pour le pôle de médecine, l'objectif vise à augmenter l'activité en HAD :

30 places d'Hospitalisation à Domicile (HAD) sont autorisées depuis mai 2009. Ce nombre de places représente près de 24 places pour 100 000 habitants, ce qui est conforme aux objectifs du SROS (23 places).

Le service dessert un territoire étendu et rural obligeant à des déplacements très longs.

Le taux d'occupation reste aux alentours de 70% avec un nombre de journées de près de 7800 et avec 303 entrées en 2017 (vs 336 en 2016).

Le nombre de journées avoisine 7 800.

Le développement des alternatives à l'hospitalisation complète, et en particulier de l'HAD, est une priorité nationale et régionale, pour différentes pathologies. Par exemple, la conférence sanitaire de territoire a ainsi incité à développer les chimiothérapies au domicile du patient (au moins à partir de la deuxième séance). Le suivi des femmes avec grossesses à risque est également un enjeu important repris dans le projet du pôle mère-enfant.

Dans cette pratique, il faut naturellement développer les réseaux et les coopérations. Cela devra inclure les coopérations avec le Centre Hospitalier Intercommunal de la Baie de Somme.

Actuellement, un certain nombre de patientes dont la grossesse n'évolue pas de façon normale sont hospitalisées dans le service de gynécologie obstétrique, et ceci pour un temps qui peut être plus ou moins long.

Il serait important pour ces futures mamans de pouvoir rester au domicile, et de pouvoir bénéficier de l'aide d'une équipe comprenant infirmière, aide-soignante et sage-femme. Ce maintien à domicile permettrait à la maman de vivre mieux la grossesse tout en restant sous une surveillance étroite.

Le projet consisterait donc à surveiller de façon rapprochée les parturientes à domicile, par une équipe dépendant de l'HAD et dans laquelle serait impliquée une sage-femme du service de Maternité. Il ne pourrait se faire qu'en articulation avec l'équipe de l'HAD, dans laquelle une ou plusieurs sages-femmes du service de Maternité interviendraient. Pour ce faire, il faudrait que l'équipe actuelle de sages-femmes puisse être réorganisée pour dégager du personnel qui participerait à cette mission, ou alors de recruter une sage-femme supplémentaire.

Après analyse des possibilités de réorganisation et d'un travail à mener avec l'équipe de l'HAD, ce projet pourrait être opérationnel à partir de l'année prochaine.

6. La politique de lutte contre les infections nosocomiales.

La politique de lutte contre les infections associées aux soins vise à :

- Appliquer et mettre en place des mesures de protection
  - Mise en place des protocoles et fiches techniques accompagnées d'informations et de formation du personnel concerné et d'évaluation de leur observance
  - Gestion des problèmes ponctuels en lien avec les recommandations
  - Mise en place d'une planification de la surveillance microbiologique de l'environnement
  - Avis sur la programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements
  - Rédaction d'un programme annuel d'actions en se basant sur les directives nationales et les orientations locales

- Surveiller les infections nosocomiales
  - Incidence continue : bactéries multi-résistantes aux antibiotiques, des infections pulmonaires, urinaires, bactériémies et sur cathéter veineux en réanimation, des infections du site opératoire en chirurgie
  - Incidence discontinue : infections du site opératoire dans certains secteurs de chirurgie
  - Surveillance des AES

- Alerter
  - Dans le cadre du signalement des infections nosocomiales, les événements inhabituels ou sévères dont l'origine nosocomiale peut être suspectée doivent être portés sans délai à la connaissance de la SCLIN, et de l'équipe opérationnelle d'hygiène afin que les investigations nécessaires à la détermination de leurs causes soient menées.

- Former les personnels de l'établissement
  - Sensibilisation des nouveaux agents et des remplaçants d'été
  - Formation continue
  - Diplôme universitaire « prévention des infections nosocomiales et qualité des soins »
  - Demandes ponctuelles des cadres de santé dans des domaines ciblés

- Informer
  - L'information des professionnels est assurée par la diffusion d'une synthèse périodique des résultats des surveillances, des audits, des évaluations, des résultats microbiologiques du laboratoire d'hygiène, des recommandations de bonnes pratiques en hygiène et de la réglementation dans le domaine de l'hygiène.

7. La prise en charge médicamenteuse

Le Centre Hospitalier d'Abbeville s'est engagé dans une politique de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient. Cette politique vise à assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient. Cette politique intègre le programme d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques.

Cette politique :

- précise les responsabilités en matière de qualité de la prise en charge médicamenteuse et de dispositifs médicaux stériles et non stériles associés,
- définit l'organisation générale et le fonctionnement du circuit du médicament ainsi que les contrôles, et évaluations des pratiques pour chaque étape,
- appelle à établir un système documentaire,
- inclut la formation du personnel,
- développe un système de gestion des risques, lequel comprend la déclaration des évènements indésirables, et en particulier les erreurs médicamenteuses, leur analyse, y compris par des CREX ou REMED ou des RMM, ainsi que la planification d'actions d'amélioration et de leur suivi,
- veille à la mise en œuvre de la réglementation et à l'amélioration des pratiques relatives à la prescription des médicaments et à la liste des personnes habilitées à prescrire, à la dispensation, à la préparation, à l'approvisionnement, à la détention et au stockage, au transport, à l'administration, à la gestion du traitement personnel du patient.

Cette politique de la qualité est développée par les plans d'actions d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse annuels, lesquels fixent des objectifs précis, un calendrier et des indicateurs de suivi. Cette politique s'insère dans le respect des recommandations de bonnes pratiques, notamment celles de la HAS. Elle n'est pas exclusive et ne s'oppose pas à des initiatives complémentaires, telles que les EPP en cours.

Nous, soussignés, M. NIVESSE, Directeur, Docteur KFOURY, Président de la Commission Médicale d'Etablissement, nous engageons à mettre en œuvre intégralement l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé et à mettre en place au Centre Hospitalier d'Abbeville un système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse visant à assurer la qualité et la sécurité pour le patient.

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES :

- ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament
- CME : Commission Médicale d'Etablissement
- CREX : Comité de Retour d'Expérience
- CRUQPC : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de Prise en Charge
- CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
- DGOS : Direction générale de l'offre de soins
- DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- EPP : Evaluation de Pratique Professionnelle
- EIG : Evènements indésirables graves
- IPAQSS : Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et la Sécurité des Soins
- HAD : Hospitalisation à Domicile
- HAS : Haute Autorité de Santé
- REMED : Revue des Erreurs Médicamenteuses et Dispositifs Médicaux associés
- MERVEIL : Etude Multicentrique pour l'Evaluation de la Revue des Erreurs et de leur Iatrogénie
- OMEDIT : Observatoire des Médicaments, des Dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques
- PUI : Pharmacie à Usage Intérieur
- RMM : Revue de Mortalité et de Morbidité
- RSQ : Réseau Santé qualité Nord Picardie
- SCEPP : Sous-Commission de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles
- SCLUD : Sous-Commission de lutte contre la douleur
- SCOMEDIMS : Sous-Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles
- SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique

Introduction

Selon l'enquête ENEIS, (Enquête Nationale sur les Evènements Indésirables liés aux processus de Soins conduite en 2005, il ressort une estimation de survenue de 350 000 à 450 000 évènements indésirables graves (EIG) par an liés à l'hospitalisation dont un tiers serait évitable. L'incidence serait de 6.6 EIG pour 1000 jours d'hospitalisation. Un tiers de ces EIG sont dus à la chirurgie, un tiers dus aux infections nosocomiales, et un tiers sont dus aux médicaments.

La DREES a réédité en 2009 cette enquête. L'objectif principal était d'estimer la fréquence et la part d'évitabilité des EIG dans les établissements de santé et d'observer les évolutions par rapport à l'enquête de 2004. En 2009, 374 EIG ont été identifiés au cours de l'enquête, dont 214 sont survenus au cours de l'hospitalisation et 160 sont à l'origine d'une hospitalisation. L'extrapolation de ces résultats permet d'estimer que le nombre d'EIG survenus pendant une hospitalisation se situe dans une fourchette allant de 275 000 à 395 000 par an, dont 95 000 à 180 000 EIG peuvent être considérés comme évitables (260 à 490 /jour). Globalement, un EIG survient en moyenne tous les 5 jours dans un service de 30 lits, avec une incidence supérieure dans les services de chirurgie.

Pour le tiers des EIG dus aux médicaments, cela concerne la non-conformité des prescriptions, des administrations, du suivi thérapeutique et l'absence de traitement (absence de prescription, d'administration, d'omission et d'observance). Or, la prévention des risques passe par la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse dans ses différentes étapes :

1/ L'entrée/transfert du patient (conciliation des traitements)
2/ La prescription
3/ L'analyse de l'ordonnance
4/ La dispensation
5/ la préparation des doses à administrer
6/ l'administration
7/ l'information du patient
8/ la surveillance du patient
9/ l'approvisionnement
10/ la détention et le stockage
11/ le transport

Donc, la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse implique tous les professionnels de l'établissement. Elle s'applique à tous les patients pris en charge dans l'établissement, en HAD ou aux patients en ambulatoire, ayant bénéficié d'une dispensation médicamenteuse par la PUI du Centre Hospitalier d'Abbeville, en tenant compte de leurs spécificités. Cette politique s'inscrit dans la continuité de la politique de la qualité, de gestion des risques et des vigilances de l'établissement.

La qualité de la prise en charge médicamenteuse nécessite la prise en compte de la structure, des processus, du fonctionnement et des activités entourant le patient. La qualité de la prise en charge médicamenteuse comprend à la fois l'amélioration et la maîtrise des processus de prescription, d'analyse, de dispensation, d'administration et de suivi médicamenteux du patient dans sa dimension intra-hospitalière mais aussi les temps précédant l'admission et suivant la sortie du patient. Toutes les améliorations qualitatives de cette prise en charge doivent prendre en compte la globalité de cette prise en charge. Donc, cette politique de la qualité suppose la mise en place d'audits et d'actions d'amélioration.

Les propositions et les choix liés à l'amélioration de la qualité sont réalisés avec une finalité patient et avec l'objectif d'améliorer les issues cliniques et humaines liées à ce processus. Un accent particulier doit être mis pour les populations les plus vulnérables, notamment les personnes âgées, en corrélation avec les risques liés à l'utilisation de certains médicaments.

La gestion des risques médicamenteux doit être centrale pour les choix décisionnels et elle doit tenir compte des facteurs humains dans les aspects faillibles et sécuritaires de l'activité humaine. Facteurs humains et ergonomie sont donc des éléments clés pour garantir une qualité de cette prise en charge. Ils seront développés dans le cadre de la mise en place d'une culture de la sécurité des soins. La qualité de la prise en charge médicamenteuse doit donc s'intéresser à la fois à la qualité

du fond scientifique mis à disposition des professionnels, à l'applicabilité et aux moyens mis en place pour les utiliser au bénéfice du patient.

Réglementation – Références – Adhésion aux groupes de travail inter établissements

Réglementation nationale :

- Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses.
- Décret n°2000-1316 du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur (articles L 5126-1 à 14 et R.5126-1 à 15)
- Arrêté « bonnes pratiques de pharmacie hospitalière » juin 2001
- Décret du 24 août 2005 relatif au « Contrat de bon usage du médicament et des produits et prestations »
- Décret du 31 octobre 2008, relatif au contrat de bon usage des médicaments et produits et prestations mentionnés à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale.
- Circulaire n° 666 du 30 janvier 1986, BOMS Fascicule spécial 86/11bis « la prescription est un acte médical, la dispensation : un acte pharmaceutique, l'administration un acte infirmier ».
- Décret n°2010 - 1029 du 30 août 2010 relatif à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles
- Décret 2010 – 1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les évènements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.
- Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé

Références

- Etude MERVEIL
- Projet MEDREC, historique médicamenteux à l'entrée de l'hôpital
- Projet européen, EuNetPaS
- Etude d'impact organisationnel et économique de la sécurisation du circuit du médicament dans les établissements de santé ». Ministère des Affaires sociales et de la santé. DGOS. Sous-direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé. Octobre 2009.

Liens avec les groupes de travail inter-établissements et sociétés savantes

- SFPC, Société Française de Pharmacie Clinique
- Guichet erreurs médicamenteuses de l'ANSM créé en 2002
- OMEDIT
- Réseau Santé Qualité Hauts de France

Les objectifs de la qualité de la prise en charge médicamenteuse sont mis en œuvre par des plans d'actions annuels et suivis par des indicateurs :

Objectifs

- Définir, mettre en œuvre et évaluer un système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse ;
- Etablir un système documentaire relatif à l'assurance qualité de la prise en charge médicamenteuse ;

- Formaliser les responsabilités à toutes les étapes du processus de la prise en charge médicamenteuse ;
- Développer la formation à la qualité et à la sécurité de la prise en charge médicamenteuse, en particulier au risque d'erreurs médicamenteuses ;
- Procéder à une étude des risques encourus par les patients lors de la prise en charge médicamenteuse ;
- Elaborer les procédures et les modes opératoires garantissant une meilleure gestion des risques (identitovigilance ; conformité des prescriptions ; conformité de l'administration ; qualité du circuit du médicament et des conditions de stockage ; information du patient ; traçabilité) ;
- Organisation de l'analyse des évènements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse, les erreurs médicamenteuses ou dysfonctionnements, y compris par les CREX/REMED ou RMM, de la mise en place d'actions d'amélioration, et de suivi de ces actions ;
- Poursuivre les efforts de pharmacovigilance et de matériovigilance ;
- Communiquer sur la qualité de la prise en charge médicamenteuse et promouvoir la culture de gestion des risques ;
- Améliorer l'information de l'ensemble des acteurs qui interviennent dans le processus : du médecin prescripteur jusqu'au patient ;
- Respecter les obligations légales et réglementaires et améliorer les pratiques relatives à la prescription des médicaments ; à la dispensation et à la préparation des médicaments ; à l'approvisionnement, à la détention et au stockage ; au transport ; à l'administration ; à la gestion du traitement personnel du patient ;
- Poursuivre la mise en œuvre des recommandations HAS, notamment au regard de la démarche qualité du circuit du médicament ou de la prescription médicamenteuse chez les sujets âgés, du bon usage des antibiotiques, la prise en charge de la douleur ;
- Assurer le respect des recommandations de bonnes pratiques et de bon usage ;
- Promouvoir l'éducation thérapeutique du patient ;
- Veiller à la prescription dans le livret thérapeutique ;
- Informatiser le processus de prise en charge médicamenteuse et l'optimiser ;
- Améliorer les indicateurs IPAQSS liés à la prise en charge médicamenteuse ;

Mise en œuvre de ces objectifs dans un plan annuel d'actions avec indicateurs de suivi et de résultats

Ces objectifs généraux se déclinent chaque année par un plan d'actions d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Ce plan d'actions contient des objectifs spécifiques, des indicateurs de suivi ou de résultat, un calendrier de mise en œuvre. Le plan d'actions annuel est évalué en cours d'étape sur une base trimestrielle et son bilan à la fin de l'année permet d'élaborer le plan d'actions suivant.

Le plan d'action est complété par les résultats des contrôles et inspections, ainsi qu'avec le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite des évènements indésirables.

Le plan d'actions n'est pas exclusif. D'autres plans d'actions plus spécifiques ou des EPP liées à la qualité de la prise en charge médicamenteuse existent. Le plan d'actions est intégré dans le programme d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi qu'au programme d'évaluation de l'établissement.

Responsabilités

Le **Directeur** conjointement avec le **Président de la CME** établit la politique de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, en fixe les objectifs et le calendrier de mise en œuvre (arrêté du 6 avril 2011, article 4).

Dans le cadre des attributions de la CME, la **SCOMEDIMS,** ou à défaut la CME, donne son avis sur la politique de la qualité et les plans d'actions, et suit la mise en œuvre et l'évaluation des plans d'action.

Le **Responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse**

(arrêté du 6 avril 2011, article 5) :

- ➔ s'assure que le système de management de la qualité est défini, mis en œuvre et évalué ;
- ➔ rend compte à la direction et à la SCOMEDIMS ou à la CME du fonctionnement du système de management de la qualité ;

Tous les professionnels sont impliqués et responsables de la qualité de la PECM, à travers les actions quotidiennes qu'ils mettent en œuvre.

II. Les objectifs par filières de soins

1. La filière Urgences

1.1. Orientations stratégiques du projet médical partagé du GHT Somme Littoral sud

1.1.1. Rappel des orientations stratégiques définies dans la convention constitutive du GHT Somme Littoral Sud

- **Améliorer l'accès et la qualité des soins :**
  - Conforter le maillage des SMUR et des services d'accueil des urgences afin de répondre au principe d'accès aux soins urgents en moins de trente minutes grâce notamment à la combinaison entre les vecteurs héliportés et terrestres de transports existants.
  - Optimiser la fonction de régulation du SAMU pour assurer une orientation des patients vers les services d'urgence et les établissements les plus adaptés à une prise en charge des pathologies observées, dans le respect des filières de prise en charge identifiées au sein du GHT.
  - Renforcer les coopérations entre établissements de proximité et de recours notamment par un accès privilégié aux plateaux techniques de recours en imagerie et biologie pour les unités d'urgences situées dans les établissements de proximité.

- **Améliorer l'efficience du système de santé :**
  - Identifier les modalités de prise en charge :
    - dans les filières de soins d'urgence spécialisées pour diminuer les délais de prise en charge dans les services adéquats (UNV, Syndrome coronarien aigu).
    - dans les filières « traumatisés graves »
  - Optimiser la gestion des lits des établissements afin de développer les possibilités d'accueil des patients arrivés aux urgences au sein des différents services en articulation avec les admissions programmées.
  - Développer depuis les services d'urgences des modalités de suivi non conventionnelles (HAD, consultations post urgence…) pour soutenir le virage ambulatoire des établissements membres
  - Développer la coopération entre professionnels des services d'urgence afin d'améliorer les modalités de transfert des patients entre établissements.

1.1.2. Déclinaison des orientations stratégiques en termes d'objectifs de prise en charge des patients

- **Intégrer les établissements du CHAM et de Hesdin** au schéma d'organisation des urgences d'ores et déjà déployé dans le cadre de l'ancienne Communauté Hospitalière de Territoire, filière par filières, en étant guidé par le principe unique du délai de prise en charge optimal des patients. Cette intégration sera réalisée en lien avec le SAMU 62 notamment et les établissements hors GHT concernés (CH Boulogne sur Mer, CH Calais notamment)
- **Adapter les vecteurs au nouveau flux de patients** et notamment prévoir une extension du fonctionnement de l'hélicoptère sanitaire du CHU Amiens en 24/24
- **Adapter la prise en charge urgente des personnes âgées** dans l'objectif d'éviter les passages inappropriés du sujet âgé aux urgences et d'en diminuer la durée au maximum.
- **Améliorer la prise en charge en urgence des patients psychiatriques**, par une plus grande fluidité entre structures somatiques et psychiatriques, et en menant une réflexion ciblée sur la prise en charge post-urgence des suicidants et l'organisation de la permanence des soins.

- **Faire du GHT un outil d'amélioration de la gestion des risques exceptionnels**, plus particulièrement sous l'angle hôpital en tension, en favorisant la connaissance réciproque et la coordination entre les acteurs.

1.2. Déclinaison territoriale et au sein du CH d'Abbeville

1.2.1. Tableau récapitulatif de l'offre de soins existante

Filière urgences	Abbeville
Régulation / Moyens mobiles	
SAMU	non
SMUR terrestre	oui
SMUR pédiatrique	non
SMUR héliporté	non
Accueil des urgences	
Urgences adultes médicales	oui
urgences adultes chirurgicales	oui
Urgences pédiatriques médicales	oui
urgences pédiatriques chirurgicales a partir 3 ans (cf bloc)	oui
Urgences gynécologiques et obstétriques	oui
Urgences psychiatriques	oui
Activités spécialisées avec accès direct :	
Urgences neurovasculaires	oui
Urgences cardiologiques USIC	oui
urgences cardio interventionnel	non
Urgences mains	non
Urgences trauma graves	non
Post urgences	
UHTCD	oui

Filière urgences	Abbeville
Unité post urgence	non
Plateau technique	
plateau technique d'imagerie d'urgence TDM	oui
plateau technique imagerie urgence IRM	Oui (en 24/24 pour AVC)
plateau technique de laboratoire d'urgence	oui
plateau technique de chirurgie d'urgence (dig)	oui
plateau technique de chir urgence (chir cardiaque)	non
endoscopie urgente	oui
dépôt de sang	oui
radio interventionnelle	non
Disciplines médicales/chirurgicales	
neurochirurgie	non
orthopédie	oui
urologie	oui
chirurgie vasculaire	non
chirurgie pédiatrique	non
chirurgie thoracique	non
Ophtalmologie	non
CMF	non
ORL	non
gynécologie	oui
niveau maternité	2a
psychiatrie adulte	oui
Pédopsychiatrie	non
Soins critiques	
USC	oui
réanimation adulte	oui
réanimation pédiatrique	non
Prise en charge brûlés	non

Filière urgences	Abbeville
Autres	
UMJ	non
unité carcérale	non
prélèvements organes	non

1.2.2. Evolution de l'offre de soins souhaitée

L'organisation structurelle déjà en place n'a pas vocation à être modifiée en tant que telle. Toutefois certaines organisations seront amenées à évoluer dans le cadre du GHT.

1.2.2.1. Intégrer le CHAM et le CH de Hesdin dans les filières urgences actuelles,

dans un raisonnement permanent bénéfice / risque pour le patient, faisant du temps d'accès au plateau technique le critère déterminant de l'organisation des filières.

- Traumatisés graves, crâniens et médullaires, embolisations non gynécologiques et urgences mains : la filière actuelle reposant sur une régulation par le SAMU 80 et une prise en charge au CHU Amiens sera étendue au CHAM, la plus grande proximité du CHAM avec le CHU Amiens offrant de meilleurs conditions de prise en charge aux patients concernés. Ce sujet implique une concertation, en cours, entre le SAMU 62 et le SAMU 80.

- Cardiologie interventionnelle : la disponibilité d'un plateau de coronarographie au CH de Boulogne offrant de meilleures garanties de rapidité de traitement aux patients, la filière sera maintenue en l'état. Ainsi, les patients de la Somme demeureront régulés par le SAMU 80 avec prise en charge selon le libre choix du patient dans ce périmètre géographique. Les patients de la zone littorale du CHAM seront régulés par le SAMU 62 avec prise en charge dans le périmètre de Boulogne.

- Filière AVC : au regard des évolutions technologiques en cours et de leur accessibilité, la logique est mixte :
  - Maintien de la filière actuelle concernant les AVC avec thrombolyse, c'est-à-dire :
    - réalisation des thrombolyses pour les patients d'Amiens, Doullens et CHIMR au CHU Amiens
    - réalisation des thrombolyses des patients abbevillois au CH Abbeville puis prise en charge en UNV au CHU pour 48h avant retour au CH Abbeville
    - réalisation des thrombolyses des patients du CHAM au CHAM grâce au réseau télé AVC, puis prise en charge en UNV au CH Boulogne pour 48h avant retour au CHAM ou au sein de la fondation Hopale.
  - Prise en charge totale des thrombectomies du GHT au CHU Amiens, soit par orientation directe par le SAMU 80 pour les zones d'Amiens, Doullens et Montdidier-Roye, soit après avis neurologique par télémédecine pour le CH d'Abbeville (avis d'un neurologue du CHU Amiens) ou le CHAM (avis d'un neurologue du CH Boulogne s/Mer).

Cette organisation de la filière de prise en charge AVC est portée collégialement par le groupe Urgences et le groupe AVC.

- ORL : les Urgences ORL du CHAM, actuellement adressées vers le CH de Boulogne sur Mer, il est convenu qu'elles soient désormais prises en charge par le CH Abbeville.

Au-delà de ces filières d'adultes traitées par le groupe urgence, l'élargissement de la zone couverte par la SAMU 80 à la totalité du GHT, incluant la zone littorale périphérique du CHAM, est aussi envisagée pour les enfants (filière traitée par le groupe Femme, Enfant), puisque les transports néonataux du CHAM ont vocation à être aussi réalisés dans ce cadre à brève échéance.

Globalement, ces confirmations / élargissements des filières d'urgence de l'ancienne CHT au périmètre actuel du GHT vont accroitre l'activité du SAMU 80 et du SMUR Amiénois. **Par conséquence, le projet médical partagé du GHT Somme Littoral sud impacte le fonctionnement des transports d'urgence, notamment héliportés et justifie d'un fonctionnement désormais en 24/24 de l'hélicoptère sanitaire du CHU Amiens Picardie, notamment en raison de l'urgence extrême à prendre en charge les thrombectomies.**

1.2.2.2. Filière gériatrie.

Les réflexions ont été conduites en vertu d'un principe fondamental : éviter les passages inappropriés du sujet âgé aux urgences et en diminuer la durée au maximum.

Le groupe urgence partage donc en totalité les conclusions du groupe gériatrie, auquel le Dr Douay participe désormais.

1.2.2.3. Filière santé mentale

- La filière santé mentale en urgence fonctionne de façon satisfaisante au CH Abbeville et CHAM, du fait de leur exercice conjoint d'une activité MCO et de psychiatrie et d'une organisation intégrée.
- La situation du CHIMR est globalement satisfaisante bien que complexe, car reposant sur une disponibilité de ressources infirmières et médicales psychiatriques en journée avec recours à 2 secteurs différents en période de permanence des soins.
- La situation du CH de Doullens, dépourvu de toute ressource médicale ou paramédicale, de jour comme de nuit, à l'exception d'une journée hebdomadaire se doit d'être améliorée. Dans une logique de conciliation entre l'amélioration de la qualité des soins apportés et de prise en compte des réalités de démographie médicale, il est convenu d'organiser la disponibilité d'une IDE psychiatrique au sein du CH Doullens.

Les réflexions du PMP se sont concentrées sur la relation entre le CHU Amiens et le CH Pinel, sur la base d'un travail en lien avec le groupe santé mentale.

Les orientations du PMP sur le sujet sont :

- Concernant la prise en charge des patients psychiatriques au CHU Amiens :
  - Réorientation immédiate vers l'UAO de Pinel des patients le nécessitant, quel que soit leur statut administratif, à partir du PH des urgences et en lien avec le sénior de l'UAO, sans recours à l'antenne de liaison du CHU, et avant toute prise en charge par le SAU, sur la base d'un algorithme IOA préparé conjointement par les 2 équipes médicales
  - Création d'une consultation de crise au CHU par l'antenne de liaison dans une logique de consultations de post urgences

- Concernant la prise en charge en post urgence des suicidants : Pour répondre à la question de la prise en charge des suicidants à ce jour réalisée en UHTCD (environ 800/ patients par an), dans leur phase de surveillance somatique avant avis psychiatrique, la constitution au sein du CHU de quelques lits dédiés à la post urgence sera travaillée dans le cadre du projet médical du CHU.

- Permanence des soins : En période de fermeture de l'antenne de psychiatrie de liaison du CHU le Week end et au regard de la lourdeur de la garde de psychiatrie du CH Pinel, la constitution d'une permanence de soins psychiatrique spécifique au CHU d'Amiens les dimanches et fériés de 10h à 20h sera à engager.

- CUMP : Afin de mobiliser les volontariats, un travail spécifique sera réalisé avec le SAMU 80 autour de l'algorithme de déclenchement de la CUMP pour la mobiliser plus régulièrement. Les recommandations nationales en préparation devront être prises en compte dans la réflexion.

1.2.2.4. **Gestion des situations exceptionnelles,** et notamment les épisodes d'hôpital en tension

- en lien avec les directions qualité et les présidences de CME des établissements, le GHT permettra une mise en commun des informations concernant l'activité des services d'urgences d'une part mais aussi des informations relatives aux disponibilités en lits de chaque établissement, par l'utilisation de l'ORU et du ROR.
- Le GHT mettra en commun les plans Hôpital en tension de chaque structure afin de faciliter la connaissance réciproque des capacités d'accueil normales et en situation de crise de chaque structure du GHT.
- Au-delà des secteurs d'urgences et d'hospitalisation MCO, des rencontres de suivi des données Trajectoires seront organisées, afin notamment d'évaluer les capacités de mobilisation des SSR dans ces périodes d'accélération du rythme de turnover de l'ensemble des patients des établissements de santé

Accès direct au CHU Amiens :

- **Filière SCA Cardiologie**

Protocole régional validé par le CMUP (Collège de Médecine d'Urgence de Picardie)

Accès direct au plateau de Coronarographie interventionnelle pour Angioplastie primaire ou thrombolyse pré-hospitalière et angioplastie secondaire

- **Filière AVC**

Protocole régional validé par le CMUP (Collège de Médecine d'Urgence de Picardie)

Accès direct à l'UNV pour thrombectomie artérielle en urgence

- **Filière TRAUMATOLOGIE GRAVE**

Accès direct au « Trauma center » via le service d'accueil « urgences vitales »

Transport primaire réalisé par le SMUR Abbeville

ou relai SMUR Abbeville / Transport héliporté SMUR Amiens

Accès direct aux services spécialisés du CH Abbeville :

- **Accès direct en service de réanimation :**

Accès direct possible des transports médicalisés par le SMUR Abbeville après accord préalable du médecin réanimateur de garde H24

- **Accès direct en service USIC :**

Accès direct possible des transports médicalisés par le SMUR Abbeville à la salle d'accueil des urgences cardiaques après accord du médecin cardiologue de garde H

2. La Gériatrie

Le projet médical gériatrique du CH d'Abbeville s'inscrit dans une démarche participative visant la consolidation et le développement de l'offre existante et la mise en place des parcours et orientations tel que définis dans le projet médical partagé du GHT dont le CH d'Abbeville est partie prenante et est considéré comme un centre de premiers recours.

Ce projet vise à créer une filière de soins gériatriques complète avec pour corollaire le développement de la prévention, de l'offre ambulatoire et des hospitalisations programmées.

Cette offre s'inscrit notamment dans le renforcement du partenariat existant avec le CHIBS, avec l'objectif de la mise en place d'un véritable pôle gériatrique inter hospitalier. Cette démarche nous permettrait d'avoir une filière gériatrique complète.

On déploiera cette offre de soins de façon coordonnée avec la médecine de ville, les différents réseaux et structures de proximité ainsi que les structures médico-sociales de notre secteur.

Pour permettre le déploiement de façon coordonné, le suivi ainsi que l'évaluation de la mise en place de ce projet médical, nous créerons une commission gériatrique composée entre autre de responsables d'UF et de gériatres référents. Elle aura aussi pour mission de prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, de la formation et de l'accompagnement des personnels à tous les niveaux de l'organisation hospitalière (administrative, médicale et paramédicale). L'objectif étant de mettre en place et soutenir le changement des pratiques sur le long terme.

- **Parcours et prise en charge des patients**

L'offre de soins gériatriques au sein du CH d'Abbeville est quasi complète. Elle comporte un service de court séjour gériatrique, un SSR à orientation gériatrique, un secteur médico-social avec l'EHPAD « Georges DUMONT » et la résidence « Les Hortensias », un hôpital de jour, des consultations gérontologique et Onco-gériatrique, une consultation mémoire labélisée et une équipe mobile de gériatrie.

Ces différentes structures sont intégrées dans le pôle médical.

Le service de court séjour gériatrique :

D'une capacité de 28 lits, il est situé dans le site principal de l'Hôpital

Missions :

- Assurer la prise en charge des patients gériatriques poly pathologiques de 75 ans et plus présentant une ou plusieurs pathologies décompensées.
- Procéder à une évaluation globale et individualisée et envisager avec les patients et leurs entourages les conditions de vie ultérieures.

Mode d'entrée:

- Admissions directes
- Admissions par les urgences
- Mutations d'une autre unité de court séjour

Mode de sortie:

* Domicile
* HAD
* Court Séjour Spécialisé non gériatrique
* SSR
* USLD
* EHPAD
* Décès

Le service de soins de suite et de réadaptation :

Il s'agit s'un SSR Polyvalent à orientation gériatrique, d'une capacité de 47 lits. Il se situe au centre gérontologique Route de Doullens.

Missions :

* Assurer les soins médicaux, curatifs ou palliatifs, d'ajustement des thérapeutiques, de renutrition, de diagnostic et de traitement des pathologies déséquilibrées.
* Assurer la rééducation et la réadaptation pour limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux.

Mode d'entrée:

Via Trajectoire, en provenance d'un service MCO.

Mode de sortie:

* Domicile
* Un autre SSR
* USLD
* EHPAD
* Décès

L'Hôpital de jour Gériatrique :

Mis en place depuis septembre 2017, il accueille 2 patients tous les lundis.

Il permet la réalisation de bilans suivants :

* Bilan initial des troubles cognitifs
* Bilan de suivi des troubles cognitifs
* Bilan de chute
* Bilan de fragilité et dénutrition
* Bilan Onco-gériatrique

Les admissions se font après avis d'un gériatre, les patients pouvant être adressés par les services de MCO, l'EMG ou par les médecins traitants.

Cette activité a lieu à l'UMCA, une réflexion est en cours pour augmenter la capacité et passer rapidement à 2 lits tous les jours.

La consultation mémoire :

Missions:

* Diagnostiquer et prendre en charge des personnes ayant des troubles cognitifs.
* Mettre en place un projet de soins personnalisé et l'articuler avec le plan d'aide élaboré par les professionnels de terrain.
* Participer au suivi en partenariat avec les médecins traitants.

Cette consultation est labélisée.
Les patients sont adressés par les médecins traitants, les services MCO et l'EMG.
Les cas complexes sont adressés à la CMRR Amiens.

La consultation gérontologique :

Mission :

* Dispenser une évaluation gérontologique, médico-psycho-sociale à la demande du médecin traitant ou d'un service MCO ou de l'EMG afin de proposer une stratégie de prise en charge adaptée.

Les consultations gérontologiques ont lieu au centre gérontologique Route de Doullens.
Un score Isar est mis en place aux urgences et permet de détecter les patients fragiles, qui sont ensuite orientés vers cette consultation.

La consultation Onco-gériatrique :

Mission :

* Evaluation gériatrique des patients âgés de plus de 75 ans, atteints de cancer ou d'hémopathie. Elles sont un moyen d'aider le spécialiste en oncologie ou le chirurgien dans la prise de décision thérapeutique en fonction des fragilités relevées

Les consultations sont réalisées en binôme gériatre et IDEC (infirmière de coordination), cette dernière fait aussi le lien et la coordination de la prise en charge néoplasique à l'UMCA (unité médico-chirurgicale ambulatoire) avec les soins de support.
L'IDEC renseigne systématiquement LOGIRESO
Le gériatre et l'IDEC collaborent avec l'équipe d'UCOG (unité de coordination oncogériatrique) du CHU Amiens, permettant ainsi de participer sur le plan régional à l'homogénéité des pratiques en oncogériatrique. Ils participent aussi au RCP d'Oncogériatrie régional réalisé 1 fois par mois.

L'équipe mobile gériatrique :

Missions :

* Réaliser une évaluation médico-psycho-sociale et fonctionnelle des patients âgés de 75 ans et plus, poly pathologiques et fragiles hospitalisés dans un service non gériatrique.
* Proposer un projet de soin et de vie.
* Aider à l'orientation dans la filière gériatrique et à l'organisation de la sortie.
* Former et informer en gérontologie des professionnels non gériatriques.
* Conseiller par téléphone les médecins généralistes et les partenaires intervenant auprès de la personne âgée.

- Réaliser une évaluation par l'assistante sociale à distance d'une hospitalisation au cours de laquelle une problématique médico-sociale complexe a été repérée.

En partenariat avec le service des urgences :

Un score de fragilité de la personne âgée a été mis en place permettant de dépister les patients fragiles et de les orienter vers la consultation gérontologique ou l'hôpital de jour gériatrique si une hospitalisation n'est pas nécessaire.
Dans le cas contraire, l'EMG est interpellée dès les urgences ou dans les services MCO ou les patients sont orientés, le bilan de fragilité est réalisé alors en hospitalisation.

Par ailleurs, et afin de faciliter la communication et éviter la rupture dans la continuité des soins pour les résidents d'EHPAD consultant aux urgences, le dossier informatisé des urgences a été modifié de façon à pouvoir imprimer une fiche de liaison SAU/EHPAD.

Unités d'Hébergements :

- EHPAD Georges Dumont :

D'une capacité de 295 lits installés dont 3 places d'hébergement temporaire depuis juillet 2015, il est situé Boulevard Vauban.

- Résidence Les Hortensias

Située au centre gérontologique route de Doullens, elle a une capacité de 47 lits.

Les résidents sont admis sur dossier et après avis favorable d'une commission d'admission. Les demandes proviennent des services MCO, de SSR, des médecins traitants mais aussi des familles.

Des journées d'échanges entre les EHPAD de notre secteur et le CH Abbeville ont été mises en place afin de diffuser la culture gériatrique et les bonnes pratiques et permettre le retour d'expérience entre ces différents établissements.

➢ Déclinaison du projet médical gériatrique

Le projet médical de la filière gériatrique s'inscrit dans le projet médical partagé tel que défini dans le cadre du GHT.

Objectif principal identifié : devenir un centre de premier recours au sein du GHT Gérontologie Somme Littoral Sud

Un centre de premiers recours doit posséder :

- une filière de soins complète polyvalente
- un plateau technique suffisant pour la prise en charge des complications immédiates et prévisibles à court terme
- un accès aux autres expertises médicales
- une activité de recherche et de formation
- une consultation de prévention sociale
- une consultation de gériatrie polyvalente et spécialisée
- une consultation avancée polyvalentes vers les centres de proximité

Pour atteindre cet objectif, une démarche participative d'amélioration de la qualité de prise en charge des personnes âgées sera entreprise avec consolidation et développement de l'existant mais aussi par la mise en place de nouveaux parcours en lien avec le GHT.

CONSOLIDATION ET DEVELOPPEMENT DE L'EXISTANT

La dynamique actuelle devra être poursuivie avec comme but de faciliter l'accès aux soins à l'expertise gériatrique par le développement de l'hôpital de jour avec au moins deux lits mis à disposition tous les jours, la mise en place d'une nouvelle plage de consultation gérontologique afin de répondre à la demande croissante, ainsi que par le développement de la complémentarité au sein de la filière gériatrique afin de permettra une prise en charge coordonnée des patients entre court séjour, SSR et EHPAD.
Une amélioration de la DMS notamment au SSR est attendue avec la pérennisation des réunions pluridisciplinaires et en ciblant les problèmes sociaux éventuels afin de rendre le projet SSR plus efficient.

MISE EN PLACE DE NOUVEAUX PARCOURS

Le PARCOURS CHUTE

✓ **Mise en place d'une consultation spécialisée « Chute »**

➢ **Constat**

- Filière chute dans les parcours de soins identifiés dans les objectifs du GHT Somme littoral sud
- Existence de recommandations de prise en charge HAS et SFGG de patients chuteurs
- Arguments épidémiologiques et de santé publique : augmentation de la morbi-mortalité et coûts de santé

➢ **Objectifs**

- **Détecter** le syndrome gériatrique : au décours ou avant l'événement
- Repérage à l'Hôpital par Équipe mobile de Gériatrie / Urgences / services d'hospitalisation.
- Orientation par le médecin traitant, par les réseaux gérontologiques.

➢ **Évaluer le risque**

- Rôle de la consultation :
  - Historique
  - Facteurs de risque prédisposant et précipitant
  - Evaluation iatrogénique
  - Evaluation du domicile (Life space assessement http://www.criugm.qc.ca/images/stories/outils_cliniques/CRIUGM_55.pdf)
  - Test de première intention : Appui uni-podal, Time up and Go test, Get up and go

➢ **Orienter vers Hôpital de jour « chute »**

- Bilan kinésithérapeute (Tinetti, Morse Scale, Force, Équilibre, test de marche, épreuve multitâches) et ergothérapeute
- Bilan radiologique : rachis, membres inférieurs, scanner cérébraux
- Avis spécialisés : ORL, cardiologue, Neurologue, ergothérapeute, diététicienne, psychologue (syndrome post-chute), assistante sociale, etc.

➢ **INTERVENIR POUR REDUIRE LE RISQUE : établissement d'un plan personnalisé de soins**

- Correction de l'ordonnance
- Apports nutritionnels
- Moyens de lutte contre la sarcopénie, renforcement musculaire, travail d'équilibre, élaboration d'un programme de rééducation personnalisé
- Prise en charge des désafférentations neurosensorielles
- Mise en place d'aides techniques et d'adaptation du domicile.

➢ **Réévaluer le gain à distance**

- historique des chutes (récidives, ré-hospitalisation),
- évaluation subjective du sentiment de sécurité lors de la marche
- impact sur l'autonomie au domicile (LSA-F)

En termes de **santé publique** :

- Éduquer la population pour prévenir
- Réduction de la morbi-mortalité liée à la chute
- Réduction des coûts, durées et nombre d'hospitalisations

➢ **Évaluation à distance de la consultation-Indicateurs de performance**

Une évaluation annuelle est prévue selon les critères suivants :

- File active
- Taux de remplissage
- Délai d'obtention de RDV
- Taux d'annulation

✓ **Développer la formation continue en impliquant les différents partenaires intra et extra hospitaliers intervenant dans la filière chute**

Le PARCOURS MEMOIRE

Plus de 850000 personnes en France sont touchées par la Maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, soit 1,2% de la population française soit une famille sur cinq confrontée aux pathologies neurodégénératives, la maladie d'Alzheimer étant la plus fréquente des pathologies neurodégénératives rencontrées.
30% des plus de 85 ans sont atteints par la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées.
La gravité de l'impact de ces maladies sur la qualité de vie des personnes atteintes et de leurs aidants impose une forte mobilisation.

LES PERSONNES AGEES PRESENTANT DES TROUBLES COGNITIFS SONT PRISES EN CHARGE DANS :

- Le service de CSG
- Par l'EMG dans les services MCO non gériatriques, les urgences et la psychiatrie
- Au SSR
- En Consultation mémoire récemment labellisée
- En Accueil de jour (« les Magnolias », EHPAD Friville, EHPAD Domart, EHPAD Woincourt, St Valéry, Eu)
- et par l'Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA) d'Airaines

PROJET A VENIR

- Renforcer la collaboration avec le CMRR
- Développer l'hôpital de jour mémoire (bilan initial et de suivi des troubles cognitifs)
- développer la consultation mémoire avancée au CHIBS : en cours (DR BERAMI)
- Développer la formation continue en impliquant tous les partenaires intervenants dans cette consultation spécialisée

Evaluation

Une évaluation annuelle est réalisée en lien avec le réseau mémoire Hauts de France ainsi qu'en interne.

File active
Nombre de nouveaux patients
MMSE moyen
Sexe ratio
Situation géographique des patients
Origine de la demande
Diagnostic
Traitement

Le PARCOURS TROUBLES DU COMPORTEMENT LIES A LA DEMENCE

ACTUELLEMENT LES PERSONNES AGEES AYANT DES TROUBLES DU COMPORTEMENT LIES A LA DEMENCE SONT PRISES EN CHARGE

- En Court Séjour Gériatrique
- Par l'EMG pour les services MCO non gériatriques, les urgences et la psychiatrie
- Au SSR
- En EHPAD
- En Consultation gérontologique mais non dédiées aux troubles du comportement
- et à l'UHR de Rue

PROJET A VENIR

➢ **Mise en place d'une équipe mobile de psychogériatrie en lien avec la psychiatrie du CH d'Abbeville et l'équipe mobile de gériatrie qui aura pour mission de développer la collaboration avec les EHPAD et les partenaires ambulatoires avec** :

- La formation des soignants et la diffusion de protocoles anticipés
- La mise en place de mesures non médicamenteuses : ASG, PASA, accueil de jour, ESA et de séjours de répit pour lutter contre l'épuisement des équipes
- l'avis et le suivi psychiatrique pour les troubles du comportement liés aux états psychotiques vieillissants.
- La formation des professionnels intervenants à domicile, l'éducation thérapeutique et e soutien aux aidants
- l'accès aux aides humaines et financières à travers une consultation de prévention sociale

➢ **Mise en place d'une consultation spécialisée TCD standardisée en lien avec le CHU Amiens afin de développer une expertise locale en lien avec le GHT**

➢ **Mise en place de lits pour accueillir les patients avec des troubles aigues du comportement**

➢ **Mise en place d'une Unité cognitivo-comportementale au CHIBS (CH de Saint Valery) pour compléter l'offre de soins nécessaire à la prise en charges de patients présentant des troubles du comportement après un court séjour**

➢ **Mise en place d'un PASA et d'une unité de vie protégée (unité Alzheimer) au sein de l'EHAPD G. Dumont**

Le PARCOURS « EHPAD – URGENCES »

Le taux d'hospitalisations avec passage par un SAU des personnes âgées est considéré comme un marqueur du « déficit d'organisation des soins » qui n'intègre pas leurs spécificités (fragilité, poly-pathologie, dépendance).

Certaines hospitalisations et passages aux urgences pourraient être évités si les comorbidités et les syndromes gériatriques étaient pris en charge de façon optimale ou prévenus en Ehpad. Il s'agit d'hospitalisations potentiellement évitables (de 19 à 67 % selon les études).

D'autres hospitalisations peuvent être considérées comme des hospitalisations inappropriées. Dans ce cas, la pertinence et/ou le rapport bénéfice/risque sont discutables par rapport à des soins qui pourraient être réalisés dans l'Ehpad ou selon d'autres organisations que le recours à l'hospitalisation, sans perte de chance pour le résident.

ACTUELLEMENT LES RESIDENTS TRANSFERES DE LEURS EHPAD POUR AVIS OU HOSPITALISATION SONT PRIS EN CHARGE

Par le Service d'accueil et des urgences avec possibilité de faire appel à l'EMG pour favoriser le retour à l'EHPAD.
La transmission d'information vers les EHPAD est réalisée par l'élaboration d'une fiche de synthèse à partir du dossier informatisé des urgences, elle reste insuffisamment utilisée.
Cette fiche est en cours d'amélioration. Il est prévu l'élaboration d'une procédure détaillant la transmission d'information pour les résidents d'EHPAD consultant aux urgences

PROJET A VENIR

En amont

- Renforcer l'accès à l'expertise gériatrique avec **mise en place d'une ligne téléphonique directe** destinée aux médecins généralistes, médecins coordonnateurs
- Sensibiliser les médecins traitants et médecins coordonnateurs sur la programmation de consultation gériatrique et d'HDJ de prévention en amont des urgences
- Mise à disposition et diffusion de protocoles anticipés
- Retravailler le dossier de liaison EHPAD-urgences

Pendant le passage aux urgences

- Renforcer la collaboration avec les médecins urgentistes
- **Favoriser le retour rapide à l'EHPAD en lien avec les partenaires ambulatoires ou leHAD**

En aval des urgences

- Optimiser la transmission des informations à la sortie des urgences (ordonnances, consignes de surveillance.)
- **Retravailler le dossier de liaison EHPAD-urgences**

✓ **Conventions à prévoir entre le CH et les EHPAD**

BIENTRAITANCE

PROJET A VENIR

- ✓ **Proposition de création d'un Comité Représentatif d'Etablissement pour la Bientraitance avec des représentants de la direction, de la CME, de la DSI, ainsi que des représentants du personnel médical, soignant et syndicat**

Seront traités au sein de ce comité :

- La maltraitance du patient à l'occasion d'une relation de soins
- L'accompagnement de médecins et soignants en souffrance professionnelle
- L'organisation de la formation continue des soignants à la notion de maltraitance et la négligence dans la relation de soin au sujet âgé
- L'organisation de l'accueil et l'écoute des victimes de maltraitance
- La limitation de l'utilisation de la contention physique avec l'intégration des travaux réalisés au sein du groupe contention

GOUVERNANCE

PROJET A VENIR

- ✓ **MISE EN PLACE D'UN POLE GERIATRIQUE AU SEIN DU CH ABBEVILLE**

Le but est de mieux identifier et flécher la filière gériatrique abbevilloise, de poursuivre sa structuration afin d'installer une offre complète et diversifiée en lien avec le CHIBS, de permettre une meilleure coordination et suivi des différents services constituants cette filière.

L'objectif à terme est la labélisation de la filière gériatrique Abbevilloise.

- ✓ **Création d'un pôle gériatrique inter hospitalier avec le CHIBS**

La création de ce pôle gériatrique inter hospitalier nous permettra d'avoir une filière gériatrique complète avec la perspective de développer la psychogériatrie au CHIBS, établissement support d'un UHR à RUE.

Ce pôle permettra également de renforcer le partenariat déjà existant entre le CH Abbeville et le CHIBS notamment dans le cadre de la filière gériatrique.

COMMUNICATION ET FORMATIONS

Des actions sont développées avec les différents acteurs de soins de proximité destinés au sujet âgé comme les EHPAD, les réseaux d'aide à domicile, les soignants et les médecins traitants.
Ces actions seront à développer en mettant l'accent sur la formalisation des différents partenariats existants par des conventions signées. Le partenariat existant avec le CHIBS devra aboutir à la création d'un pôle gériatrique inter hospitalier.
Les médecins et les soignants pourront toujours s'inscrire aux différentes formations qui ont trait à la gériatrie dans le cadre du plan de formation du CH d'Abbeville, le but étant l'acquisition d'une expertise et d'une culture gériatrique permettant une prise en charge de qualité pour les patients.
L'évaluation des pratiques professionnelles est à développer dans les différents services de la gériatrie en lien avec le service qualité.

Les actions en cours

- Travail rapproché avec l'HAD, l'UMSP, le secteur de psychiatrie sur notre EHPAD et les EHPAD environnants existe déjà, il est à formaliser et renforcer
- Prise en charge non-médicamenteuse des résidents ayant des troubles du comportement graves par un infirmier spécialisé
- Réalisation de projets d'animation au bénéfice des personnes âgées par les écoles et lycées d'Abbeville
- Travail avec le Réseau Gérontologique Baie de Somme Picardie Maritime, une rencontre avec l'EMG a lieu tous les 2 mois
- Partenariat avec la MAIA avec participation de l'EMG aux tables tactiques
- Partenariat avec l'association France Alzheimer avec intervention de la neuro-psychologue pour des formations aux aidants, le Café mémoire, et la Halte Relais
- Participation des gériatres à la journée Alzheimer
- Consultation mémoire et gérontologique avancée au CHIBS réalisée par le Dr Berami
- Temps de Coordination générale des soins mis à disposition pour l'EPISSOS
- Commissions (EEP-DPC, SCLUD…) ouvertes aux EHPAD
- Formations à la bientraitance et à la prise en charge des pathologies Alzheimer et démences apparentées et en Soins palliatifs et douleur avec intervention dans les Ehpad environnants
- Mise en place du dispositif Mobiqual national
- Réflexion sur la mise en place des contentions
- Formations des Aides-soignants en Assistants de soins en gérontologie
- Intervention de l'IDE de l'EMG dans les unités et les EHPAD
- Atelier avec utilisation du simulateur de vieillesse
- Plaquette d'information décrivant la filière gériatrique du CH Abbeville destinée aux professionnels et au grand public
- Lien avec la CMRR Amiens et CMRR hauts de France (réseau mémoire) : membre du bureau du réseau mémoire
- Accueil des internes de médecine générale et de spécialité dans le service du court séjour gériatrique ainsi que des médecins en capacité de gériatrie ou en DU de médecin coordonnateur (Stage validant)
- Organisation d'une journée d'échange CH - EHPAD (8ème journée) avec partage d'expertise et diffusion de la culture gériatrique
- Site internet de l'établissement fléchant la filière gériatrique

Projet à venir

- **Création dans le cadre du GHT d'un portail numérique de la filière gériatrique à destination des usagers et des professionnels de santé**

- **Externalisation de l'EMG vers les EHPAD du CHIBS, de Cayeux sur mer et de Friville-Escarbotin.**
  On pourra envisager un co-financement du temps soignant nécessaire à cette activité (Médecin +IDE +ergothérapeute). L'intervention de l'EMG dans ces EHPAD permettra l'accès à l'expertise gériatrique, la diffusion de la culture gériatrique et évitera le recours facile aux urgences.
  Cette externalisation pourra être étendue aux autres EHPAD du secteur dans un second temps.

3. La filière Cancérologie

Etat des lieux

Tant par les décès que par les ALD, les cancers sont davantage présents en région Haut de France notamment chez les hommes de moins de 65 ans que dans les autres régions de France

En 2006-2013 la région avec 15 150 décès pour les cancers en moyenne annuelle connait une surmortalité de 18% par rapport aux données nationales.

Ce différentiel est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (+ 22% versus + 14%) et il existe une surmortalité chez les personnes les plus jeunes en région : 34% de décès par cancers sont survenus avant 65 ans contre 25% pour l'ensemble des décès (respectivement 29% et 20% en France).

Si depuis les années 90, la mortalité pour cancer baisse en France, il est à noter une évolution moins favorable pour le territoire d'Abbeville.

En région, chez les hommes, le cancer de la prostate est le plus fréquent, le cancer de la trachée des bronches et du poumon est celui qui provoque le plus de décès, et les 2 autres localisations les plus fréquentes sont le colon-rectum et les VADS.

Chez les femmes, le cancer du sein est le plus fréquent suivi du cancer côlon rectum et le cancer de l'utérus. En termes de mortalité, il existe chez la femme une surmortalité de 20% pour le cancer du côlon rectum et de l'utérus et de 25% pour le cancer du sein.

A noter également une surmortalité pour le cancer de la trachée des bronches et du poumon qui ne cesse de croitre avec le temps.

(Source Diagnostic Territorialisé des Hauts de France)

Les orientations stratégiques du projet médical partagé du GHT Somme Littoral Sud

- **Rappel des orientations stratégiques définies dans la convention constitutive du GHT Somme Littoral Sud**

- Améliorer l'accès et la qualité des soins :
  - Renforcer la gradation de la prise en charge en formalisant la répartition des rôles entre les missions de soins de proximité (dépistage, diagnostic, soins de support, surveillance à domicile par HAD), de prise en charge spécialisée avec traitements (chirurgie, chimiothérapie) dans le respect des seuils d'activité réglementaire et le niveau de recours régional (enseignement, recherche, cas complexes et filières sur-spécialisées).
  - Développer les missions d'animation de la filière cancérologie dévolues au CHU Amiens-Picardie dans le cadre du Centre Régional et Universitaire de Cancérologie afin de faire bénéficier l'ensemble des patients pris en charge dans l'un des établissements du GHT du potentiel d'expertise médicale existant.

- Améliorer l'efficience du système de santé :
  - Développer l'attractivité de l'offre de soins afin d'assurer une prise en charge dans les meilleurs délais des patients et de réduire le taux de fuites extrarégionales
  - Développer l'articulation avec les acteurs de prévention et les institutions médico-sociales pour sensibiliser les populations à risque et favoriser la réinsertion sociale des patients après leur guérison.
  - Compléter l'offre de soins en SSR pour la prise en charge spécialisée en hématologie.

- **Déclinaison des orientations stratégiques en termes d'objectifs opérationnels :**

- Mettre en place, réintroduire ou développer des consultations avancées

La taille modeste de la majorité des établissements du GHT ne leur permet pas d'avoir des praticiens spécialisés à temps plein se consacrant uniquement à la cancérologie. De ce fait, il faut mettre en place ou renforcer les **consultations avancées** dans les CH permettant la gestion des bilans et des traitements ambulatoires avec adressage de patients si besoin au CHU Amiens-Picardie pour la chimiothérapie ou les essais thérapeutiques.
Les Centre Hospitaliers d'Albert, de Montdidier-Roye et du CHAM sont particulièrement intéressés par la mise en œuvre de ce type de consultations avancées.

- Organiser les RCP spécialisées de recours avec un système de visio-conférence :

Les établissements membres du GHT insistent sur la nécessité de développer le **service de visio-conférences** permettant d'accéder facilement aux RCP spécialisées du CHU Amiens-Picardie. Ce système doit être plus efficace, simple et accessible à l'ensemble des secrétaires formées à la connexion des établissements.
L'action proposée est également de conforter les RCP de recours par visio-conférence déjà en place comme la RCP oncologie digestive coordonnée par le Pr Regimbeau avec les CH d'Abbeville, de St Quentin, de Beauvais et le CHAM.

- Réduire les délais de prise en charge et formaliser le positionnement des membres dans le cadre des chimiothérapies, des activités de soins de support et des soins palliatifs dans une logique de filière

Déclinaison territoriale de la filière cancérologie au sein du CH d'Abbeville

Description de l'offre de soins existante:

- **Le CH d'Abbeville** assure une prise en charge de proximité et de qualité tout en développant les partenariats avec les différents acteurs intervenant dans cette discipline. Son bassin de population peut faire appel à divers services impliqués en cancérologie :

  - Membre du 3C ABBEVILLOIS et adhésion au réseau ONCO-HDF
  - Hématologie, secteurs d'oncologie des services d'hépato-gastro-entérologie et de pneumologie, consultations d'oncologie, consultations onco-gériatriques
  - Autorisation de chimiothérapies réalisées en hôpital de jour ou de semaine (préparation centralisée des cytostatiques)
  - Autorisations en chirurgie cancérologique urologique, digestive, ORL et maxillo-faciale
  - RCP hebdomadaires en gastro-entérologie, urologie, ORL et maxillo-faciale, pneumologie, gynécologie-sénologie, oncologie générale (dont dermatologie) et en hématologie
  - Plateau technique (laboratoire, scanner, IRM, mammographies, endoscopies, réalisation d'EBUS, convention avec le laboratoire d'anatomo-pathologie d'Abbeville)
  - Il met à disposition des patients des soins de support : socio-esthéticienne, diététicienne, assistante sociale, onco-psychologue, kinésithérapeute, ergothérapeute, unité d'évaluation et de traitement de la douleur, programme d'activité physique adaptée, unité mobile de soins palliatifs
  - 10 lits identifiés de soins palliatifs
  - Il dispose d'une infirmière de coordination en cancérologie qui suit les patients qui ont un parcours de soins complexe.

- Une unité de recherche clinique qui travaille en lien avec l'équipe mobile de recherche clinique en cancérologie d'ONCO-HDF
- Il dispose d'un pôle de prévention et d'éducation thérapeutique
- Il a développé un partenariat avec le CHU Amiens-Picardie notamment pour l'obtention de temps médical partagé en oncologie (Pr KRZISCH 0,2 ETP et Dr BIHAN, 0,2 ETP et le Dr Piprot 1 ETP) et dans le cadre de la filière internat et post internat.
- Convention avec la tumorothèque
- Une convention avec le CHU existe pour la collaboration pour la radiothérapie et la radio-chimiothérapie

➢ **Les principes de gradation des soins retenus**

- **Prise en charge de proximité**

Le centre hospitalier d'Abbeville assure la prise en charge initiale (diagnostic, bilan d'extension sauf TEP), les traitements (au moins en partie) et le suivi des patients de leur bassin de population qui leur sont référés par leurs correspondants (médecins traitants, structure de dépistage, spécialistes).

*Services avec autorisation pour la **chirurgie***

- Chirurgie urologique
- Chirurgie ORL
- Chirurgie digestive

*Centres de proximité avec autorisation pour la **chimiothérapie*** (dont hématologie

Existence d'une RCP et 3 C

,

- **Activités de recours**

Chirurgie

- Chirurgie ORL et maxillo-faciale : CHU Amiens
- Chirurgie digestive (foie, pancréas, péritoine): CHU Amiens
- Chirurgie thoracique : CHU Amiens
- Neurochirurgie et chirurgie du rachis tumoral : CHU Amiens
- Chirurgie mammaire et gynécologique: CHU Amiens ou CLCC de Lille ou Rouen
- Chirurgie urologique : CHU Amiens
- Chirurgie ostéo-articulaire tumorale : CHU Amiens

Radiothérapie

- CHU Amiens
- Centre radiothérapie libéral Joliot Curie de Boulogne (pour le CHAM)
- Centre de radiothérapie libéral d'Amiens
- CLCC Rouen ou Lille

Hématologie et greffes : CHU Amiens

Chirurgie et oncologie pédiatrique : CHU Amiens

Tumeurs rares : CHU Amiens, CLCC Lille

RCP spécialisées de recours : correspondants du CHU d'Amiens qui participent aux RCP de recours inter-régionales ou nationales

- ORL et maxillo-faciale : CHU Amiens + RCP recours nationale REFCOR
- Digestive : CHU Amiens + RCP de recours inter-régionale RENATEN (tumeurs endocrines) + RCP de recours nationale RENAPE (tumeurs du périroine)
- Thoracique : CHU Amiens + RCP recours nationale RYTHMIC (tumeurs thymiques)
- Neuro-oncologie : CHU Amiens + RCP de recours nationale POLA (gliome grade III) + RCP de recours nationale TUCERA (tumeurs rares du SNC) + RCP de recours nationale AJA (tumeurs de l'adolescent et de l'adulte jeune)
- Mammaire et gynécologique : CHU Amiens
- RCP d'onco-dermatologie : CHU Amiens
- Urologie : CHU Amiens
- Hématologie : CHU Amiens
- Onco-pédiatrie : CHU Amiens en coordination avec Lille et Rouen
- Sarcomes : CHU Amiens en coordination avec CLCC de Lille, Rouen, Caen
- RCP tumeurs de la thyroide et des glandes endocrines : CHU Amiens + RCP recours nationale TUTHYREF (tumeurs thyroïdiennes rares)
- RCP d'oncologie moléculaire : CHU Amiens en coopération avec centres publics et libéraux de Picardie et la **plateforme d'oncologie moléculaire de** Picardie sise au CHU d'Amiens

Accès aux essais de recherche cliniques

- Unité de Recherche clinique avec adhésion au Centre de Recherche Clinique et promotion industrielle du GHT

Consultations d'oncogénétique : CHU d'Amiens

<u>Offre de soins souhaitée :</u>

➢ **Conforter l'existant :**

- Obtenir le renouvellement des autorisations d'exercer l'activité de soins de traitement du cancer pour :

- Chirurgie des cancers pathologies digestives
- Chirurgie des cancers pathologies urologiques
- Chirurgie des cancers pathologie oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciale
- Chimiothérapie et autre traitements médicaux du cancer

- Conserver les RCP et le 3C Abbevillois

➢ **Renforcer notre démographie médicale en oncologie** afin de diminuer les délais des consultations de cancérologie : La diminution de la mortalité par cancer dépend en effet de la précocité du diagnostic

Favoriser le recrutement d'oncologues médicaux et de cancérologues spécialistes d'organe

➢ **Mise en place d'une organisation coordonnée de parcours patient en cancérologie**

- Création d'un comité de pilotage de la filière cancérologie ayant pour mission l'optimisation du parcours patient en cancérologie

- Améliorer la visibilité de l'offre du CH Abbeville par les médecins traitants et par les patients dans tous les secteurs de la cancérologie (Affichage du service et des consultations en tant

qu'activité de cancérologie, communication, site internet, numéro unique d'appel et d'orientation, prises de RDV par internet…)

- Renforcer les filières de radiothérapie et de radio-chimiothérapie avec le CHU, améliorer la visibilité des filières pour les patients que le CH Abbeville confie au CHU afin de faciliter la tâche des praticiens et réduire les délais de prise en charge (Interlocuteur de référence, dossier partagé via le DCC)
- Le CH d'Abbeville est en effet le 1er relais de consultation des patients des zones frontières des départements Seine maritime et Pas de calais. L'optimisation de cette filière avec le CHU permet d'éviter les fuites vers les hôpitaux hors GHT : Dieppe, Rouen, Boulogne.

- Création d'un onglet spécifique cancérologique au sein du dossier patient informatisé DIAMM avec RCP, consultation d'annonce médicale, consultation d'annonce IDE, PPS

- Réduire les délais de prise en charge des traitements : chirurgies, chimiothérapies, des activités de soins de support et des soins palliatifs dans une logique de filière. Optimiser la communication de la planification des séances entre les différents logiciels utilisés en cancérologie : DIAMM et TIMEWISE

➢ **Renforcer les soins de support dans les structures**

- avec des missions traditionnelles (IDE d'annonce, oncopsychologie, diététique, assistante sociale, soins palliatifs, prise en charge douleur, MPR) + stomathérapeutes + orthophonistes
- des missions nouvelles (socio-esthétique, APA, coordination ville-hôpital, médecines complémentaires, oncogériatrie, pathologie professionnelle)
- Identifier et rendre accessible l'offre d'activité physique ou sportive adaptée aux personnes atteintes de cancer

➢ **collaboration entre filière cancérologie et filière soins palliatifs** dans l'optique de la création d'une unité soins palliatifs au CH

<u>Actions envisagées.</u>

- **Renforcer l'information sur les conduites à risque**

Tabac, alcool, surpoids, sédentarité : collaboration avec le Pôle de prévention et le service d'addictologie
Créer une consultation de tabacologie au sein du Centre Hospitalier.

- **Améliorer la participation aux dépistages organisés**

- Optimiser les ***campagnes de dépistage*** en lien avec Adema80 : sein, colon, col de l'utérus.

Poursuite de l'expérimentation régionale originale de ***dépistage des cancers du poumon*** chez les patients fumeurs par scanner bas débit de dose avec incitation au sevrage.

- **Réduire les temps de prise en charge et de bilan**

- Faciliter l'accès aux spécialistes d'organe compétents en cancérologie et aux oncologues
  - Site internet des ressources
  - Information des généralistes
  - Priorisation de la ***consultation*** **d'annonce** pour cancer dans les agendas des spécialistes avec prévision d'un temps de consultation plus long
- Mettre en place ou développer les consultations avancées : urologie à Eu et au CHIBS, pneumologie au CHAM

- Améliorer ***l'accès aux plateaux techniques*** pour IRM, TDM,

- En concertation avec les spécialistes de l'imagerie.
- Organisation de ***plages prioritaires*** dédiées à la cancérologie.

- Améliorer l'accès aux examens anatomopathologiques :
  - En concertation avec les médecins anatomopathologistes
  - Organiser la filière Biologie Moléculaire

- **Améliorer la communication entre les professionnels**
- Mise en place du ***dossier médical communiquant*** entre les établissements du GHT
- Créer une messagerie sécurisée
- Mise en place de ***sites informatiques*** par les services spécialisés
- ***Remise*** des éléments principaux du ***dossier aux patients*** qui le souhaitent sous forme papier ou informatique
- Développer les ***visioconférences*** et la ***télémédecine*** pour les RCP de recours : améliorer les aspects techniques, attribuer et former du personnel (secrétaires de RCP, techniciens vidéo si panne)

- **Fluidifier le parcours patient en aval**
- Développer les collaborations avec les **HAD *de territoire*** (accès sécurisé des médecins d 'HAD au dossier médical)
- Améliorer la ***prise en charge par les SSR*** en les encourageant à accepter les patients porteurs de cancer.

- **Favoriser les coopérations entre les établissements du GHT**
- Coopérations entre le CHAM, Abbeville et le CHU pour la cancérologie ORL et urologique, pour la cancérologie mammaire et gynécologique et pour la cancérologie pulmonaire (RCP et EBUS sur Abbeville)
- Renforcer **l'oncogériatrie**:
  - Utilisation de l'outil oncodage et bilan nutritionnel systématique chez la prersonne agée
  - mise en place du trio oncologue-gériatre-infirmier formé à l'oncogériatrie dans chaque centre traitant des patients cancéreux âgés.
  - fonctionnement en réseau des équipes d'oncogériatrie grâce au module oncogériatrie du logiciel commun Logiréso
- Renforcer ***l'accès à la recherche clinique*** dans le cadre du programme régional du GIRCI piloté par la DRCI du CHU d'Amiens et par le Réseau de Cancérologie

- **Promouvoir la démarche qualité en cancérologie**

- Développer le patient traceur en cancérologie
- IPAQS
- Audits de dossiers en cancérologie
- Développer les RMM et CREX en cancérologie

- **Mise en place du Plan Personnalisé de l'Après Cancer**

- **Mise en place de programmes d'éducation thérapeutique des patients (ETP).** Le traitement des tumeurs est de plus en plus en prolongé (chronicisation de la maladie) et demande de plus en plus la participation des patients aux décisions et à la surveillance. Les infirmières chargées du parcours de soin seront aussi investies de cet objectif. Education thérapeutique sur les chimiothérapies IV et orales et l'immunothérapie

4. La filière « insuffisance Rénale Chronique »

Déclinaison de la filière IRC en Picardie Maritime

Un peu plus de 80 000 patients sont traités en France pour insuffisance rénale (IRC) terminale, que ce soit par dialyse ou grâce à une transplantation rénale. En 2014 en Picardie, la prévalence de l'IRC terminale était supérieure à 1000 par million d'habitants : 1263 patients étaient traités par dialyse et 854 autres étaient transplantés. Chaque année dans notre région, entre 310 et 320 patients débutent la dialyse et environs 70 autres sont transplantés.

Malheureusement plus d'un tiers d'entre eux débutent la dialyse sans jamais avoir eu de suivi néphrologique préalable. En Picardie Maritime, une récente étude menée en dehors de la filière de prise en charge des MRC, montre que pour les 3 premiers mois 2017 on arrive à identifier une sélection de 395 patients pour le CH d'Abbeville et 239 pour le CHAM soit une file active de 634 patients ayant soit une clairance <30ml/min tout âge confondu, soit une clairance <60ml/min chez les moins de 50 ans. Ces patients ne peuvent prétendre à aucune prise en charge spécialisée en néphrologie. Ces éléments traduisent une offre très insuffisante en matière de santé publique en Picardie maritime dont les conséquences sont la prise en charge tardive voire l'absence de prise en charge associée à une réelle perte de chance, des durées d'hospitalisation plus longues et à une mortalité accrue. De plus ces patients ne bénéficient pas ou ne peuvent pas bénéficier d'un programme d'éducation ce qui les prive d'être associés au choix de la technique de dialyse (hémodialyse ou dialyse péritonéale) qui leur est bien souvent imposé faute de pouvoir accéder à un programme d'éducation et un parcours de soins personnalisé.

La prévalence de la maladie rénale chronique (MRC) avant le stade terminal est mal connue dans notre pays. Certaines extrapolations font état de plus de 2 millions de français porteurs d'une MRC ou ayant un débit de filtration glomérulaire <60ml/min/1.73m2 (normale >90). Les deux premières causes de MRC sont les néphropathies vasculaires, conséquences bien souvent d'une hypertension artérielle ancienne et mal contrôlée, et le diabète, en particulier de type 2 dont la prévalence est particulièrement élevée dans notre région. Ces deux étiologies représentent à elles seules plus de 45% des causes d'IRC terminales dans notre région.

Les orientations stratégiques de la filière IRC en Picardie maritime dans le cadre du projet médical du CH d'Abbeville :

Le CH d'Abbeville s'inscrit dans des objectifs fixés par la convention constitutive du GHT qui a défini pour cette filière les objectifs suivants :

Améliorer l'accès à la qualité des soins :

Veiller à une bonne graduation de l'offre de soins sur le territoire du GHT en assurant une couverture territoriale adéquate entre centre lourd de dialyse, unité de dialyse médicalisée et unité d'autodialyse.

Participer au développement de la dialyse hors centre (dialyse péritonéale continue ambulatoire) afin de constituer des alternatives à l'hospitalisation

Développer l'offre de greffe en corrélation avec l'activité de prélèvement d'organes grâce à un travail de sensibilisation de la population potentielle de donneurs.

Renforcer l'éducation thérapeutique des patients pour une bonne prise en charge de leur pathologie et la préservation des conditions d'intégration professionnelle.

Améliorer l'efficience du système de santé :

Développer l'articulation entre les professionnels des centres lourds et les médecins traitants sur les actions de dépistage des patients avec IRC.

Développer les consultations avancées dans les structures sanitaires de proximité et l'approche pluridisciplinaire (en diabétologie notamment) pour la prise en compte des pathologies associées.

Evaluer régulièrement la conformité aux normes des ressources mobilisées dans les différentes structures sanitaires de prise en charge.

Déclinaison des orientations stratégiques en termes d'objectifs de prise en charge des patients :

Les objectifs décrits traduisent la déclinaison opérationnelle des différentes étapes de prise en charge du parcours patient

Objectif de dépistage précoce

Un des points essentiels permettant l'amélioration de la prise en charge de la maladie rénale chronique et de l'insuffisance rénale chronique est le dépistage précoce, afin de proposer aux patients un suivi spécialisé dès que possible avec un programme d'éducation et un parcours de soins personnalisé.

Le dépistage de la MRC est relativement simple et sa généralisation aussi bien par des médecins généralistes que par des spécialistes, permettrait de réduire le nombre toujours élevé de patients référés trop tardivement en néphrologie. Ce dépistage comprend une mesure de la pression artérielle, un dosage de la créatinine plasmatique associé à une évaluation du débit de filtration glomérulaire par les formules MDRD ou CKD-EPI, un bilan urinaire (bandelette urinaire, recherche d'une hématurie et/ou d'une protéinurie) ainsi qu'un examen d'imagerie rénale et de l'appareil urinaire (échographie ou scanner).

De nouvelles actions d'information auprès du public et de formation auprès des professionnels notamment des médecins généralistes devraient être développées en partenariat notamment avec l'association des néphrologues Picards, le réseau Néphronor, l'URPS, les pharmaciens et les biologistes. La journée mondiale du rein qui a lieu chaque année au mois de mars devrait assurer une plus grande audience à ces actions y compris dans les hôpitaux publiques de la Picardie maritime.

Ces objectifs fondamentaux sont hors de portée sur le territoire de santé de la Picardie maritime particulièrement dans les hôpitaux publics où les actions de sensibilisations et de prévention à destination du public au sein du réseau ville-hôpital ne peuvent être déclinées faute de présence d'un temps médical spécialisé en Néphrologie.

Objectif de développement des consultations

Parallèlement au dépistage précoce de la MRC, il apparaît également indispensable de développer les consultations de Néphrologie sur tout le territoire du GHT. Actuellement, le seul service de Néphrologie dans une structure publique au sein du GHT est le service du CHU d'Amiens. A Abbeville le centre de dialyse est privé (clinique Saint-Isabelle) ; tandis qu'au CHAM, c'est l'équipe de Boulogne sur Mer (Hors GHT) qui gère le centre de dialyse. Il est souhaitable de développer les consultations avancées sur le GHT et donc d'étudier la pertinence d'étendre des consultations avancées y compris en Picardie maritime. Le CH d'Abbeville souhaite l'identification prochaine d'une consultation spécialisée en Néphrologie permettant ainsi de développer une approche pluridisciplinaire de la prise en charge des néphropathies singulièrement en diabétologie afin de développer la prise en compte des pathologies associées à l'une des principales étiologies de MRC ; d'où la nécessité du recrutement prochain d'un Néphrologue sur un poste partagé CH d'Abbeville-CHAM.

Objectif en Hospitalisation

Le CH d'Abbeville et le CHAM ont une démarche d'identification de lits de Néphrologie au sein respectivement de leur service de médecine interne et médecine polyvalente.

Objectifs de développement d'alternatives à l'hémodialyse à l'hôpital

La prise en charge de l'IRC au stade terminal doit s'adapter à l'évolution de notre société et au souhait de certains patients d'être plus impliqués dans les décisions thérapeutiques qui les concernent et de pouvoir bénéficier d'une plus grande autonomie. Ce dernier point est en phase avec les impératifs économiques qui visent à réduire le nombre de patients traités par hémodialyse en centre. Il est en effet nécessaire de poursuivre le développement de la dialyse hors centre (quand cela est possible), que ce soit en autodialyse, dans les unités de dialyse médicalisée, l'hémodialyse à domicile ou encore la dialyse péritonéale. Le respect de cette démarche participative mettant le patient au centre du système de santé et des décisions qui l'impact n'est pas possible aujourd'hui en Picardie maritime car trop de patient ignore encore être atteint d'IRC parvenue au stade terminal. A ce stade il n'est plus possible de réellement participer au choix de la technique de dialyse ce qui est en opposition avec les pratiques recommandées. Cependant dans notre région le pourcentage de patients pris en charge hors centre est déjà supérieur au pourcentage national et il faut poursuivre nos actions en ce sens.

5. La filière de « Prise en charge des AVC »

Préambule

L'amélioration de la prise en charge des AVC constitue une priorité nationale, déclinée au niveau régional dans les orientations du SROS.

140 000 AVC sont recensés en France chaque année, près de 1.500 au sein du GHT somme littoral sud.

Le PRS, ainsi que le projet médical partagé nous engagent dans le déploiement du plan AVC qui vise à améliorer le processus de prise en charge des patients.

L'efficience d'un traitement thrombolytique spécifique nécessite la réalisation d'actes dans un temps contraint (4h30 maximum entre les premiers signes et l'injection).

L'inclusion d'un patient victime d'AVC dans la procédure d'alerte répond à des critères précis :
☞ Symptômes d'AVC ou d'AIT < 6h,
☞ AVC du réveil.

Pilote : ➢ Dr M. KFOURY, Chef de Service du SAU – SMUR CH Abbeville
Auteurs : ➢ Dr C. GOGIBUS, Urgentiste CH Abbeville, responsable filière AVC
➢ F. DUPUIS, Cadre Supérieur, pôle ARU – bloc opératoire

Objectifs

❶ Conforter le rôle d'expertise du CH dans le cadre de la prise en charge des patients présentant un AVC.

❷ Optimiser la prise en charge du patient en réduisant le temps de l'arrivée à la décision thérapeutique adaptée.

Conforter le rôle d'expertise du CH dans le cadre de la prise en charge des patients présentant un AVC :

Une convention de coopération neurovasculaire entre le CHU d'Amiens et le CH d'Abbeville, impliqués dans la Télé AVC, est en vigueur depuis le 12/11/2012.

Ce partenariat a pour objectif de permettre une meilleure prise en charge des patients du territoire de la somme présentant des signes d'AVC éligibles à la thrombolyse et/ou thrombectomie dans le cadre des alertes AVC, 24h/24h, 7 jours sur 7, en utilisant les moyens de la télémédecine pour assurer une expertise en Neurologie et en Imagerie.

Les urgentistes et personnels paramédicaux abbevillois sont formés à la détection des signes, à l'évaluation scorée et à la priorisation de la prise en charge de ces patients.

L'organisation mise en place par convention avec le CHU d'Amiens implique les urgentistes, le personnel des urgences et l'imagerie médicale du CH d'Abbeville et les neurologues experts du CHU.

Notre activité est en perpétuelle augmentation. Pour l'année 2017, 151 alertes ont été déclenchées, aboutissant à 129 transferts sur le CHU. Parmi ces 129 patients, 37 ont bénéficié d'une thrombolyse au CH d'Abbeville avant leur départ.

Nos délais de prise en charge restent perfectibles. C'est pourquoi des actions correctives en terme d'organisation et de formation sont élaborées et mises en place au sein de l'institution et du SAU notamment.

L'implantation d'une deuxième IRM est demandée sur le site du centre hospitalier afin d'optimiser les délais de réponse sans dégrader la programmation des RV programmés.

Optimiser la prise en charge du patient en réduisant le temps de l'arrivée à la décision thérapeutique adaptée :

Un logigramme de prise en charge des AVC a été élaboré.

Plusieurs modes d'admission de patients présentant un AVC peuvent se produire :

Le patient est régulé par le centre 15 vers le service des urgences.

Le patient arrive directement au SAU par ses propres moyens (famille, ambulance).

Systématiquement, un(e) infirmier(e) d'accueil et d'orientation assure le premier contact et, après avis du médecin, déclenche l'alerte AVC si les critères sont présents (fastscore).

Sa prise en charge est alors priorisée (appel au radiologue, installation en salle d'examen dédiée, recherche des contre-indications à l'imagerie et à la thrombolyse/thrombectomie, évaluation du poids, pose d'accès veineux) et nécessite la synergie d'une équipe pluridisciplinaire alors dédiée (urgentiste, IDE, AS, manipulateur, radiologue). Les recommandations sont en faveur de la réalisation d'une IRM en première intention. Celle-ci est possible 24h/24 et, là encore priorisée, en accord avec les praticiens (publics et privés).En cas de contre-indication, un scanner avec injection est réalisé.

Dans le même temps, le neuro-expert du CHU d'Amiens est contacté par une ligne directe.

L'urgentiste complète le dossier spécifique sur la plateforme comedi/GSC e-santé Picardie via le matériel informatique mobile dédié, et renseigne la biologie, les traitements anticoagulants, le score NIHSS, l'examen clinique et la recherche de contre-indication.

Le radiologue contacte le neurologue sur la ligne directe après avoir transmis les images via le PACS. La décision thérapeutique sera prise par le neuro-expert au regard des résultats d'imagerie et de la visualisation du patient via la télémédecine, en salle d'examen dédiée.

- Si la thrombolyse est retenue, elle est réalisée par le binôme urgentiste – IDE dans la salle dédiée. Le patient est ensuite transféré de façon médicalisée, au sein de l'unité soins intensifs neurovasculaires du CHU d'Amiens. Son retour au CH d'Abbeville sera programmé dans les 48h suivantes dans le service de médecine neurovasculaire avec des lits identifiés AVC (un projet d'unité neurovasculaire est validé pour l'année 2018).

- Une décision de thrombectomie/hémicraniectomie peut être prise en complément de la thrombolyse ou seule. Cette procédure a recours à un médecin hyperspécialisé du CHU d'Amiens. Le patient est alors transféré vers le CHU d'Amiens en urgence.

- Si ni la thrombolyse, ni la thrombectomie ne sont retenues, le patient peut être soit transféré au CHU d'Amiens, soit hospitalisé dans les lits identifiés AVC du service de médecine neurovasculaire du CH Abbeville à l'appréciation du neuro-expert.

Pour les patients hospitalisés présentant des signes d'AVC au cours du séjour, un 3ème mode de prise en charge est envisagé par le logigramme.

Le médecin de l'unité doit assurer l'organisation de l'imagerie et le contact avec le neuro-expert.

Le transfert au SAU n'aura lieu que si la décision de thrombolyse est prise par le neuro-expert. Dans ce cas, le transfert sera organisé comme précédemment cité.

Dans le cas contraire, l'organisation de l'hospitalisation vers le secteur adapté sera organisée par les médecins des unités concernées.

Après la phase aigüe de l'AVC, une réunion pluridisciplinaire est organisée afin d'évaluer l'impact de l'accident et d'organiser pour le patient une qualité de vie la meilleure possible avec mise en place de kinésithérapie, d'orthophonie, et d'ergothérapie à visée rééducative dans un environnement adapté et personnalisé (SSR, MPR, RAD et HAD).

Dans tous les cas, une consultation post-AVC est réalisée dans les 6 mois.

Afin de fluidifier ce parcours patient, des actions formatives et d'exercices sont organisées et planifiées dans les fiches action du projet de soins.

6. Le pôle femme-couple-enfant

Rappel des orientations stratégiques définies dans la convention constitutive du GHT Somme Littoral Sud

- **Améliorer l'accès et la qualité des soins :**

  - Périnatalité : assurer une prise en charge graduée sur l'ensemble du territoire en combinant les centres périnataux de proximité, les maternités de niveau 2A et 3 ainsi que le recours aux HAD ayant une autorisation d'activité relevant de la périnatalité, cette offre de soins étant complétée par les unités de néonatologie, de soins intensifs et de réanimation néonatale prévues par la réglementation.

  - Pédiatrie : développer les synergies entre les différentes composantes de l'offre de soins pédiatrique (médecine, chirurgie, soins intensifs et réanimation pédiatrique) afin d'apporter l'expertise des professionnels médicaux spécialisés dans un domaine soumis à une contrainte démographique forte et un transfert structurel de l'activité ambulatoire de ville vers l'hôpital

  - Les activités d'IVG, de diagnostic prénatal et de procréation médicale assistée, qui sont des composantes de la filière femme, couple, enfant mentionnées dans le SROS seront également abordées dans le cadre du projet médical partagé du GHT.

  - Pédopsychiatrie :
    - Garantir l'égalité, l'accessibilité et la continuité des soins psychiatriques à tous les âges de la vie :
      - Déclinaison pour les jeunes de 0 à 16 ans et leur famille
      - Evaluation des besoins territoriaux et des réponses en termes d'antennes des CMP, d'équipes mobiles et de télépsychiatrie
      - Réflexion à mener avec les équipes pédopsychiatriques voisines hors GHT de Camiers et de Péronne qui prennent en charge les jeunes des secteurs des établissements membres du GHT (CHAM et CHIMR)

  - Améliorer l'organisation de la réponse aux situations d'urgence en lien avec la filière urgences du GHT :
    - Consolidation de la liaison et des collaborations fonctionnelles actuelles entre équipes pédiatriques et pédopsychiatriques des intersecteurs et des hôpitaux généraux, attribution de moyens paramédicaux et sociaux spécifiques supplémentaires, extension de la réunion de régulation au Centre Hospitalier d'Abbeville
    - Signature des conventions inter-établissements actuellement en attente
  - Consolider la graduation des soins de l'ambulatoire à l'hospitalisation et une prise en charge globale, organisée et articulée, à partir des secteurs psychiatriques, en lien avec l'ensemble des représentants des usagers, des acteurs hospitaliers, libéraux, judiciaires, pénitentiaire, sociaux et médico-sociaux, associatifs jusqu'aux structures de recours
      - Consolidation des offres d'hospitalisation partielle et d'accueil familial
      - Mise en place de l'unité hospitalo-universitaire d'hospitalisation complète 5-12 ans dont l'autorisation de création est détenue par le Centre Hospitalier Philippe PINEL

  - Améliorer les articulations et concertations entre les acteurs impliqués, favorisant une prise en charge adaptée à l'état de santé, dans la structure et selon le mode de prise en charge le plus pertinent
      - Déclinaison dans le cadre des projets et instances territoriales de santé mentale

- Favoriser l'accompagnement social et médico-social adapté au patient et à son environnement
    - Déclinaison dans le cadre des projets et instances territoriales de santé mentale, sous la forme des réunions de régulation avec MDPH et ASE

- Dynamiser les actions d'évaluation des dispositifs et pratiques de soins, en lien avec les besoins populationnels et avec la recherche clinique.

- Veiller à ce que les fonctions support respectent la spécificité de la psychiatrie

- **Améliorer l'efficience du système de santé :**

    - Périnatalité : optimiser le séjour des patientes et favoriser la sortie précoce avec un accompagnement par les structures extra hospitalières (PMI ou PRADO notamment) pour le suivi après retour à domicile.

    - Pédiatrie : créer une filière pédiatrique structurée en termes de parcours patient sur le territoire (médecine et chirurgie) en tenant compte de l'impact de l'évolution de la démographie médicale sur l'organisation de la permanence des soins et du traitement de l'activité d'urgence pédiatrique.

    - Pédopsychiatrie :
        - Développer et organiser des coopérations de soins et de formation entre acteurs de santé mentale et médecins généralistes du GHT pour organiser et fluidifier les parcours
        - Développer les alternatives à l'hospitalisation
            - Associer les CMPP à l'évaluation des besoins territoriaux et des réponses en termes d'antennes des CMP, d'équipes mobiles et de télé psychiatrie
        - Construire collégialement une politique de gestion des emplois et compétences médicales permettant de relever le défi démographique

    - L'atteinte des objectifs précités repose, pour la filière Femme-Enfant, sur la définition d'une offre de soins graduée sur l'ensemble du territoire, permettant, pour chaque spécialité, de garantir la permanence et la qualité des soins.

Déclinaison des orientations stratégiques en termes d'objectifs de prise en charge des patients

Les objectifs identifiés concernent les activités de pédiatrie et les activités de gynécologie obstétrique.

Axes de travail liés à l'ensemble de la filière médicale Mère Enfant

- Consolider l'implantation territoriale de l'offre de soins proposée par le CHAM et le Centre hospitalier d'ABBEVILLE ;
- Développer le rôle de recours de niveau 3 du CHU Amiens-Picardie à l'égard de l'ensemble de la population du territoire ;
- Développer les consultations spécialisées avancées en fonction de l'analyse des besoins et des ressources ;

Axes de travail spécifiques aux secteurs de Pédiatrie, de Gynécologie Obstétrique et de Pédopsychiatrie du GHT

- Pédiatrie :
  - Créer une fédération inter-établissement pour la filière pédiatrique, s'appuyant sur le recrutement d'assistants et de praticiens hospitaliers à temps partagé entre le CHU et Abbeville, sur la base des postes vacants recensés dans ce dernier établissement
  - S'engager dans un projet transversal pluridisciplinaire de diagnostic et de prise en charge troubles neuro-développementaux et du handicap de l'enfant (Annexe 1)
- Gynécologie :
  - Assurer la prise en charge au sein du GHT des cancers gynécologiques (pelvis et sein) avec une réorientation de la filière cancérologie vers le CHU d'Amiens-Picardie et le CHAM
- Pédopsychiatrie : En conformité avec le SROS Femme Enfant, les établissements affirment leur souhait de renforcer la prise en charge conjointe somatique et psychique, notamment dans les filières spécifiques identifiées. Les équipes de psychopathologie et pédopsychiatrie de liaison exerçant en hôpital général contribuent à cette prise en charge conjointe. L'ensemble des équipes pédopsychiatriques contribuent à l'organisation des urgences pédopsychiatriques.

Le CHU est le centre recours pour les pathologies intriquées somatiques et psychiques. Les objectifs prioritaires sont de consolider la liaison et les collaborations fonctionnelles actuelles entre équipes pédiatriques et pédopsychiatriques des intersecteurs et des hôpitaux généraux, et de porter ensemble l'évaluation des besoins et la recherche des pistes de solutions.

Le Centre Hospitalier Philippe Pinel (CHPP) et le Centre Hospitalier d'Abbeville, établissement général associé à un intersecteur infanto-juvénile offrent des soins spécialisés en ambulatoire et hospitalisation partielle, ainsi qu'en hospitalisation complète pour le CHPP. Afin de renforcer la coordination des parcours de soins multi-établissements, le CHU entend développer sa collaboration et identifier des accès facilités pour les structures d'hospitalisation spécialisées, notamment l'unité hospitalo-universitaire d'hospitalisation complète 5-12 ans dont la création est autorisée pour le CHPP.

Déclinaison territoriale au Centre Hospitalier d'Abbeville

L'objectif dans les 3 services du Pôle du CH d'Abbeville est de fournir une réponse adaptée aux besoins de la population, de garantir la sécurité autour de la naissance dans les différentes étapes de sa prise en charge et de maintenir la permanence des soins malgré une réelle problématique de démographie médicale. Il est également prévu d'entretenir une dynamique propice à l'investissement collégial et participatif dans le projet de modernisation du Centre hospitalier.

En ce sens pour les 3 unités, il existe une nécessité et une volonté commune de poursuivre les échanges déjà bien avancés avec le CHU dans le but d'établir des conventions de partenariat pour la Gynéco-obstétrique et une fédération pour la Pédiatrie.

Gynécologie-Obstétrique :

- Informatiser le dossier patiente de consultation gynécologique
- Promouvoir et soutenir l'allaitement maternel en vue de l'obtention du label Maternité Amie des Bébés
- Développer la consultation de prise en charge de l'infertilité en lien avec le service de PMA du CHU
- Créer une consultation d'endocrinologie gynécologique
- Renforcer les liens avec les partenaires libéraux (sages-femmes, médecins) la PMI et le réseau de Périnatalité
- Poursuivre et développer la culture qualité : Photo qualité, IPAQSS, RMM, CREX
- Prendre en charge la cancérologie gynécologique :
  En complétant l'offre existante de diagnostic, de consultation d'annonce médicale et de suivi, par une prise en charge chirurgicale au sein du GHT en renforçant le partenariat avec les services de Gynécologie-obstétrique du CHU.
  Projet d'une consultation dédiée, à échéance 4ème trimestre 2018 par un praticien du CHU.

Pédiatrie :

- Poursuivre, développer les consultations spécialisées et réintroduire les consultations spécialisées avancées : en conseil génétique et en chirurgie pédiatrique
- Optimiser la prise en charge des adolescents en consolidant le lien avec la pédopsychiatrie de liaison
- Introduire et développer la culture qualité : RMM, CREX

Néonatologie :

- Favoriser les soins de développement en facilitant l'accès à la formation pour l'ensemble des professionnels et le maintien des connaissances par l'organisation de formations spécifiques en interne
- Harmoniser les pratiques en lien avec CHU
- Introduire et développer la culture qualité : RMM, CREX

7. Santé mentale, psychiatrie générale et infanto-juvénile

Les axes stratégiques du Projet Médical Partagé

Améliorer l'organisation de la réponse aux situations d'urgence en lien avec la filière Urgences du GHT : permanence des soins, prises en charge psychiatrique de courte durée, prise en charge psychiatrique dans les Services d'Accueil d'Urgences, prise en charge somatique des patients présentant des troubles psychiatriques.

Améliorer l'accès aux soins à tous les âges de la vie (lien avec la Qualité et les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles), à destination : (équipes mobiles ++)

- des personnes handicapées
- des personnes âgées
- des personnes en situation de précarité

Améliorer l'efficience du système de santé :

Développer les alternatives à l'hospitalisation :

Améliorer les coopérations avec les médecins généralistes

Mettre en place un accompagnement social et médico-social par les équipes mobiles (domicile + établissements) afin d'assurer la continuité des parcours

Développer la réhabilitation psychosociale

Mettre en place des formations croisées inter-établissements (projet Passerelle)

Développer les coopérations pour une approche transversale de la politique de santé mentale.

L'offre de soins existante

- **Psychiatrie générale**

  - **Les Soins Ambulatoires**

Le plus souvent l'accès aux soins se fait par les CMP

LES CMP

La capacité d'accueil est optimisée
Les horaires d'ouvertures sont étendus
Les CMP sont couplés avec les CATTP (Abbeville, Friville) optimisant les capacités d'accueil de l'urgence.
Les délais pour une première consultation sont contenus
Ce sont des lieux de consultations pluri professionnelles (médecins, psychologue, assistante sociale, infirmiers) et de repérage clinique et de diagnostic précoce

Lieu d'articulation des prises en charge post-hospitalisation :

- ✓ Accompagnement des sorties hospitalières par une **équipe mobile de secteur** : visite et soins à domicile

- ✓ Accompagnement des inclusions médico-socales :

  - **Equipe mobile à destination des EHPAD** : équipe de liaison au sein des EHPAD qui ont passé une convention avec le CHA

Offre souhaitée : intégrer et organiser une filière psycho-gériatrique

Augmentation de l'accès aux soins des PA
Accompagnement et maintien au domicile, USLD, EHPAD
Projet Passerelle (formations croisées inter-établissements)

Equipe mobile à destination des établissements sociaux et médicaux-sociaux

Conventions en cours avec les associations et établissements pour usagers handicapés ou présentant des troubles psychiatriques.
But : Eviter les ruptures des parcours de santé
Améliorer l'accès aux soins des personnes handicapées par le déploiement d'une Psychiatrie de Liaison au sein des établissements sociaux et médico-sociaux

Offre de soins souhaitée : mettre en place une Equipe mobile à destination des personnes en situation de précarité avec l'appui de la ville et du Conseil Départemental

Le CMP participe déjà au fonctionnement du Conseil Local de Santé Mentale notamment dans la dimension du maintien à domicile des personnes, de l'accès aux soins et au logement des personnes présentant des troubles psychiques.

- **Alternatives à l'hospitalisation**

Hôpital de jour

Maintien à domicile de patients présentant des troubles chroniques
Travail d'articulation avec les structures sociales et médico-sociales (FV, ESAT, FAM, SAMSAH..)
Rencontre avec les GEM
Articulation des PEC avec le CATTP

CATTP

Structure intégrée aux locaux des CMP optimisant l'accueil et les situations d'urgence
Structure orientée vers la création d'une **unité de réhabilitation psychosociale** intégrant le travail de psychothérapie institutionnelle et les ateliers de remédiation cognitive, dans le cadre de la dynamique d'inclusion sociale des patients présentant des troubles psychiques.

Appartements associatifs

Projet de reprise de la gestion financière par Espoir 80 de la partie locative par une association spécialisée.

Poursuite de ce mode d'accompagnement avec les services logement de la Mairie d'Abbeville, dans le cadre du Conseil Local de Santé Mentale

Accueil familial social

Partenariat d'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques, avec le Conseil Départemental devant être remis en place (ADAPEI)

- **L'offre hospitalière**

L'Hospitalisation Complète pour Adultes

2 unités de 30 lits + 2 CI
Accueil des personnes à partir de 16 ans
Admissions effectuées après passage par le Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier

Projet de construction d'un centre de référence en sismothérapie

Réflexion sur la capacité hospitalière à dédier à la filière psychogériatrique

Dans le cadre de l'Hospitalisation sous contrainte :
Programme : bientraitance / Isolement contention
Programmes qualité déployés dans les UF

Il n'existe pas d'Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée (UHSA) ni d'Unité de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP) dans le GHT Somme-Littoral Sud : nécessité d'établir une convention spécifique dans le cadre d'une coopération inter GHT avec Rouen

- **La psychiatrie infanto-juvénile**

  - **Soins ambulatoires**

CMP (Abbeville – Friville)

La capacité d'accueil est optimisée
Horaires d'ouverture adaptés et étendus
Délais pour une première consultation contenus
Lieu de consultations pluri-professionnelles
Lieu d'articulations des prises en charge et interventions

Lieu de repérage clinique et de diagnostic précoce :

Participation à la plateforme Diagnostic Autisme avec le CAMSP d'Amiens :
Actions de formation en cours
Formalisation d'une équipe de diagnostic
Structurer la prise en charge des autistes en adéquation avec le 4ème plan Autisme

Filière petite enfance : 0-3 ans (psychiatrie de liaison)

Filière articulée avec les services de Néonatologie, Maternité et Pédiatrie
Indications et relais des Prises en charge avec le service de PMI
Utilisation de l'outil CHAT dans le cadre du dépistage de l'autisme
Mise en place de groupe parents-enfants

Les CMP sont aussi le lieu d'articulation des prises en charge sanitaires/médico-sociales par le biais du Conseil Local de Santé Mentale (IME, Sessad, Education nationale…)

Soins ambulatoires : psychologues, psychomotricité, orthophonie

Services sociaux

Filière Adolescents

Conforter la filière adolescent déjà existante :

Au sein de l'Espace adolescent sur le CH :
Maintenir et développer les activités mise en œuvre à travers les consultations de psychologue et de psychomotricité.

Au sein de la MDA (Maison Départementale des Adolescents) :
Continuer à développer les liens avec la MDA

- Maintien des interventions infirmière dans le cadre :
  - des actions de prévention à la santé au sein des lycées et des collèges
  - des consultations auprès des adolescents et de leur famille

S'inscrire au sein du dispositif de prévention du suicide des adolescents :
Pour 2014, le taux de décès par suicide des 15-24 ans est de 7.5 pour 1000000, deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans et représente 16% des décès de cette tranche d'âge en 2014[2].
La région Haut de France a le plus fort taux d'hospitalisation pour une tentative de suicide, ce geste concerne davantage les femmes avec un pic chez les jeunes filles entre 15 et 19 ans (moyenne de 39 pour 10000)

L'accueil des suicidant à la maison départementale des adolescents sur Abbeville avec orientation vers les urgences pédiatriques du CHU.
Travail en lien et en articulation avec les médecins généralistes
Réflexion à mener en référence à Sécuriplan.

[2] Observatoire national du suicide-3ème rapport/février 2018

- **Alternatives à l'hospitalisation**

L'hôpital de jour

Actuellement, agrément 6-13 ans et **projet d'élargir l'accueil aux 2-6 ans**

Agrément : TED avec troubles associés
Indication : lorsque l'intensité des troubles ne permet pas/plus une scolarité à temps complet
PEC pluridisciplinaires des troubles associés au TED
PEC des comportements problèmes
Formation permanente adaptée
Utilisation d'outils et pratiques recommandées par l'HAS

Ouverture sur partenaires extérieurs = ULIS TED, praticiens libéraux, Université Picardie Jules Verne (UPJV), CRA, ESMS, IME avec convention…)

Projet de mise en place d'une Formation à destination des Auxiliaires de Vie Scolaire

Recours à la Fédération psychiatrique inter-hospitalière pour l'accueil des enfants en HDJ 12-18 ans sur Amiens (structure mutualisée départementale)

Le CATTP (Abbeville/Friville)

Le plus souvent, les enfants accueillis sont des enfants TED verbaux qui sont +/- scolarisés, de 6 à 12 ans.

Indication lorsque les troubles de l'enfant compromettent la scolarisation et les apprentissages
Travail sur les troubles du comportement, la socialisation, les interactions sociales, la capacité de communication.
Accompagnement de l'inclusion et du maintien scolaire
Articulation avec les services sociaux, ASE, PMI, éducation nationale…
S'inscrit dans la complémentarité avec les SESSAD

Nécessité d'augmenter la capacité d'accueil du CATTP en raison des indications nouvelles de patients plus jeunes (2-6 ans).
Il s'agit de l'effet du dépistage précoce des troubles de type TED/TSA et d'une augmentation nationale de la prévalence des enfants porteurs d'un TED : **projet d'un CATTP dédié aux 2-6 ans.**

L'Accueil Familial Thérapeutique

File active de 25 enfants accueillis en 2017, avec 3020 journées de prise en charge en 2017 par des assistantes familiales.
Maintien de l'activité et des budgets/ nombre de journée et file active
Etayage des parents et des aidants lorsque l'intensité des troubles pourrait nécessiter une hospitalisation (alternative à l'hospitalisation)

- **Les capacités d'hospitalisation**

Sur le site du CH Abbeville, l'admission d'enfants présentant diverses indications d'hospitalisation, se fait en service de pédiatrie, avec recours à la Pédopsychiatrie de liaison, pour :

- Les pathologies de l'agir (impulsivité caractérielle)
- Troubles aigus du comportement chez un enfant présentant un TED (comportement problème)
- Trouble des Conduites Alimentaires
- Troubles de l'Attention
- Troubles spécifiques liés à l'adolescence

Les conditions d'hospitalisation ne permettent pas l'accueil de jeunes patients présentant d'importants troubles du comportement, sauf à avoir recours à une admission en service de Psychiatrie Adulte.

L'unique Offre de soins Hospitalière Pédopsychiatrique pour le GHT est située sur le site d'Amiens (Unité d'Hospitalisation Complète 12-18 ans, au CH Pinel), et est organisée dans le cadre de la Fédération Inter-Hospitalière (Abbeville, Amiens, Péronne)

Si les enfants de 0 à 5 ans présentant une symptomatologie psychiatrique peuvent être accueillis brièvement en hospitalisation pédiatrique, il convient toutefois de soutenir :

le projet de **création d'une unité d'hospitalisation pour enfants** de 6 – 12 ans sur le site d'Amiens qui permettrait l'accueil d'enfants de la Picardie Maritime (Accueil territorial avec le CH de Péronne) sur un site mutualisé. cf Projet Médical Partagé.

Cette unité 6-12 ans intégrera la **Fédération Pédopsychiatrique Inter-Hospitalière, avec réactualisation du règlement intérieur.**

Cette Fédération regrouperait dès lors :

- L'unité d'hospitalisation 6-12 ans
- L'unité d'hospitalisation 12-18 ans, dite « Henri Ey » au CH Pinel
- L'hôpital de jour (UASA) pour adolescents également mutualisé sur le plan départemental

Dans l'attente de l'ouverture de cette Unité à Amiens, il convient de prendre attache et convention avec l'Institut Départemental Albert Calmette de CAMIERS (62), hors GHT, pour ce type d'hospitalisation.

8. La filière addictologie

PROJET GENERAL : **PASSAGE A UN NIVEAU DE RECOURS 2**

- Poursuite de l'activité d'hospitalisation court séjour addictologie, sevrage simple et complexe, avec 10 lits sur le site du CHIBS
- Poursuite de l'activité ambulatoire, alcool, stupéfiants, addictions comportementales, sur le site du CHIBS et du CH Abbeville
- Projet de transformation sur le site du CHIBS de cinq lits de SSR addictologique à orientation remédiation cognitive, en complémentarité des lits de SSR addictologique polyvalents de l'hôpital d'Hesdin
- Ouverture de places d'hôpital de jour sur le site du CH Abbeville, en coordination avec l'hôpital de jour de Psychiatrie.

Ce projet de niveau 2, tel que décrit précédemment s'inscrit dans les orientations stratégiques du PMP du GHT Somme Littoral Sud de la filière addictologique, en particulier avec la création d'un niveau 3 au CHU Amiens et Hôpital Philippe Pinel.

Il s'agit d'un projet inter-établissement au sein de la filière, impliquant directement le CHA et le CHIBS, et en complémentarité du service d'addictologie du CHAM. Il répond ainsi parfaitement à la demande de fléchage du parcours patient en addictologie, sur la partie ouest du territoire du GHT.

De plus, il répond aux exigences de santé publique, ainsi qu'aux recommandations en vigueur, validées en particulier par la Société Française d'Alcoologie, qui insiste, dans ses orientations, sur l'importance de création de lits de SSR à orientation neurocognitive, afin de détecter et de prendre en charge les troubles cognitifs présents chez les patients présentant des troubles liés à l'usage de l'alcool, dans un objectif de prévention de la rechute et de l'amélioration de la qualité de vie. Ces lits, très fléchés, correspondent à un besoin de santé publique, et représenteront une offre de soins inexistante à ce jour sur notre territoire. Ils permettront de donner à nos établissements une visibilité régionale et nationale par leur caractère innovant.

La SFA, recommande également la création de places d'hôpital de jour, susceptibles de prendre en charge notamment les sevrages ambulatoires en alcool, afin de réserver les hospitalisations temps plein aux sevrages complexes.

Par ailleurs, l'extension des lits de sevrage, de cinq à dix, permettra d'élargir les indications d'hospitalisation aux sevrages d'autres substances psychoactives que l'alcool, ce qui constituera ici encore, une offre de soins inédite sur notre territoire.

ETAT DES LIEUX :

- **Ressources humaines** (fonctionnement avec convention interhospitalière avec le CH ABBEVILLE) : 1 ETP PH psychiatre addictologue, 2 ETP IDE, 0.6 ETP psychologue clinicien, 1.3 ETP secrétaire
- **Activité** : ambulatoire sur le site d'Abbeville
  Ambulatoire et hospitalisation sur le site du CHIBS, avec 5 lits de sevrage simple et Complexe
- **Population cible** : personnes atteintes de troubles liés à l'usage d'alcool, d'opiacés, médicaments, autres substances psychoactives illicites, ou présentant des addictions comportementales, troubles des conduites alimentaires, jeux, écrans…

- **Prise en charge** :
    - Prise en charge intégrée psychiatrique et addictologique
    - Prise en charge pluri-disciplinaire par IDE diplômés du DU de soins infirmiers en addictologie, par psychologue à orientation TCC, prise en charge familiale, remédiation cognitive, thérapies émotionnelles, prise en charge médicale (évaluation clinique, psychométrique, biologique, médicamenteuse, suivi psychiatrique, examens complémentaires)

PROJET (*validé dans les documents de travail du GHT filière addicto*)

Création par transformation de 5 lits de SSR addicto à orientation remédiation cognitive

- **Historique** : dès l'ouverture en 2003 de l'unité d'addictologie interhospitalière, il était prévu 5 lits de sevrage et 10 lits de SSR, sous l'égide des tutelles de l'époque. Dans cette perspective, le projet architectural de rénovation du CHIBS a tenu compte de cette orientation, en consacrant une aile du nouveau bâtiment à l'activité d'adddictologie, avec 15 lits au RdC, ainsi qu'une salle d'activité polyvalente et une cuisine thérapeutique. Lors de l'ouverture des nouveaux locaux, les 10 lits de SSR ont été fléchés « polyvalents »Le présent projet médical a pour objectif de transformer 5 lits de SSR polyvalents en SSR addicto à orientation remédiation cognitive, comme prévu dans le projet initial, et d'augmenter le nombre de lits de sevrage de 5 à 10, permettant un recrutement plus large, et en particulier la prise en charge de troubles liés à l'usage d'autres substances psychoactives.

- **Argumentaire** :
    - Dans le domaine des addictions, en particulier de l'alcool, les recherches scientifiques pointent l'impact des différentes atteintes cognitives comme facteurs de vulnérabilité des conduites adddictives et comme facteurs de risque de rechutes ou de non réponse aux traitements, psychothérapeutiques en particulier. Il est néanmoins démontré qu'après dépistage des troubles cognitifs, des outils thérapeutiques, tels que la remédiation cognitive, peuvent contribuer à leur atténuation et à la diminution du risque de rechute.
    - La remédiation cognitive permet ainsi d'améliorer les fonctions déficitaires et/ou de développer de nouvelles stratégies cognitives adaptatives destinées à compenser les déficits. Elle permet également au patient de généraliser et de transférer les nouvelles compétences acquises dans différents domaines de la vie quotidienne, permettant d'améliorer la qualité de vie et l'insertion sociale, familiale et professionnelle.

- **Projet** :
    - Demande d'autorisation de 5 lits de SSR addicto par transfert d'activité, ce qui permet d'utiliser les moyens humains et matériels déjà existants (temps médical, IDE, ASH)
    - Moyen spécifique requis : 1 ETP neuropsychologue
    - Articulation avec l'existant :
        - Evaluation initiale des patients par l'équipe d'addictologie
        - Indication d'hospitalisation pour sevrage dans les lits de court séjour addicto
        - Bilan neuro-psychologique de dépistage
        - Indication de la prise en charge en SSR addicto
    - Origines des patients :
        - Patients suivis et dépistés par l'équipe d'addictologie
        - Patients adressés par les autres services du CHIBS
        - Patients adressés par les services du CH Abbeville, notamment les secteurs de psychiatrie, les services de médecine, les urgences
        - Patients adressés par les autres structures addicto de la région Hauts de France, en particulier au sein du GHT, et notamment le CHAM, avec qui un protocole de prise en charge des patients sur nos territoires devra être élaboré.

- Fonctionnement type :
  - Accueil de patients sevrés
  - Séjours de 4 semaines renouvelables, max 12 semaines
  - Poursuite des bilans neuropsychologiques (après arrêt des traitements de sevrage)
  - Prise en charge individualisée en remédiation cognitive, associée à une :
  - Prise en charge globale en SSR addicto : travail en TCC, travail sur les habiletés sociales, prise en charge des troubles de la personnalité et des troubles mentaux, soins somatiques, prise en charge en kinésithérapie et ergothérapie, prise en charge nutritionnelle (bilan, éducation thérapeutique, atelier cuisine), prise en charge sociale, thérapies occupationnelles (ciné-débat, musique, arts plastiques, sport…)

Augmentation du nombre de lits de sevrage de 5 à 10
Cette augmentation se fera par transformation de 5 lits existants de SSR polyvalents, et permettra, comme précédemment d'utiliser les moyens humains et matériels existants.

Ces lits permettront de continuer à effectuer les sevrages médicalisés en alcool programmés, mais aussi d'accueillir les urgences non programmées, et de prendre en charge les troubles liés à l'usage d'autres substances.

Le recrutement se fera comme précédemment, par les consultations ambulatoires du service d'addictologie, par les urgences et les autres services du CHA, à la demande des médecins du CHIBS, et de celles des structures partenaires du GHT, en particulier, le CHAM Rang-du-Fliers, et le CHU d'Amiens.

Il peut être également envisagé un recrutement via les médecins de ville et les maisons médicales, par le renforcement de l'ELSA, avec un IDE de liaison, qui outre mettre en place une activité de VAD, pourrait être présent à temps partiel sur le site des urgences du CHA, mais aussi se rendre, à la demande des médecins de ville, dans leurs cabinets ou maisons médicales effectuer les bilans initiaux de patients parfois peu enclins à venir d'emblée en consultation hospitalière. Un projet pilote est à ce jour en cours au CH Arras.

Création de places d'hôpital de jour
Ces places pourraient être créées sur le site du CH Abbeville, possiblement adossées à l'hôpital de jour de Psychiatrie déjà existant.

Elles nécessiteraient des moyens humains supplémentaires, fonction du nombre de places accordées.

Le recrutement se fera selon les filières précédemment décrites, et touchera comme population cible, les patients nécessitant des sevrages simples en alcool ou en autres substances, ainsi que ceux susceptibles de bénéficier d'une prise en charge soutenue, après leur séjour hospitalier en sevrage ou en SSR.

Cinq places d'hôpital de jour permettraient d'accueillir simultanément 10 patients, répartis en deux groupes de cinq, bénéficiant chacun de 2.5 jours d'accueil hebdomadaire.

BESOINS HUMAINS (à valider)

- Comme il a été explicité plus haut, le fonctionnement des 15 lits du CHIBS, (10 lits de sevrage et 5 lits de SSR ciblés remédiation cognitive) se ferait à moyens constants, les équipes paramédicales étant déjà en place. Il nécessiterait une formation spécialisée en addictologie de tous les personnels, en fonction de leurs compétences et missions.
- Le seul moyen spécifique est le recrutement d'un neuropsychologue temps plein, dont les missions seront les suivantes : dépistage et bilan des patients hospitalisés en court séjour, afin de poser l'indication d'un séjour en SSR spécialisé, prise en charge en remédiation cognitive des patients hospitalisés en SSR, dépistage et prise en charge des patients en hôpital de jour.

- Un seul ETP médical existant à ce jour, un recrutement sera impératif, sous forme d'un PH temps plein, psychiatre et/ou addictologue, ainsi qu'un PH mi-temps ou un attaché vacataire afin d'assurer le fonctionnement de l'hôpital de jour et de participer à l'activité ambulatoire et de liaison sur les sites du CHIBS et du CHA.
- Enfin, un recrutement infirmier sera nécessaire au fonctionnement de l'hôpital de jour.
- Une structure d'encadrement (Cadre infirmier) devra également être définie, possiblement par redéploiement interne, ainsi qu'un renforcement de l'équipe de secrétariat, l'effectif actuel de 1.3 ETP pour les deux sites ne couvrant pas les besoins actuels de fonctionnement, notamment en période de congés ou d'absences pour autres raisons.

BESOINS MATERIELS

- Les locaux du CHIBS, sis au rez-de-chaussée du bâtiment d'hospitalisation sont d'ores et déjà adaptés à l'accueil des 10 lits de sevrage et des 5 lits de SSR.
- les locaux de consultation ambulatoire sur le site du CHIBS et du CHA, sont également globalement adaptés et ne nécessiteront que des aménagements à la marge.
- En revanche, le projet de 5 places d'hôpital de jour nécessite une réflexion sur les locaux nécessaires et possibles : possibilité d'extension de l'hôpital de jour de Psychiatrie, utilisation d'autres locaux, par exemple dans le cadre de la rénovation du CHA, ou utilisation de locaux situés hors les murs.

COMPLEMENT : RENFORCEMENT DE L'ELSA

OBJECTIF :

Le renforcement de l'ELSA, dont le fonctionnement actuel ne concerne que les services d'hospitalisation du CH Abbeville permettra d'assurer de nouvelles missions :

- Assurer des visites au domicile des patients suivis par le service d'Addictologie, quel que soit le site, sur le modèle des VAD des secteurs de psychiatrie. Les patients concernés sont ceux qui présentent des difficultés médicales ou matérielles pour se rendre sur les sites de consultations, en particulier au décours immédiat des sevrages médicalisés, les patients en précarité sociale et/ou psychique pour lesquelles une évaluation des conditions de vie apparait importante, les patients présentant des comorbidités évolutives.
- Assurer une présence dans le service des urgences du CH Abbeville, permettant une mission de dépistage, d'entretien motivationnel et d'orientation des patients présentant des troubles liés à l'usage de substances.
- Proposer aux praticiens de ville, en particulier au sein des maisons médicales, d'assurer des entretiens infirmiers dans leurs locaux, de dépistage, d'entretien motivationnel et d'orientation pour leurs patients et à leur demande.

BESOINS SPECIFIQUES

- Un poste d'IDE temps plein, titulaire d'un DU d'Addictologie et/ou d'une expérience professionnelle, permettrait d'assumer les missions énumérées précédemment, avec par exemple une répartition de son temps de travail en mi-temps à l'UAU du CH Abbeville et un mi-temps hors les murs, VAD et entretiens infirmiers dans les cabinets médicaux de ville.
- Un temps médical de 0.5 ETP permettra de couvrir les besoins de l'équipe de liaison
- Un temps de secrétariat de 0.5 ETP permettra de coordonner le fonctionnement de l'équipe de liaison, pour les activités intra et extra-hospitalières.

9. La filière bloc opératoire/chirurgie

Contexte

Plus de 6500 actes sont réalisés chaque année au bloc opératoire. Ils relèvent des spécialités d'ORL – stomatologie (9%), de chirurgie digestive (11%), urologique (14%), traumato-orthopédique (16%), ophtalmologique (7%), vasculaire, obstétricale (16%) et extra-chirurgicale (27%).

Près de 27% des patients sont pris en charge dans le cadre de l'urgence.

Près de 30% des patients ont plus de 70 ans.

La politique de développement de la chirurgie ambulatoire, le projet de modernisation, le Plan de Retour à l'Equilibre nous amène à revoir nos organisations.

Le taux d'occupation des salles est de 75%. L'objectif à atteindre est de 85 %

Il convient donc de s'inscrire dans une démarche de :

1 Développement de l'activité
2 Modernisation du bloc opératoire
3 Qualité et gestion des risques

Développement de l'activité

Anesthésie

Il est nécessaire de :

- maintenir un niveau d'équipement en adéquation avec l'évolution des techniques, comme par exemple les échographes pour les anesthésies loco-régionales

-développer les techniques alternatives comme l'hypnose. Un médecin est formé ainsi qu'un IADE. D'autres agents sont inscrits dans la dynamique

-utiliser l'Anesthésie Loco Régionale unique ou en continu. L'ensemble des Médecins Anesthésistes Réanimateurs sont formés aux techniques avec échographe. Un praticien ainsi qu'un IADE sont détenteurs d'un Diplôme Universitaire douleur

-adapter l'anesthésie à l'évolution de l'activité chirurgicale. Les MAR sont formés à l'anesthésie en ophtalmologie.

Le contrôle anticipé de la douleur, la combinaison d'anesthésie générale et loco-régionale permettent de proposer une prise en charge en ambulatoire (acromioplastie d'épaule par exemple)

Bloc

Il est nécessaire de :

-maintenir un niveau d'équipement en adéquation avec l'évolution des techniques (urétéroscope souple, laser, coelio 3D, greenlight mutualisé avec le CHU, LEC mutualisé sur les Hauts de France)

-développer et diversifier les activités en recrutant des praticiens (chirurgien vasculaire, chirurgien digestif, chirurgien traumato-ortho)

La démographie médicale va chuter pour certaines spécialités. Il est impératif de compléter l'équipe de chirurgie viscérale notamment

-développer l'activité d'ophtalmologie (recrutement d'un interne, formation des praticiens, augmentation des plages opératoires) pour les cataractes, IVT, mais aussi pour la chirurgie rétinienne et des paupières

-optimiser la programmation hebdomadaire des interventions au bloc opératoire

-assurer un suivi permanent des taux d'occupation des plages opératoires afin d'adapter les moyens alloués aux réels besoins

-développer le partenariat sur le GHT. Il est prévu des consultations de chirurgie urologique et ORL au CHAM par les praticiens du CH d'Abbeville ainsi que de l'activité en chirurgie gynécologie au CHAM pour des patients du CH d'Abbeville

Modernisation du bloc opératoire

- Un projet de modernisation avec construction de nouveaux locaux est sur le point d'aboutir (début des travaux : 2019)

Ce projet implique une réorganisation avec notamment la perte d'une salle de bloc opératoire (5 à 4) plus une salle d'endoscopie.

L'objectif est donc de développer l'efficience de fonctionnement avec des plages toutes occupées et augmentation de l'amplitude horaire.

- Un projet d'informatisation est en cours de réflexion depuis plusieurs années. Les cahiers des charges ont été rédigés.

Il est question du dossier d'anesthésie qui doit répondre aux obligations légales et réglementaires de traçabilité, de confidentialité, d'accessibilité et aux recommandations des bonnes pratiques des sociétés savantes (SFAR) d'une part et de la gestion du bloc opératoire d'autre part. Ainsi, nous serions en mesure d'assurer un suivi d'activité rigoureux, une planification optimale d'attribution des plages et une meilleure traçabilité dans le processus chirurgical avec le suivi des Dispositifs Médicaux Implantés notamment, et une gestion des commandes de pharmacie au fil de l'eau

Cet outil permet, par ailleurs, le suivi du taux d'occupation des salles par discipline et apporte au conseil de bloc une réelle objectivité et une grande réactivité dans le pilotage

Qualité et gestion des risques

Il est impératif d'évaluer en continu les pratiques professionnelles, d'assurer le suivi des indicateurs (IPAQSS, taux d'occupation des blocs…), de renseigner les photo-qualités et de réaliser audits et CREX.

Conclusion

Le personnel médical et paramédical a été sensibilisé à l'ANAP. La mise en place d'un conseil de bloc pluridisciplinaire, l'investissement de chacun, la mesure des performances » nous permettent d'avoir une réelle vision objective de la situation, d'assurer le suivi et l'adéquation des moyens aux besoins.
Chaque intervention sur le cycle de prise en charge a de profondes répercussions organisationnelles. Il est donc impératif que le partenariat soit optimal avec l'ensemble des acteurs et notamment l'Unité Médico Chirurgicale Ambulatoire

10. La cardiologie

Maintenir et développer l'offre de soins en cardiologie :

Le départ de plusieurs médecins (retraite, mise en place de l'unité de SSR cardiorespiratoire …) et la perte des activités de rythmologie interventionnelle ont entrainé en 2018 la nécessité d'une restructuration du service de cardiologie avec diminution du nombre de lits (moins 8 lits). Ceci devrait permettre de recentrer l'activité sur la prise en charge de patients relevant pleinement de la cardiologie.

Pour renforcer l'attractivité du service et faciliter le recrutement impératif de cardiologues, plusieurs axes de développement émergent :

- Création du SSR cardiologique, en anticipant le départ des praticiens actuellement à l'initiation du projet (dans 2 à 3 ans).
- Se doter d'un plateau technique de cardiologie non interventionnelle exhaustif :
    - Echographie d'effort.
    - Echographie de stress.
    - IRM cardiaque. (Un praticien formé à cette technique)
    - Coroscanner (accessibilité au cardiologue).

Dans le cadre de la filière « cardiologie » du GHT il faudra renforcer le partenariat avec le CHU via un partage de certaines activités :

- suivi des patients porteurs de prothèses (stimulateurs cardiaques et défibrillateurs) en consultation et par télécardiologie.
- Implantation des défibrillateurs et dispositifs de resynchronisation cardiaque comme antérieurement pratiqué dans notre établissement.

L'obtention de cette activité de rythmologie interventionnelle pour le centre hospitalier d'Abbeville est primordiale ; en effet celle-ci garantissant le maintien d'une offre de proximité dans une région où la surmortalité par insuffisance cardiaque (de plus de 15% par rapport à la moyenne nationale) est particulièrement prégnante. Le recrutement et la formation de cardiologues ayant été orientés en ce sens lors de l'obtention de l'autorisation initiale.

TABLEAU SYNTHETIQUE DES OBJECTIFS DU PROJET MEDICAL

THEMES TRANSVERSAUX (7 thèmes et 39 objectifs)

THEMES	OBJECTIFS	PILOTES
Pôle prévention et éducation thérapeutique	➢ Développer et appuyer la prévention : alimentation, activité physique, lutte contre le tabagisme ➢ Promouvoir l'ETP et la formation en ETP ➢ Soutenir la création de nouveaux programmes : • Insuffisance cardiaque • Anticoagulants • Asthme • Suivi cancer du poumon • Apnée du sommeil • Traitement par insuline • Pied diabétique • Diabète de l'enfant et de l'adolescent • Vivre avec un cancer ➢ Mettre en place une coordination transversale en ETP	Dr Bernasconi
Diabétologie-endocrinologie	➢ Mieux organiser et développer les consultations complexes reconnues FPI ➢ Développer des ateliers collectifs pour les diabétiques ➢ Développer « la pompe » en ambulatoire ➢ Développer « le pied diabétique » ➢ Développer les séances de réentrainement à l'effort en SSR ➢ Développer la télésurveillance par les IDE	Dr Dinomais
Soins palliatifs	➢ Créer une unité de soins palliatifs ➢ Développer la culture palliative dans les unités de soins ➢ Créer un DPC soins palliatifs pour le personnel médical	Dr Redeker
Lutte contre la douleur	➢ Uniformiser les pratiques d'utilisation des PCA par le développement de la formation intégrant la simulation d'utilisation des pompes et le réajustement des protocoles ➢ Améliorer la traçabilité de la réévaluation de la douleur (IPAQSS)	Dr Roucout
THEMES	**OBJECTIFS**	**PILOTES**
Lutte contre les infections associées aux soins	➢ Appliquer et mettre en place les mesures de prévention ➢ Surveiller les infections nosocomiales ➢ Mettre en place les systèmes d'alerte ➢ Former les professionnels ➢ Informer sur les indicateurs et les bonnes pratiques les professionnels et les patients ➢ Collaborer tant en interne qu'en externe avec les partenaires et les réseaux	Dr Redeker
HAD	➢ Développer l'activité d'HAD notamment pour le suivi des grossesses à risques et les traitements par chimiothérapie	Dr Kfoury-Dr Lorriaux
La prise en charge médicamenteuse	➢ Définir, mettre en œuvre et évaluer un <u>système de management de la qualité</u> de la prise en charge médicamenteuse ; ➢ Etablir un <u>système documentaire</u> relatif à l'assurance qualité de la prise en charge médicamenteuse ;	Dr MBengue, Dr Couriat, Dr Kfoury

	➢ Formaliser les responsabilités à toutes les étapes du processus de la prise en charge médicamenteuse ; ➢ Développer la formation à la qualité et à la sécurité de la prise en charge médicamenteuse, en particulier au risque d'erreurs médicamenteuses ; ➢ Procéder à une étude des risques encourus par les patients lors de la prise en charge médicamenteuse ; ➢ Elaborer les procédures et les modes opératoires garantissant une meilleure gestion des risques (identitovigilance ; conformité des prescriptions ; conformité de l'administration ; qualité du circuit du médicament et des conditions de stockage ; information du patient ; traçabilité) ; ➢ Organisation de l'analyse des évènements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse, les erreurs médicamenteuses ou dysfonctionnements, y compris par les CREX/REMED ou RMM, de la mise en place d'actions d'amélioration, et de suivi de ces actions ; ➢ Poursuivre les efforts de pharmacovigilance et de matériovigilance ; ➢ Communiquer sur la qualité de la prise en charge médicamenteuse et promouvoir la culture de gestion des risques ; ➢ Améliorer l'information de l'ensemble des acteurs qui interviennent dans le processus : du médecin prescripteur jusqu'au patient ; ➢ Respecter les obligations légales et réglementaires et améliorer les pratiques relatives à la prescription des médicaments ; à la dispensation et à la préparation des médicaments ; à l'approvisionnement, à la détention et au stockage ; au transport ; à l'administration ; à la gestion du traitement personnel du patient ; ➢ Poursuivre la mise en œuvre des recommandations HAS, notamment au regard de la démarche qualité du circuit du médicament ou de la prescription médicamenteuse chez les sujets âgés, du bon usage des antibiotiques, la prise en charge de la douleur ; ➢ Assurer le respect des recommandations de bonnes pratiques et de bon usage ; ➢ Promouvoir l'éducation thérapeutique du patient ; ➢ Veiller à la prescription dans le livret thérapeutique ; ➢ Informatiser le processus de prise en charge médicamenteuse et l'optimiser ; ➢ Améliorer les indicateurs IPAQSS liés à la prise en charge médicamenteuse ;	

THEMES PAR FILIERES (10 filières et 64 objectifs)

THEMES	OBJECTIFS	PILOTES
Filière urgences	➢ Organiser la prise en charge des urgences ORL du CHAM ➢ Optimiser les délais de PEC des AVC en lien avec le CHU ➢ Eviter les passages inappropriés des personnes âgées aux urgences et diminuer la durée d'attente et de passage ➢ Organiser la gestion des situations exceptionnelles et de crise en lien avec le GHT ➢ Favoriser l'accès direct au CHU pour : • Les angioplasties primaires ou thrombolyse pré hospitalière et les angioplasties secondaires • Les thrombectomies artérielles en urgence • Les traumas graves ➢ Favoriser l'accès direct en réanimation ou en USIC au CHA à partir du SMUR	Dr Kfoury
Filière gériatrique	➢ Créer une filière de soins gériatriques complète et un pôle gériatrique inter hospitalier avec le CHIBS ➢ Créer une commission gériatrique ➢ Développer les bilans gériatriques en HJ ➢ Développer les consultations gérontologiques ➢ Améliorer la DMS en SSR pour fluidifier l'aval ➢ Mettre en place de nouveaux parcours : • Consultations spécialisées « chute » • « parcours mémoire » avec le CHIBS • Troubles du comportement liés à la démence avec la création d'une équipe mobile de psychogériatrie, d'une consultation spécialisée TDC en lien avec le CHU, de lits dédiés pour accueillir les patients avec TDC, d'une UCC au CHIBS, d'un PASA ou d'une UVP à l'EHPAD Dumont • EHPAD-urgences par une meilleure coordination entre urgentistes et médecins traitants ➢ Promouvoir la bientraitance ➢ Créer un portail numérique de la filière gériatrique ➢ Elargir la mission de l'EMG vers les EHPAD du secteur	Dr Roucout

THEMES	OBJECTIFS	PILOTES
Filière cancérologique	➢ Obtenir le renouvellement des autorisations existantes ➢ Renforcer la démographie médicale en oncologie ➢ Mettre en place une organisation coordonnée du parcours patient en oncologie • Créer un comité de pilotage • Améliorer la visibilité de l'offre • Renforcer les filières de radiothérapie et de radio-chimiothérapies avec le CHU • Créer un onglet spécifique cancérologie dans le dossier patient informatisé • Réduire les délais de prise en charge des traitements ➢ Renforcer les soins de support ➢ Promouvoir les actions de dépistage ➢ Fluidifier le parcours patient en aval en lien avec l'HAD et les SSR ➢ Mettre en place des programmes d'ETP en cancérologie ➢ Promouvoir les démarches qualité en cancérologie en lien avec le 3C ➢ Favoriser les coopérations entre les établissements du GHT ➢ Développer la recherche clinique	Dr Leleu, Dr Redeker
Filière IRC	➢ Améliorer le dépistage précoce des maladies rénales chroniques ➢ Développer les consultations de néphrologie au CHA en lien avec le CHU ➢ Apporter une offre hospitalière publique en néphrologie et en dialyse sur le bassin abbevillois	Dr Redeker
Filière AVC	➢ Conforter le rôle d'expertise du CHA dans la prise en charge des AVC ➢ Optimiser les délais de PEC entre l'arrivée du patient et la décision thérapeutique/2è IRM ➢ Identifier une Unité post AVC au CHA	Dr Canaple
Filière femme-enfant	➢ Développer les consultations spécialisées en lien avec le CHU ➢ Poursuivre la culture qualité ➢ Obtenir le label « maternité amie des bébés » ➢ Renforcer les partenariats avec les établissements du GHT notamment en cancérologie gynécologique ➢ Renforcer les liens avec les partenaires libéraux ➢ Optimiser la prise en charge des adolescents en lien avec la pédopsychiatrie ➢ Harmoniser les pratiques notamment en néonatologie en lien avec le CHU ➢ Actualiser la convention de fédération médicale inter-hospitalière de pédiatrie	Dr Deswarte

THEMES	OBJECTIFS	PILOTES
Filière santé mentale	➢ Intégrer et organiser une filière psychogériatrique ➢ Mettre en place une équipe mobile à destination des personnes en situation de précarité ➢ Créer une unité de réhabilitation psychosociale au sein des CATTP ➢ Redynamiser le partenariat avec l'ADAPEI pour l'accueil familial social ➢ Créer un centre de référence en sismothérapie ➢ Mettre en place une coopération inter GHT pour l'accueil en UHSA ou USIP ➢ Participer à la plateforme diagnostic autisme en lien avec le CAMSP et le centre de référence autisme d'Amiens ➢ Conforter la filière adolescent avec l'espace ado et la MDA ➢ S'inscrire dans le dispositif de prévention du suicide des adolescents ➢ Etendre l'accueil en HJ de pédopsychiatrie aux enfants de 2 à 6 ans ➢ Améliorer la prise en charge des enfants dépistés plus tôt avec des troubles TED/TSA grâce à l'ouverture de places en CATTP pour les enfants de 2-6 ans ➢ Soutenir le projet de création d'une unité d'hospitalisation inter-hospitalière sur Amiens pour les 6-12 ans ➢ Intégrer la fédération pédopsychiatrique inter-hospitalière du GHT ➢ Conventionner avec l'Institut Camiers pour l'hospitalisation des 6-12 ans dans l'attente de l'unité à Amiens	Dr Tirel
Filière addictologie	➢ Mettre en œuvre le passage au niveau de recours 2 en lien avec le CHIBS Sur St Valéry : • Transformer 5 lits de SSR polyvalents en 5 lits de SSR addicto à orientation remédiation cognitive • Passer de 5 à 10 lits le nombre de lits de sevrage par transformation de 5 lits de SSR polyvalents Sur Abbeville : • Création de 5 places d'hôpital de jour adossées à l'HJ de psychiatrie ➢ Renforcer les missions de l'ELSA en intra hospitalier, à domicile et auprès des médecins traitants	Dr Wilquin

THEMES	OBJECTIFS	PILOTES
Filière bloc opératoire/chirurgie	➢ Développer l'activité en anesthésie grâce au développement de techniques nouvelles et/ou adaptées aux nouvelles activités de chirurgie et à un bon niveau d'équipement ➢ Développer l'activité chirurgicale notamment en ophtalmologie, en chirurgie viscérale et vasculaire, en ortho traumatologie et en ORL ➢ Développer l'efficience du fonctionnement du bloc opératoire (passage de 5 à 4 salles) avant l'intégration dans les nouveaux locaux prochainement en construction ➢ Mettre en place l'informatisation du bloc opératoire ➢ Promouvoir la démarche qualité-gestion des risques	Dr Tourneur, Dr Souissi
Filière cardiologique	➢ Installer les places de SSR cardiologiques autorisées ➢ Compléter l'offre d'examens non interventionnels (IRM cardiaque, coroscanner…) ➢ Mettre en place le suivi des patients porteurs de prothèse en lien avec le CHU par consultations et par télécardiologie ➢ Remettre en place l'activité d'implantation des défibrillateurs et dispositifs de resynchronisation cardiaque	Dr Mouquet

Chapitre 3.
Le projet de soins

Liste des sigles utilisés

ALD : Allocation de Longue Durée
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé
APA : Activité physique adaptée
ASE : AIDE Sociale à l'Enfance
AVC : Accident Vasculaire cérébral
CAMSP : Centre d'Aide Médico-Social Précoce
CAQES : Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins
CDU : Commission des Usagers
CGS : Coordination générale des Soins
CHA : Centre Hospitalier d'Abbeville
CHAM : Centre Hospitalier de l'Arrondissement de Montreuil
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CME : Commission Médicale d'Etablissement
COFRAC : Comité Français d'Accréditation
CPA : Consultation Pré-Anesthésique
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CREX : Comité de retour d'Expérience
CSP : Code de la Santé Publique
DARI : Document d'Analyse du Risque Infectieux
DMS : Durée Moyenne de Séjour
DPC : Développement Professionnel Continu
DRH : Direction des Ressources Humaines
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées dépendantes
EOH : Equipe Opérationnelle d'Hygiène
EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
EIG : Evènement Indésirable Grave
FEI : Fiche d'Evènement Indésirable
FSE : Forfait Soins Environnement
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et Compétences
HAD : Hospitalisation A Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST (Loi) : **loi** portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires
HPP : Hémorragie du Post-Partum
IAO : Infirmière d'Accueil et d'Orientation
ICALIN : Indicateur de Lutte contre les Infections Nosocomiales
ICSHA : Indicateur de la Consommation de Solution Hydro-alcoolique
IDEC : Infirmière de coordination en cancérologie
IFSI : Institut en Soins Infirmiers
IHAB (labellisation) : Initiative Hôpital Ami des Bébés
IMC : Indice de Masse Corporelle
INCISO : surveillance de l'**INCI**dence des Infections du **S**ite **O**pératoire
IPAQSS : Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
IRM : Imagerie par Résonnance Magnétique
MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
ORL : Oto-Rhyno-Laryngologie
PAQSS : Plan d'Actions Qualité et Sécurité des Soins

PECM : Prise en Charge Médicamenteuse
PMI : Protection Maternelle Infantile

PPAC : Plan personnalisé de l'après cancer
PRADO : Préserver Autonomie Domicile
PRS : Plan Régional de Santé
PSI : Plan de Soins Infirmiers
RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire
RMM : Revue Morbi-Mortalité
SAU : Service d'Accueil et d'Urgences
SCLAN : Sous-Commission de Liaison Alimentation Nutrition
SCLIN : Sous-Commission de Lutte contre les Infections Nosocomiales
SCLUD : Sous-Commission de Lutte contre la Douleur
SCOMEDIMS : Sous-Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
SCSTH : Sous-Commission de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance
SSR : Soins de Suite et Réadaptation
SHAM : Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles
UHTCD : Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée
UMCA ; Unité Médico-Chirurgicale Ambulatoire
UNV : Unité Neuro-Vasculaire

PREAMBULE

La Coordination Générale des Soins du Centre Hospitalier d'Abbeville, en concertation avec ses équipes a mené depuis plus de vingt ans une réflexion visant à déterminer la politique de soins à mettre en œuvre par tous les professionnels de l'établissement.

Depuis 1995, trois projets de soins ont été mis en œuvre ; Ces trois projets se sont inscrits d'emblée dans le contexte large du soin, en cohérence avec la politique générale de l'établissement et se fondaient en particulier, sur les orientations du projet médical.

Portés par les équipes soignantes, ces projets ont constitué la base des travaux, réunions, groupes de travail et actions développés jusqu'à ce jour.

Les différentes démarches d'accréditation puis de certification ont permis dans le cadre de l'auto évaluation, des évaluations partielles de certains axes de ces projets et notamment en matière de continuité des soins, qualité et gestion des risques.

La nouvelle écriture du projet de soins 2018-2022 permettra de s'inscrire dans la continuité du travail entrepris durant toutes ces années mais aussi :

- de décliner le Projet de Soins du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) « Somme Littoral Sud » au niveau local en s'appuyant fortement sur les parcours patients par filière et notamment celles concernées directement par le Centre Hospitalier d'Abbeville,
- de formaliser des projets spécifiques et adaptés aux besoins des patients,
- de disposer d'outils de suivi et d'évaluation des actions engagées au sein du Centre Hospitalier,
- de s'inscrire dans une politique de soins partagée par la communauté hospitalière dans un contexte de modernisation in situ du Centre Hospitalier.

INTRODUCTION

Confrontés à de nouveaux enjeux liés à la fois à l'évolution des besoins de santé de la population de la Picardie Maritime et de son vieillissement, à la nécessité de fluidifier les parcours patients et à l'évolution des prises en charge (développement de l'ambulatoire comme l'alternative à l'hospitalisation), le Centre Hospitalier d'Abbeville porte un immense défi : celui de faire converger les pratiques professionnelles parfois éloignées des attendus vers un objectif d'amélioration constant de la qualité des soins dans un contexte économique contraint et un projet de modernisation du site in situ.

Le projet de soins 2018-2022 s'efforcera de porter ce défi. Le management des professionnels soignants doit pouvoir réaffirmer les collectifs de travail en cohérence avec les lignes posées dans le projet médical et le projet social.

Le fil conducteur du projet de soins, assis institutionnellement sur des valeurs partagées, celle de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et celle de l'amélioration des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, imprègnera toute la démarche.

La préoccupation sera aussi d'accompagner au mieux les professionnels de santé qui œuvrent chaque jour au sein de l'établissement afin qu'ils répondent aux exigences de parcours de soins efficients.

L'impératif est d'optimiser nos ressources et limiter les risques de façon à répondre aux exigences des certifications et accréditations diverses et variées. Tout au long des mois et années, des groupes de travail tentent de répondre à cette exigence, et il nous faut poursuivre cette dynamique.

Le second impératif doit répondre à une préoccupation commune et règlementaire qu'est l'accompagnement de la mise en œuvre du Développement Professionnel Continu (DPC) pour parvenir au bon développement des compétences de chacun des professionnels dans leur secteur d'activité.

Faire coïncider les compétences et l'appropriation d'une culture qualité est également essentielle à la démarche globale d'amélioration continue de la qualité des soins. Redonner du sens et de la lisibilité aux parcours patients, c'est travailler autour de la sécurisation de ceux-ci en développant une meilleure coopération des professionnels autour des patients.

L'informatisation du dossier de soins, devrait apporter une véritable plus-value à cette dynamique et donner un plus grand gage d'efficience, l'outil étant partagé entre tous les acteurs de terrain.

L'ensemble de ces préoccupations conduit la Coordination Générale des Soins et l'ensemble de l'encadrement soignant du Centre Hospitalier d'Abbeville à privilégier cinq orientations prioritaires pour le projet de soins 2018 – 2022 :

- Donner de la lisibilité aux parcours patients : du territoire prescrit (GHT) aux parcours réels des patients pris en charge au Centre Hospitalier d'Abbeville,

- Développer la coordination médecins/soignants pour une prise en charge efficiente au service du patient garantissant qualité et sécurité des soins,

- S'inscrire dans une démarche continue d'amélioration de la qualité des soins et de prévention des risques évitables liés aux soins en poursuivant toutes les actions déjà engagées,

- Accompagner l'informatisation du dossier de soins sur l'ensemble du Centre Hospitalier pour garantir une meilleure continuité et coordination des soins,

- Accompagner sur le plan soignant la mise en œuvre du Développement Professionnel Continu et renforcer les collaborations avec les Instituts de formation,

I. Donner de la lisibilité aux parcours patients : du territoire prescrit (GHT) aux parcours réels des patients pris en charge au centre Hospitalier d'Abbeville pour sept filières de soins

En déclinaison directe du projet de soins partagé du Groupement Hospitalier de Territoire « Somme Littoral Sud » écrit en 2016 et pour les cinq années à venir, le projet de soins du Centre Hospitalier d'Abbeville en lien direct avec le projet médical s'efforce à son tour de répondre à la notion de filière de soins et parcours répondant ainsi à l'évolution de notre système de santé avec notamment la progression des maladies chroniques liée aux effets cumulés de l'allongement de l'espérance de vie et des progrès médicaux mais aussi à la réalité des populations de notre territoire de la Picardie Maritime.

La qualité de la prise en charge et l'accompagnement des patients reposent sur une mise en œuvre des bonnes pratiques, la coordination des prises en charge par les équipes pluri-professionnelles et la personnalisation des réponses apportées aux patients.

C'est pourquoi il nous semble important au travers de notre projet de soins d'intégrer les leviers définis par la Haute Autorité de Santé (HAS) :

- Promouvoir une prise en charge prospective et coordonnée des patients et l'organiser dans la durée ; c'est-à-dire prévoir les étapes de prise en charge, de coordonner les actions et le partage d'information entre tous les professionnels impliqués,

- Favoriser l'implication du patient et l'expression de ses préférences pour lui permettre d'être acteur de sa prise en charge sur la durée de son parcours, l'éducation thérapeutique étant un vecteur à développer davantage,

- Cibler les points critiques du parcours de soins pour minimiser les risques et harmoniser les pratiques des professionnels de santé,

- Former nos professionnels en Institut mais aussi tout au long de leur vie professionnelle afin qu'ils puissent répondre aux innovations médicales et technologiques de plus en plus nombreuses et rapides.

L'évolution de l'organisation de l'offre de soins sous-tend de nouvelles compétences liées au travail en réseau et reconnaissance de nouveaux métiers de coordination par exemple : coordinateur de parcours de soins, de réseau, d'hospitalisation à domicile, de reconnaissance d'infirmière de coordination en cancérologie, en ambulatoire, ou de liaison.

Le développement de ces parcours sera prioritairement axé sur les filières suivantes dans une dynamique d'établissement et en lien avec la ville et l'hôpital :

1. Filière urgence /AVC

140000 AVC sont recensés en France chaque année, près de 1500 au sein du GHT « Somme Littoral Sud ».

Le Programme Régional de Santé (PRS), ainsi que le projet médical et de soins partagé du GHT nous engagent dans le déploiement du plan AVC et vise à améliorer le processus de prise en charge des patients.

Un partenariat existe entre le Centre Hospitalier d'Abbeville et le CHU d'Amiens depuis de longue date.

L'accès à la télémédecine permet d'ajouter aux compétences des urgentistes une expertise neuro-vasculaire permettant les choix thérapeutiques les plus appropriés.

Par ailleurs, la création d'un poste d'IAO 24h/24 au Centre Hospitalier d'Abbeville au printemps 2017, la formation des paramédicaux, le transfert d'images et la mise en place des consultations post-AVC montrent l'investissement local sur ce sujet.

Il est cependant nécessaire de renforcer l'identité de la filière de soins en développant les échanges entre les différents acteurs professionnels concernés dans une logique d'évaluation régulière des modes de prise en charge et d'analyse des pistes d'optimisation du dispositif existant (Projet Médical et de Soins Partagé du GHT)

Cette démarche qui concerne la structuration du parcours patient, doit permettre d'optimiser la coordination des différents acteurs et de proposer des prises en soins adaptées à chaque étape de la maladie au-delà du contexte hospitalier.

Les objectifs opérationnels soignants sont donc de :

-Développer l'information de la population

- Repérer les signes de l'AVC

- Fluidifier la filière URGENCE-AVC

- Former l'ensemble des acteurs de santé

-Améliorer l'organisation de la filière d'aval notamment dans le cadre des consultations post AVC

2. Filière gériatrie /SSR

Notre territoire « Somme Littoral Sud » va connaitre un profond bouleversement démographique avec 200 000 patients de plus de 80 ans attendus ces 20 prochaines années. De plus la tarification à l'activité des secteurs MCO implique une diminution de la durée moyenne de séjour et un recours aux structures d'aval rapidement afin d'assurer une continuité de prise en charge de qualité des personnes âgées accueillies.

L'objectif principal du Centre Hospitalier est de devenir un centre de recours en gériatrie au sein du GHT « Somme littoral Sud », de tendre vers une labellisation de la filière gériatrique afin d'améliorer la qualité de prise en charge des personnes âgées.

La filière gériatrique du Centre Hospitalier comprend :

- Un Court Séjour Gériatrique de 28 lits
- Un Soin de Suite et Réadaptation polyvalent à orientation gériatrique de 47 lits
- Un EHPAD de 342 lits
- Une Equipe Mobile de Gériatrie
- Des consultations gérontologiques
- Des consultations onco-gériatriques
- Des consultations mémoires labellisées
- Une consultation « chutes »
- Places d'hôpital de jour de gériatrie

Le projet médical du Centre Hospitalier s'inscrit dans une démarche participative d'amélioration de la qualité de prise en charge des personnes âgées selon différents parcours :

- Parcours chute
- Parcours mémoire
- Parcours trouble du comportement lié à la démence
- Parcours EHPAD- Urgences
- Bientraitance

Le projet de soins du GHT a défini au travers du parcours patient des axes de travail afin d'assurer une qualité de prise en charge des personnes âgées et éviter une rupture dans le parcours.

En lien avec ces différents projets et parcours patient se dégage un fil conducteur qu'est la **promotion de la Bientraitance** tout au long du parcours patient ; pour répondre à cette philosophie trois axes de travail ont été définis :

- Améliorer la continuité de prise en charge de la personne âgée en optimisant les transmissions d'informations entre les différentes structures d'accueil

- Mener une réflexion professionnelle sur les restrictions d'aller et venir en faisant de la contention une méthode de soins de dernier recours.

- Réduire la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation de la personne âgée

3. Filière Chirurgie/Bloc/UMCA

Le projet de soins repose sur le projet médical du Centre Hospitalier d'Abbeville (CHA) décliné autour d'axes prioritaires par filière, l'une d'elle étant celle du pôle médico-chirurgical et du bloc opératoire.

En préambule de ce projet médical, un projet stratégique a été défini en septembre 2017. Pour améliorer la performance des services, seront évalués, en termes d'impacts organisationnels et financiers, le capacitaire fonctionnel et humain ainsi que le volume d'activités en chirurgie. Le deuxième objectif étant de préparer la mise en œuvre de nouvelles organisations en lien avec le projet de modernisation du CHA, trois actions sont définies :

- Optimiser le fonctionnement du bloc opératoire

- Développer la chirurgie ambulatoire

- Optimiser le fonctionnement de l'UMCA

Aussi, dans le cadre du projet médical partagé du GHT, des partenariats sont envisagés, notamment en chirurgie et cancérologie avec le CHAM. Ainsi, nous pouvons envisager une augmentation de l'activité opératoire en urologie et spécialités ORL

Afin d'optimiser le fonctionnement du bloc opératoire, en lien avec la diminution des salles opératoires et le développement de l'activité, une réflexion sera menée sur l'organisation des plages opératoires en lien avec la chirurgie ambulatoire (programme en demi-journée) et conventionnelle, sur l'amplitude d'ouverture du bloc opératoire et sur le retrait des actes opératoires sous anesthésie locale (type FSE, actuellement réalisés au Bloc Opératoire, via l'UMCA ou les consultations). La prise en charge de ces derniers impliquera une réorganisation au sein des consultations.

Le développement de la chirurgie ambulatoire apparaît comme une priorité nationale en termes de politique de santé. Il constitue une réponse aux attentes des patients et aux exigences de qualité et de sécurité des soins.

L'objectif fixé par l'ARS est d'atteindre d'ici 2018, un taux global de chirurgie ambulatoire de 42.3 % au CHA, le taux cible national est de 57%. Notre taux de chirurgie ambulatoire est de 45% en 2017.

Dans le projet de modernisation, il est prévu une extension de l'UMCA actuelle (passage de 7 à 10 places de Chirurgie ambulatoire et de 12 à 15 en Médecine Ambulatoire). L'objectif demeure de réaliser la majorité des actes ambulatoires dans la structure dédiée à cette activité par souci d'efficience, de qualité et de respect des bonnes pratiques.

L'association française de chirurgie ambulatoire préconise une profonde restructuration pour atteindre d'ici 2022 les objectifs de 7 patients sur 10 opérés en ambulatoire, fixés par le ministère des solidarités et de la santé. L'optimisation du fonctionnement de l'unité médico-chirurgicale ne passera que par l'implication et la coordination avec les services supports (pharmacie, laboratoire) et l'ensemble des utilisateurs de l'UMCA.

Pour l'ensemble des acteurs des services de consultations de chirurgie, des urgences, de chirurgie conventionnelle, de l'UMCA et du bloc opératoire, il s'agit de mettre en œuvre différentes actions visant **à fluidifier et à améliorer le parcours du patient en chirurgie aux différentes étapes de sa prise en charge.** Cela suppose d'améliorer cette prise en charge dès son accueil aux consultations ou aux urgences, de prévenir et limiter les risques de déprogrammation, de conversion en hospitalisation complète et de complication à J+1, en assurant une programmation rigoureuse.
Ces différentes actions se déclinent ainsi :

- Remettre un passeport ambulatoire ou un livret d'accueil à chaque patient dès la consultation, en particulier la fiche de données administratives (consentement bénéfice-risque, autorisation de soins pour mineur ou majeur protégé, personne de confiance, directives anticipées)
- Respecter les critères d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire
- Mettre en place la procédure de chirurgie reportée
- Respecter la procédure de la préparation de l'opéré
- Informatiser la prescription médicale en CPA
- Assurer un brancardage du patient coordonné et sécurisé notamment l'identito-vigilance
- Evaluer la check-list de l'opéré au bloc opératoire
- Anticiper la sortie avec un éventuel recours au SSR et HAD facilité pour la chirurgie conventionnelle et une sortie à domicile pendant les heures d'ouverture de la chirurgie ambulatoire.
- Permettre le développement des compétences des personnels (chirurgie ambulatoire, organisation bloc, consultations externes, nouvelles activités chirurgicales…)

Au final, organiser le parcours du patient en chirurgie pour répondre à la règle du « bon patient, au bon endroit, au bon moment », répondre au mieux aux attentes du patient dans les contraintes contextuelles, aux exigences de qualité et de sécurité des soins, optimiser l'organisation médicale hospitalière sont tous les enjeux nécessaires et devant être favorisés par l'ensemble des professionnels.

Le contexte socio-économique mouvant nécessite des capacités d'adaptation des ressources humaines et l'accompagnement de l'encadrement dans le développement des compétences pour favoriser une prise en charge continue et efficiente du patient.

4. Filière Cancérologie

Guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous partout en France (Thématique du 3ème plan cancer (2014-2019) sur laquelle nous avons basé notre réflexion).

Un diagnostic plus précoce permet, pour la majorité des cancers, un traitement plus efficace, avec un impact positif avéré sur le pronostic de la maladie. La détection des cancers à un stade débutant permet aussi de réduire la lourdeur et la durée des traitements et de diminuer l'importance des séquelles potentielles. Promouvoir des diagnostics précoces est donc un levier majeur d'amélioration de la prise en charge des patients atteints de cancer.

La prise en charge en cancérologie évolue (augmentation des prises en charge à domicile et développement des allers et retours ville-hôpital) en sollicitant plus fortement les professionnels de premier recours, en première ligne desquels, le médecin traitant, mais également les professionnels IDE, dans le cadre de la délivrance des traitements à domicile, et les pharmaciens dans le cadre du conseil et de l'information en matière d'interactions médicamenteuses et d'effets indésirables des traitements.

Les échanges d'information ville-hôpital, formalisés lors des moments clés du parcours (moments de passage de relais), doivent donc inclure les professionnels dans toutes leurs composantes, afin de favoriser leur coordination et accroître leur réactivité.

Parallèlement aux progrès thérapeutiques, la prise en charge personnalisée en cancérologie se doit d'évoluer vers un accompagnement prenant en considération l'ensemble des besoins de la personne et des proches. Leur prise en charge doit tenir compte de l'impact de la maladie sur leur vie personnelle, pendant et après la maladie. Un accompagnement global nécessite une organisation coordonnée d'interventions pluridisciplinaires afin d'éviter les ruptures dans les parcours des personnes touchées ou d'en atténuer les effets. La connaissance de l'environnement psychosocial du patient et les éléments issus de la surveillance par les professionnels de ville sont des éléments déterminants.

Par ailleurs, les personnes malades revendiquent leur droit à être pleinement associées aux décisions thérapeutiques qui les concernent. Elles réaffirment leurs besoins d'être informées et écoutées par les soignants.

La qualité de leur accompagnement suppose de donner aux personnes atteintes de cancer tous les moyens de participer pleinement à leur prise en charge.

Ainsi, basé sur le plan cancer 2014-2019, sur les projets médicaux et paramédicaux du GHT ainsi que l'état des lieux de notre établissement nous avons choisi de poser les 2 objectifs suivants :

Renforcer l'information du patient pour optimiser son parcours en cancérologie :

- Sensibiliser les professionnels et les usagers à l'importance du dépistage
- Augmenter le nombre de consultations d'annonce paramédicales
- Développer et mettre en place l'éducation des patients pour les chimiothérapies orales
- Mettre en place le PPAC (plan personnalisé de l'après cancer)

Optimiser la communication entre les différents acteurs de la prise en charge en cancérologie :

- Rendre visible l'offre de soins du Centre Hospitalier d'Abbeville en cancérologie
- Améliorer la coordination ville-hôpital et les échanges d'informations entre tous les professionnels qui interviennent dans le parcours du patient
- Mettre en place une RCP soins de support

5. Filière femme /couple /enfant

Le pôle Femme / enfant du Centre Hospitalier d'Abbeville propose une offre de soins pluridisciplinaire pour un bassin géographique d'environ 164 000 habitants.

Les tableaux de bord témoignant de l'activité 2016 nous indiquent :

- Une stabilité voire une légère hausse du nombre d'entrées sur les UF (+1,8%),
- Une baisse des journées réalisées (-10,5%) principalement sur la gynécologie obstétrique.
- Une nette augmentation des consultations pédiatriques non programmées.
- Une légère baisse du nombre d'accouchements (1096 en 2015 /1041 en 2016) ce qui correspond à la baisse de la natalité nationale et à la démographie d'une population vieillissante (fuites vers d'autres centres plus attractifs ?).

Il nous appartient donc maintenant d'identifier nos axes d'amélioration afin de décliner les principaux objectifs au regard des textes législatifs (Charte de l'enfant hospitalisé, Convention internationale des droits de l'enfant, différentes circulaires relatives à la prise en charge de l'enfant et l'adolescent, décret de périnatalité de 1998).

Les objectifs du projet de soins se déclinent ainsi :

Garantir la sécurité de la naissance aux différentes étapes de la prise en charge :

- Formations spécifiques :
- Réanimation en salle de naissance (suivi du nombre de professionnels formés)
- Prise en charge de l'HPP (suivi des IPAQSS, engagement des professionnels dans l'analyse des dossiers)
- Capacité de délivrer des soins aux enfants en tenant compte de leurs spécificités.
- Poursuite des RMM/CREX régulières en associant l'ensemble des acteurs (suivi du nombre de RMM annuelles).
- Réactualisation des procédures en lien avec le projet médical ainsi que de la charte de fonctionnement (réévaluation annuelle).
- Informatisation du dossier obstétrical

Promouvoir l'humanisation de la naissance, favoriser le lien mère enfant dès les premières minutes de vie jusqu'à l'adolescence :

- Accompagner le couple dans son projet naissance.
- Favoriser l'allaitement maternel et prendre en compte la douleur.
- Formations « soins de développement » et groupes de travail pour harmoniser les pratiques en néonatologie et maternité (suivi des professionnels formés et nombre de réunions groupes de travail).

- Orientations vers le projet de labellisation IHAB
- Optimisation de la place de l'adolescent hospitalisé dans une prise en soin globale (pédiatrique, pédopsychiatrique et sociale).

Développer la culture qualité :

- Optimisation de la photo qualité avec suivi des axes d'amélioration (suivi des PQ trimestrielles et plan d'actions).

- Harmonisation des pratiques au sein du pôle et intégration dans la base documentaire (suivi de la gestion documentaire).
- Suivi des comptes qualité tous les 6 mois (Salle de naissance/néonat).
- Suivi des IPAQSS, des FEI, du rapport d'analyse de la SHAM et plans d'actions.
- Amélioration et sécurisation de la PECM (CAQES)
- Suivi des questionnaires de satisfaction (taux de retour).
- Poursuivre le PAQ et l'évaluation externe du CAMSP

Promouvoir le travail des équipes et être acteur du projet de modernisation :

- Informatisation du dossier patient.
- Intégration des équipes aux réflexions concernant le projet de modernisation.
- Favoriser l'attractivité en optimisant notre site internet.

Optimiser le parcours Consultation et engager une politique de prévention : (Centre de planification, consultations néonatales et pédiatriques (spécialités surpoids, diabétologie, allergologie …)

- Développement de consultations spécifiques avec éducation thérapeutique de l'enfant et de sa famille.

Favoriser le lien avec l'extérieur : en partenariat avec le service social et l'équipe de pédopsychiatrie de liaison :

- En anténatal
- La CPAM avec le PRADO.
- Avec la PMI, les sages-femmes libérales, la médecine de ville, l'ASE et l'éducation nationale.
- Le réseau périnatal.

6. Filière santé mentale

La filière santé mentale au sein du CH Abbeville regroupe deux secteurs adultes, le 80G06 et le 80G07. Ces deux secteurs représentent l'ensemble de la Picardie Maritime, le Ponthieu et le Vimeu. Il intègre également l'inter secteur 4 de pédopsychiatrie, qui reprend la même zone géographique que les deux secteurs de psychiatrie adulte. Pour prendre en charge la population, les secteurs psychiatriques ont un dispositif constitué de plusieurs unités d'hospitalisation et des unités de soins ambulatoires pouvant être intersectorielles ainsi que de nombreux partenariats formalisés ou en cours.

De nombreuses pathologies psychiatriques, même si leurs évolutivités sont variables, deviennent des maladies chroniques. Elles figurent pour la plupart sur la liste des trente affections de longue durée (ALD 30). De ce fait, leur prise en charge demande l'intervention d'une équipe pluri-professionnelle pour répondre aux problématiques inhérentes à la complexité à la fois de la maladie mais également permettre le maintien de l'individu dans la société. Ces prises en charge au long cours doivent être particulièrement bien coordonnées dans le temps et l'espace d'autant que la particularité de cette population est dans la non-demande et dans la rupture de lien.

Dans ce contexte, il est important de répondre aux exigences d'articulation entre le projet de soins et le projet de vie des usagers. Mettre en œuvre des bilans cliniques et para-cliniques afin d'élaborer des **projets de soins individualisés** qui tiennent compte des besoins et les attentes du patient et de son entourage. Pour la pédopsychiatrie, l'HAS (Haute Autorité de Santé) et l'ANESM (agence nationale d'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) recommandent dans le cadre des bonnes pratiques l'élaboration d'un **Projet Personnalisé d'Interventions** permettant l'individualisation et l'accompagnement et des réponses aux besoins de la personne.

Mieux soigner en connaissant le patient, c'est reconnaitre sa maladie et privilégier une lecture clinique de son histoire. L'objectif est de renforcer la place et le rôle du patient dans sa prise en charge, lui permettre d'être le plus possible acteur de son parcours en s'appuyant sur ses ressources personnelles et environnementales.

Cette démarche a pour ambition de faciliter l'alliance thérapeutique, de préparer et organiser le suivi lors de l'hospitalisation et d'appréhender au mieux la sortie et la prise en charge ambulatoire ou vers une autre structure.

Axes de progrès à développer :

- Mettre en œuvre une évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient dans le cadre de son projet de soins individualisé.
- Améliorer la traçabilité des informations et leurs partages entre les professionnels impliqués pour faciliter une organisation coordonnée entre les acteurs du soin.
- Assurer la continuité des soins et la qualité des soins entre l'intra et l'extrahospitalier afin d'éviter si possible des ruptures de prise en charge.
- Améliorer les articulations et concertations entre les acteurs impliqués, favorisant une prise en charge adaptée à l'état de santé, dans la structure et selon le mode de prise en charge le plus pertinent.

Ces axes feront l'objet d'un groupe de travail pour la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie dans le cadre d'une fiche action afin de mettre en place un outil commun à intégrer dans le dossier patient.

Le projet de soins individualisé doit permettre de formaliser la réflexion d'équipe et de servir de guide pour la prise en charge. Il est en cohérence avec les prescriptions médicales.

Il s'inscrit dans un processus dynamique, qui évolue, pour assurer la meilleure information et garantir la mise en œuvre d'objectifs de soins en accord avec le patient.

Le projet de soins individualisé est un plan d'actions qui rassemble l'équipe vers un même but.

Il peut être envisagé à court, moyen et long terme et concerner des petits projets de la vie quotidienne.

7. Filière médico-technique

Faisant suite à l'écriture, validation et mise en œuvre du projet médical et projet de soins partagés du GHT, le Centre Hospitalier d'Abbeville souhaite pour la filière médico-technique décliner des thématiques communes à ses secteurs d'imagerie, laboratoire et pharmacie.

Le projet de soins permet de « donner du sens » à l'action des professionnels, de les rassembler autour de valeurs et objectifs partagés afin d'offrir une prise en charge de qualité à chaque patient qu'il soit hospitalisé ou en externe.

Définir et mettre en œuvre une politique de prise en charge optimisée des usagers au sein du pôle (améliorer le parcours de soins et la prise en charge du patient)

Une prise en charge optimisée doit garantir une continuité et une coordination des examens organisées pour le séjour du patient, comme lors de sa sortie :

- en amont de l'hospitalisation, la préparation adéquate du séjour du patient : la réalisation et la mise à disposition des examens et actes techniques nécessaires à l'hospitalisation du patient.

- pendant l'hospitalisation : la mise à disposition des examens, techniques, et thérapeutiques indispensables au patient quel que soit son parcours.

- en aval de l'hospitalisation du patient : la mise à disposition de compte rendu d'examens, de RDV d'examens et d'actes de suivi, de thérapeutiques dans le cadre des rétrocessions…

La complémentarité entre les services cliniques et les secteurs médico-techniques est recherchée. La contractualisation à partir d'engagements formalisés est proposée.

De plus, les conduites de coordination et de collaboration des cadres de santé avec tous les acteurs de soins, médicaux et non médicaux sont encouragées.

S'inscrire dans une démarche continue d'amélioration de la qualité de la prise en charge médico-technique (optimiser la qualité, la sécurité et la gestion des risques liées aux soins)

Cette qualité de la prise en charge se traduit par :

- Une prise en charge adaptée et optimisée dans le cadre de l'urgence, dans le cadre des parcours de soins de l'établissement et du GHT. Un suivi des délais de prise en charge est effectué.

- L'amélioration de la qualité de rendu des résultats dans les secteurs du laboratoire et imagerie médicale : optimiser la collecte des prélèvements de laboratoire, l'accessibilité aux rendez-vous et la prise en charge des hospitalisés en attente d'examens dans les secteurs d'imagerie, le délai de rendu des résultats des examens.

- L'inscription systématique dans des démarches de management de la qualité institutionnelles et règlementaires : Audits, Certification HAS, Accréditation COFRAC, CAQES, Bonnes pratiques de pharmacie, Radioprotection etc.

- L'utilisation des dispositifs institutionnels de la qualité-gestion des risques : déclaration des événements indésirables, vigilances, comptes qualités etc.

- L'intégration et le suivi en routine des indicateurs de qualité et gestion des risques au sein de chacune des filières afin d'apprécier l'efficience de la prise en charge du patient. avec élaboration et suivi des plans d'actions. Veillez à l'efficacité des actions entreprises.

- L'implication des personnels dans les démarches d'évaluation des pratiques en partenariat avec le corps médical et dans le respect des obligations réglementaires (HAS,…).

Piloter et organiser les compétences managériales et soignantes

Cet axe vise à manager la compétence. Il s'inscrit à la fois dans une culture de responsabilisation et d'efficience. Une politique de gestion des emplois et des compétences est développée dans les différentes filières d'activité en lien avec les évolutions techniques.

Cette politique conduit aujourd'hui à identifier des métiers « sensibles ». Du fait du vieillissement de la population, des réorganisations régionales, les métiers des filières médico-techniques sont à surveiller particulièrement. Il est nécessaire de travailler sur ces métiers en accompagnant l'évolution de leur savoir-faire et de leur périmètre d'activités au regard des nouveaux enjeux de la règlementation et de la GHT.

L'identification des professionnels experts et référents est indispensable. Elle se traduit par :

- Positionner et valoriser les missions et les compétences, des experts et référents pour chaque secteur,

- Valoriser les formations individuelles afin qu'elles profitent à l'ensemble du secteur d'activité,

- Valoriser les compétences et les initiatives individuelles de l'encadrement.

Le développement des coopérations entre les secteurs d'activité à l'échelle du territoire devient incontournable. Les réorganisations nécessitent d'accompagner l'encadrement pour :

- anticiper les évolutions à court et moyen terme des secteurs d'activités,

- optimiser les processus organisationnels de prise en charge de qualité des patients dans un contexte budgétaire contraint.

De même, il s'avère nécessaire de développer une politique de professionnalisation de l'encadrement par le repérage des potentialités médico-techniques, et par la mise en place de parcours de formation spécifiques.

Les protocoles de coopération contribuent désormais à l'évolution des pratiques professionnelles paramédicales, à la reconnaissance de nouvelles compétences, à la modernisation et l'efficience des modes de prise en charge au regard des besoins de la population. Le corps médical et

l'encadrement encourage l'entrée dans des protocoles de coopérations tels que la réalisation des échographies par les manipulateurs en électroradiologie médicale.

Enfin, garantir et améliorer la sécurité et la santé au travail des agents, favoriser l'épanouissement des professionnels, prévenir les situations d'inaptitude et éviter leur aggravation sont des choix du projet de soins médico-technique. Ces choix entrent dans les thématiques du projet social et de la qualité de vie au travail et seront essentiellement croisés et déclinés en son sein.

Contribuer à l'enseignement et à la formation

La politique de formation continue est déclinée avec l'appui des responsables de formation et l'encadrement. Il convient de suivre les évolutions institutionnelles et les orientations prioritaires des professionnels.

L'encadrement est impliqué dans le recueil des besoins, l'information des équipes et la validation des formations.

Les actions centrées sur l'enseignement et la formation sont définies :

- Prioriser la mise en œuvre du développement professionnel continu,

- Communiquer auprès des professionnels sur l'obligation de DPC et sur les enjeux de formation,

- Valider des programmes de formation pour les filières.

Il est important de veiller à une bonne lisibilité des possibilités de formation pour les professionnels.

La place accrue des stages dans le processus de professionnalisation, dans un contexte de manque de disponibilités des terrains, nécessite une collaboration accrue avec les instituts de formation. L'implication de l'encadrement est essentiel pour l'accueil des étudiants en stages, la formation des tuteurs, la détermination de la politique promotionnelle.

Cette thématique est partagée avec le projet social et notamment dans son volet GPMC / formation.

II. Développer la coordination médecins/soignants pour une prise en charge efficiente au service du patient garantissant qualité et sécurité des soins

Les comptes qualité « parcours patients », les IPAQSS, les orientations stratégiques du Projet Médical Partagé du Groupement Hospitalier de Territoire Somme littoral sud, mettent en avant quelques non conformités.

L'absence de fiches de liaisons lors des transferts, les défauts de transmission plus généralement, les projets thérapeutiques élaborés de manière pluridisciplinaire non retrouvés, l'absence de planification des soins, l'absence de compte rendus opératoires ou de courrier de sortie, la multiplicité des supports, la non centralisation du dossier patient, sont autant d'éléments qui fragilisent la qualité et l'efficience des prises en charge.

Les défauts de transmission, le manque de coordination ont des incidences sur l'organisation du séjour. Les répercussions sur l'état du patient peuvent être nulles (allongement de la durée du séjour) mais délétères d'un point de vue économique pour l'établissement.

A contrario elles peuvent être plus graves lorsqu'elles entrainent un retard ou une rupture de prise en charge avec la notion de perte de chance.

La chirurgie reportée au lendemain, pour laquelle une procédure a été rédigée, le suivi des patients hospitalisés dans les secteurs ne relevant pas de leurs spécialités en sont l'illustration.

Les critères HAS mettent l'accent sur la nécessité de réaliser et tracer des réunions pluri professionnelles d'une part mais aussi sur la nécessité d'assurer au patient d'être au bon endroit, au bon moment afin d'optimiser la prise en charge.

Enjeux :

Développer les réunions pluridisciplinaires afin d'assurer des prises en charge holistiques
Centraliser l'information
Favoriser la fluidité de la prise en charge

Eviter la rupture de prise en charge
Finaliser l'informatisation complète du dossier patient
Etablir une politique de dossier unique

A développer :

- Développer les staffs médicaux- soignants :

Organiser des réunions pluridisciplinaires, CREX, RMM
Développer les fiches de liaison, les outils de transmission
Veiller à l'effectivité du dossier unique, accessible à tous (disparition des archives « sauvages »)
Veiller à l'exhaustivité de la traçabilité des informations dans le dossier de soins

- Favoriser une politique du « bon patient au bon endroit au bon moment » :

Effectuer des sorties le matin dans les unités d'hospitalisation
Développer une politique de visibilité de la disponibilité des lits

III. S'inscrire dans une démarche continue d'amélioration de la qualité des soins et de prévention des risques évitables liés aux soins en poursuivant toutes les actions engagées dans ce sens

Dans la continuité des ordonnances du 24 avril 1996 et de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la Loi HPST du 21 juillet 2009 constitue une réforme d'envergure qui porte l'ambition de la qualité des soins pour l'ensemble des professionnels de santé.

Dans ce contexte, notre établissement poursuit son évolution, matérialisée par un engagement collectif pour chacune des dernières certifications. Le niveau d'exigence est accru, la cohérence et pertinence des dispositifs sont renforcées. Notre établissement a enregistré des progrès notoires dans la qualité des prestations fournies, et ce grâce à l'investissement de nombreux acteurs internes.

L'orientation en matière de qualité que nous souhaitons donner à ce nouveau projet de soins est à mettre en lien avec les objectifs du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'efficience des Soins (CAQES) et de notre PAQSS d'établissement remis à jour chaque année (Programme d'amélioration de la qualité et sécurité des soins).

Elle s'inscrit totalement dans les attendus de l'article 6111-2 du code de la santé publique (article 1 de la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires) : *« Les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les évènements indésirables liés à leurs activités ».*

Le projet de soins est construit avec l'objectif de garantir des soins de qualité et de sécurité à tous les patients pris en charge au Centre Hospitalier d'Abbeville. Son articulation avec les actions du PAQSS est à formaliser en collaboration avec l'ensemble des paramédicaux, encadrement de proximité et supérieur et la Commission Médicale d'Etablissement (CME).

La gouvernance de l'établissement affiche cette ambition au sein de son plan stratégique d'établissement et l'ensemble des paramédicaux, aux côtés des médecins, sont partie prenante de celle-ci afin de les traduire en objectifs opérationnels, déclinés en actions à mener.

L'axe prioritaire retenu sera : l'intégration des indicateurs IPAQSS et CAQES dans l'organisation des soins ; pour ce faire, un accent tout particulier sur la poursuite du développement de la culture qualité et prévention des risques liés aux soins (photos qualité, audits, …) , des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) et de la méthode du « patient traceur » comme outils d'évaluation de la maitrise des risques majeurs identifiés au sein des filières de soins, seront encouragés. Les comptes-qualité seront également des composantes importantes qui guideront toutes nos réflexions.

Pour parvenir à des résultats à la hauteur de nos espérances, il sera favorisé le décloisonnement et la collaboration médico-soignante et notamment la mise en place en 2018 de binôme médecin /cadre par unité.

1. Tenue du dossier du patient (pratique exigible prioritaire et indicateur national)

Outil de partage des informations, le dossier patient est un élément clé de la qualité et de la continuité des soins, pour une bonne prise en charge des patients. Tous les acteurs, médecins, AMA, et paramédicaux ont un rôle important dans la bonne traçabilité des informations.

Le dossier médical du patient du Centre Hospitalier d'Abbeville est informatisé via le logiciel DIAMM dont le développement est à poursuivre.

L'évaluation régulière de la tenue du dossier de soins est réalisée par l'encadrement au décours des photos qualité et du recueil des indicateurs nationaux. Les derniers résultats montrent une variabilité de la qualité de la tenue de celui-ci en fonction des types de prise en charge. Notre score étant à 68%, celui-ci doit être consolidé pour atteindre les 80%.

La qualité et la pertinence des écrits des paramédicaux est à mettre en lien avec la qualité des pratiques professionnelles. En ce qui concerne les transmissions paramédicales informatisées, le déploiement dans le logiciel Pharma est en cours. Les actions d'amélioration doivent être poursuivies avec le soutien de l'encadrement et un lien fort est à réaliser avec les comptes-qualité « gestion du dossier patient » et « Parcours patient ».

A) Information du patient sur son état de santé et les soins proposés

La loi du 4 mars 2002 (CSP articles L.111-2, L.1111-4 et suivants) réaffirme le droit du patient d'être informé. Cette information est l'affaire de tous les professionnels dans leur domaine de compétence, les personnels paramédicaux étant les leviers incontournables à la délivrance de celle-ci :

- Information bénéfice-risques et recherche du consentement du patient lors des actes à risques,
- Recherche du consentement du patient lors des soins,
- Recueil de la personne à prévenir, de la personne de confiance, et des directives anticipées.
- Autorisation de soins (mineurs et majeurs protégés)

Le lien sera établi avec les indicateurs tenus au sein de la Commission des Usagers (CDU), commission qui se réunit 3 fois par an (exemple du nombre de plaintes et réclamations au sujet du manque d'information donné aux patients).

B) Prise en charge de la douleur (Pratique exigible prioritaire et indicateur national)

La Loi Kouchner de mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité su système de santé, reconnait le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne.

Les paramédicaux ont une place centrale et un rôle essentiel dans l'évaluation de la douleur et sa prise en charge. L'évaluation lors du recueil des indicateurs qualités transversaux IPAQSS 2016 de la traçabilité de l'évaluation de la douleur (MCO, SSR et HAD) a montré des résultats à la limite inférieure à la moyenne nationale (78% pour 80% normalement). Le plan d'actions est à mettre en lien avec la Sous-Commission de lutte contre la douleur (SCLUD), le compte-qualité « prise en charge de la douleur » et les référents « douleur » institutionnels.

C) Troubles de l'état nutritionnel (pratique exigible prioritaire et indicateur national)

Une prise de conscience de l'importance de la nutrition à l'hôpital est indispensable pour faire évoluer les cultures et mieux former les professionnels sur les bonnes pratiques. Les troubles nutritionnels concernent l'ensemble de la population mais particulièrement les sujets âgés, les enfants et les patients atteints de troubles psychiatriques ; cela représente 30 à 60% des personnes hospitalisées au Centre Hospitalier. Les résultats des IPAQSS 2016 concernant la traçabilité des Poids, taille, IMC et variation du poids avant l'hospitalisation sont inférieurs au niveau national mais variables selon les secteurs d'hospitalisation.

Le plan d'actions est à mettre en lien avec la Sous-Commission de Liaison Alimentation Nutrition (SCLAN), les diététiciennes de l'établissement et les référents « nutrition ».

D) Dossier transfusionnel renseigné et maitrisé

La formation systématique des infirmiers doit être favorisée, le risque transfusionnel devant être maîtrisé. Les EPP doivent être développées dans ce domaine. Le plan d'actions est à mettre en lien avec la Sous-Commission de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance (SCSTH). L'axe majeur d'amélioration concernant la tenue du dossier transfusionnel est à développer, l'indicateur du Centre Hospitalier étant inférieur à l'indicateur national (63% au lieu de 80%)

E) Evaluation du risque d'escarres

La mise en place de mesures générales de prévention commence dès l'identification des facteurs de risque d'escarres et ce dès l'entrée du patient en hospitalisation pour tous les patients et non pas seulement pour ceux jugés à risque, au moyen d'une échelle d'identification ou d'un jugement clinique; cela concerne l'ensemble des professionnels paramédicaux.

Une enquête de prévalence se déroule tous les deux ans.

Les indicateurs 2016 dans ce domaine au Centre Hospitalier (secteur MCO) sont inférieurs à l'indicateur national (45% au lieu de 80%). Afin de progresser, un lien privilégié sera à développer avec le groupe « plaies et cicatrisation » afin d'améliorer notre score.

Par ailleurs la formation des personnels dans ce domaine est à favoriser impérativement, notamment sur l'évaluation systématique du risque d'escarres, les modalités de traçabilité et les actions de prévention.

F) Sortie du patient (indicateur national)

L'organisation de la sortie du patient et notamment la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge est importante. Les paramédicaux y contribuent fortement. Un projet de compte rendu d'hospitalisation institutionnel est actuellement en cours de déploiement. Une mobilisation de l'ensemble des professionnels est attendue afin d'optimiser sa mise en place.

Les résultats des IPAQS 2016 concernant la qualité du document de sortie, sa remise à J « o » mettent en exergue le risque pour le patient d'une rupture dans son parcours de soins. Un axe d'amélioration co-partagé avec le corps médical, les secrétariats médicaux et paramédicaux est à rechercher d'autant plus que cet indicateur fera partie des points importants du CAQES.

2. Maitrise du risque infectieux (pratique exigible prioritaire et indicateur national)

Ces dernières années, le score agrégé d'ICALIN 2, indicateur de la lutte contre les infections nosocomiales, se maintient en B pour le Centre Hospitalier, notamment grâce à la formation continue des personnels et la réalisation d'audits (précautions standard, enquête de prévalence, DARI, enquêtes ICALIN, ICSHA, INCISO, entretiens des locaux, et bien d'autres). L'établissement participe également chaque année à la Journée Nationale de l'Hygiène des mains.

Les protocoles d'hygiène sont régulièrement mis à jour, ou réalisés en fonction des besoins des services. L'Equipe Opérationnelle d'Hygiène est également consultée, d'une part par les services de soins lors de la mise en place de précautions complémentaires et d'autre part pour les commandes de matériel de bionettoyage ou produits d'entretien. Elle collabore également avec les services techniques pour la surveillance environnementale et travaux.

La maitrise du risque infectieux est une priorité au sein de notre établissement de santé. Les paramédicaux doivent s'impliquer dans la mise en œuvre du programme de maîtrise du risque infectieux en réalisant des actions de surveillance et de prévention de ce risque en collaboration avec la Sous-Commission de Lutte contre les Infections Nosocomiales (SCLIN) , l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) et les référents « hygiène » institutionnels.

Les axes d'amélioration sont répertoriés au sein du programme d'actions annuel et du compte-qualité « gestion du risque infectieux ».

3. Prise en charge médicamenteuse du patient et sécurisation du circuit du médicament (Pratique exigible prioritaire et indicateur national)

L'arrêté du 6 avril 2011 définit les conditions nécessaires à la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé et les contraintes à respecter pour une utilisation sécurisée, appropriée et efficientes du médicament.

Au Centre Hospitalier d'Abbeville, le cadre règlementaire est mis en œuvre dans les conditions suivantes :

- Le système de Management de la Prise En Charge Médicamenteuse (PCEM) via la Politique institutionnelle, le groupe PCEM, la Sous-Commission du Médicament et des dispositifs médicaux Stériles (SCOMEDIMS), et le compte qualité PCEM.
- L'existence d'un référent pharmacien comme responsable du système du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse,
- La Politique institutionnelle de la prise en charge médicamenteuse écrite,
- Le circuit du médicament informatisé (en dehors de la réanimation pour qui l'informatisation devrait aboutir en 2018),
- La mise en place du plan d'actions défini dans le cadre de l'audit « Archimed »,
- La déclaration et l'analyse des erreurs médicamenteuses ou des dysfonctionnements liés à la PCEM via les Comités de retour d'expériences (CREX) , et la Charte d'incitation aux signalements des évènements indésirables.
- Le Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES)

Les formations des personnels infirmiers aux règles sécurisées de la PCEM sont favorisées et doivent être poursuivies. L'évaluation des pratiques professionnelles doit être affirmée et développée.

4. Gérer les risques associés aux soins afin d'éviter les pratiques non conformes

Afin d'éviter en amont la survenue d'Évènement Indésirable Grave (EIG) et de développer la culture du risque chez les paramédicaux, le renforcement des déclarations des EIG et la formation des professionnels aux vigilances et aux risques iatrogènes est à favoriser.

L'inscription dans le développement des Comités de retour d'expériences (CREX), Revue de mortalité et de morbidité (RMM), pédagogie de l'erreur et Évolution des Pratiques Professionnelles (EPP) est à développer car cette culture n'est pas encore suffisamment encrer dans les pratiques.

5. Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge (Pratique exigible prioritaire]

Il existe une politique d'identito-vigilance définie au sein du Centre Hospitalier. Elle doit être connue de tous les professionnels paramédicaux. Le comité d'identito-vigilance se réunit 3 à 4 fois par an et étudie toutes problématiques relevées dans ce domaine. Par ailleurs les fiches d'évènements indésirables liées à cet item sont traitées immédiatement.
La Systématisation des EPP dans ce domaine afin de délivrer l'acte prescrit à la bonne personne doit être développée.

6. Renforcement de la politique Bientraitance

La promotion de la Bientraitance fait partie des orientations prioritaires de l'établissement. Les acteurs institutionnels sont mobilisés depuis plusieurs années autour de ce thème :

- Charte d'engagement pour la Bientraitance depuis 2013
- Procédure « Conduite à tenir en cas de suspicion de maltraitance » en 2013
- Groupe de travail concernant les Chutes : Les chutes doivent faire l'objet de l'attention de tous les professionnels et ce quelles que soient les prises en charge. Il existe un groupe « chutes » au sein du CH qui a du mal à être pérennisé pourtant les chutes font partie des évènements graves les plus fréquents, le CH prenant en charge de nombreuses personnes âgées.
- Groupe de travail concernant les contentions : La pratique de la mise en place de contention parfois nécessaire mais pouvant être à risques, voire maltraitante, doit s'inscrire dans le projet de soin du patient. La connaissance des procédures par les professionnels devra être vérifiée et le développement d'EPP à pérenniser. Un audit institutionnel a été réalisé sur ce sujet en 2017.
- Groupe de travail sur l'incontinence urinaire : Le sujet de l'incontinence urinaire peut être mis en lien avec un risque de maltraitance passive et doit faire l'objet d'une attention particulière auprès des populations prises en charge.

Des formations ont eu lieu en 2017 au sein des unités avec les fournisseurs afin de préserver prioritairement la continence des patients et d'adapter les bons changes aux bons patients en fonction de leur profil pathologique.

L'ensemble de ces processus transversaux seront à évaluer au travers des patients – traceurs organisés dans chaque filière de soins.

IV. Accompagner l'informatisation du dossier de soins sur l'ensemble du Centre Hospitalier pour garantir une meilleure continuité et coordination des soins.

Le dossier patient, dans un établissement de santé, est au **cœur de la prise en charge**. Gage de continuité et de qualité des soins, de coordination entre les différents acteurs, il est le gardien des informations les plus fondamentales concernant la santé du patient (antécédents, allergies, suivi médical et paramédical tout au long de l'hospitalisation, prescriptions…) de son admission à sa sortie.

L'article R. 1112-2 du Code de la Santé Publique (CSP) qui impose la constitution d'un « dossier médical » en détermine également le contenu minimum pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé.

Ce dossier patient inclut aussi bien le dossier de soins que les éléments relatifs à la prise en charge strictement médicale, obstétricale ou chirurgicale.

« Un bon dossier est un dossier complet et bien tenu ».

Actuellement dans notre établissement sous un format papier, totalement informatisé ou mixte, son architecture est hétérogène d'une spécialité à l'autre, d'une unité à l'autre et ne répond que partiellement au contenu réglementaire.

De plus différents logiciels sont utilisés :

- DIAMM
- PHARMA
- SYNAPSE
- DEMSERV
- TIME WISE
- TRAJECTOIRE
- WINREST

« Ce qui est tracé est fait, ce qui n'est pas tracé n'est pas fait ».

Sans la bonne volonté des professionnels de santé et la conviction partagée que la sécurité de la prise en charge passe par une traçabilité fiable, le dossier du patient demeure insatisfaisant et, par la même, source d'erreurs potentiellement dommageables.
Il doit porter la trace de tous les actes prodigués quand bien même ils apparaitraient parfois insignifiants, la seule parole du soignant n'étant pas admise comme mode de preuve. Chaque contrôle doit être tracé, y compris et surtout, lorsque les résultats obtenus sont normaux.

L'outil informatisé doit être facilitateur au service du soin et permettre un partage d'informations accessibles, claires, sans recopiage ni source d'erreurs.
Basé sur le cadre réglementaire et l'état des lieux de notre établissement il convient de poser les 4 objectifs suivants :

- Définir une trame commune du dossier de soins informatisé sur l'ensemble du CH et le mettre en place
- Poursuivre le déploiement et le développement du logiciel PHARMA
- Clarifier les modalités et les niveaux d'habilitation par métiers
- Formaliser et mettre en place la formation des nouveaux arrivants

V. Accompagner sur le plan soignant la mise en œuvre du développement professionnel continu et renforcer les collaborations avec les Instituts de formation.

Confronté depuis plusieurs années à des réorganisations, mutations, et de nombreux défis, le Centre Hospitalier d'Abbeville et ses professionnels ont comme toute entreprise besoin les uns des autres pour s'adapter et rester performants.

En conséquence, il convient de multiplier les possibilités d'accès de tous les paramédicaux à la formation et de leur faciliter des évolutions tout au long de leur vie professionnelle.

Cette adaptation doit commencer dès la formation initiale et se poursuivre tout au long de la vie.

L'histoire de l'humanité montre à l'évidence que le progrès repose sur la transmission des savoirs et savoir-faire de génération en génération, et donc sur la formation. Celle-ci doit viser au développement des compétences à la fois pour faciliter l'insertion et les évolutions professionnelles des individus et améliorer les performances.

Travailler à l'hôpital est une chance car non seulement les métiers y sont nombreux et variés, mais ils sont en perpétuelle évolution.

En formation initiale, pour que l'hôpital soit un cadre propice au développement des compétences, il convient de placer les élèves et étudiants dans une organisation apprenante avec une réelle volonté institutionnelle et un partenariat rapproché avec les Instituts de formation.

Il convient donc de travailler de concert pour créer les conditions favorables au partage d'un projet commun hôpital /instituts. Ce projet pourra se traduire par la formalisation d'outils partagés comme la politique commune d'accueil et d'encadrement des étudiants et élèves et la charte d'encadrement ; ces travaux permettront d'échanger sur les réalités de terrain, d'amener réflexions, informations et expériences conjuguant compétences d'équipes pluri-professionnelles et interdisciplinaires.

La formation professionnelle tout au long de la vie doit être une réelle volonté institutionnelle.

Au Centre Hospitalier d'Abbeville, les besoins sont exprimés lors des entretiens de formation annuels cadres/agents. La formation doit être un axe stratégique du projet de soins partagé institutionnellement avec le projet social.

La formation continue a pour objectif de garantir, de maintenir ou de parfaire les connaissances et les compétences en vue d'assurer :

- L'adaptation immédiate au poste de travail,
- L'adaptation à l'évolution prévisible des emplois
- Le développement et l'acquisition de connaissances ou compétences.

La mise en place du développement professionnel continu des professionnels de santé a pour objectif l'amélioration de la sécurité des soins et du patient.

Afin de contribuer à la performance du dispositif, les pôles d'activité via l'encadrement peuvent proposer des programmes de DPC, les faire valider et les communiquer auprès des professionnels. Les thématiques doivent correspondre aux orientations prioritaires pour les différents métiers en privilégiant des actions pluri-professionnelles en lien avec les orientations nationales.

Chaque année, la Direction des Ressources Humaines, la Coordination Générale des Soins et les organisations syndicales, se réunissent et travaillent de concert à l'élaboration du Plan de Formation Continue de l'établissement, plan présenté ensuite aux différentes instances.

Notre projet est de pourvoir intégrer au sein de l'établissement des professionnels bien formés dès la sortie des instituts, puis de continuer à développer leurs compétences tout au long de leur carrière et nous nous efforcerons de pouvoir gager sur ces postulats.

CONCLUSION

Afin de mettre en œuvre le projet de soins 2018 / 2022 au Centre Hospitalier d'Abbeville, il est nécessaire à partir des objectifs fixés et après validation de ceux-ci aux instances de l'établissement de:

- Poursuivre la mise en œuvre de la politique de soins de l'établissement,
- Suivre les calendriers de travail que tous se sont donnés afin de répondre aux objectifs fixés par action.

Cette méthodologie offre l'opportunité à tous de s'approprier la démarche, de s'y impliquer complètement.

Elle donne aussi l'occasion d'admettre que les différents pôles et donc unités n'ont pas les mêmes préoccupations, voire les mêmes besoins et que toutes ne sont pas au même stade dans les objectifs à atteindre.

La Coordination générale des soins se garde la possibilité d'influer, d'impulser certaines actions pour conduire l'ensemble des pôles vers des objectifs tournés vers la qualité.

Afin de maintenir la dynamique de mise en œuvre, il est indispensable de mettre en place le suivi et l'évaluation des actions projetées et d'en assurer la communication des points d'étape et de réalisation.

Pour se faire, des indicateurs ont été définis pour améliorer les modalités d'évaluation et pour assurer un meilleur suivi des actions engagées.

Le projet a une valeur d'engagement.

L'encadrement s'engage à mettre en œuvre les plans d'actions déterminés.

La Coordination générale des soins s'engage à suivre chaque année la réalisation effective des objectifs définis par pôle et ce au travers des rapports d'activités qui comporteront une partie "suivi du projet de soins".

Ce projet n'a pas vocation à rester figé. Il doit rester adapté à l'activité du Centre Hospitalier, aux évolutions techniques, médicales et / ou réglementaires.

BIBLIOGRAPHIE

- Projet de Soins et Projet Médical partagé 2016-2021 GHT “Somme Littoral Sud “
- Décret n° 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des professionnels de santé paramédicaux
- Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la Fonction Publique Hospitalière
- Fiche Méthode HAS : L’encadrement de stage/Maitrise de stage/Tutorat
- Parent F et Jouquan J : Penser la formation des professionnels de santé, une perspective intégrative
- Communiqué de Presse du 1/9/2017 : Formations paramédicales et de maïeutique dans l’université: Agnès Buzyn et Frédérique Vidal

LISTE DES ANNEXES

- La Politique de Soins du Centre Hospitalier d’Abbeville
- Les 5 plans d’action et leurs fiches correspondantes :
    - Donner de la lisibilité aux parcours patients : du territoire prescrit (GHT) aux parcours réels des patients pris en charge au centre hospitalier d’Abbeville
    - Développer la coordination médecins/soignants pour une prise en charge efficiente au service du patient garantissant qualité et sécurité des soins
    - S’inscrire dans une démarche continue d’amélioration de la qualité des soins et de prévention des risques évitables liés aux soins en poursuivant toutes les actions engagées dans ce sens
    - Accompagner l’informatisation du dossier de soins sur l’ensemble du centre hospitalier pour garantir une meilleure continuité et coordination des soins
    - Accompagner sur le plan soignant la mise en œuvre du développement professionnel continu et renforcer les collaborations avec les Instituts de formation

LISTE DES PARTICIPANTS A L'ECRITURE DU PROJET DE SOINS

- **Donner de la lisibilité aux parcours patients : du territoire prescrit (GHT) aux parcours réels des patients pris en charge au Centre Hospitalier d'Abbeville pour 7 filières de soins:**

Pôle ARU : Filière Urgence / AVC :

- **Docteur Michel Kfoury**, Praticien Hospitalier, Président CME et Chef de Service SAU
- **Docteur Valérie Gogibus**, Praticien Hospitalier SAU
- **Docteur Mathias Canaple**, Praticien Hospitalier, Responsable de l'Unité neuro-vasculaire
- **Frédéric Dupuis**, Cadre supérieur de santé - Pôle ARU, Bloc, Consultations
- **Véronique Deguine**, Cadre supérieur de santé – Pôle médical
- **Aline Deltour**, Cadre de santé - Unité Neuro-vasculaire
- **Natacha Dupont**, Cadre de santé - Consultations
- **Alain Bricheux**, Cadre de santé –Formateur IFSI
- **Alexandra Quennehen,** cadre apprenant SAU/ SMUR
- **Virginie Duriez –** IDE consultations
- **Virginie Gressent –** IDE consultations

Pôle médical : Filière Gériatrie / SSR :

- **Docteur Maya Roucout**, Praticien Hospitalier – Unité court séjour gériatrique, EMG
- **Docteur Berami,** Praticien Hospitalier – Unité court séjour gériatrique
- **Véronique Deguine**, Cadre supérieure de santé – Pôle médical
- **Laurent Douchin,** Cadre supérieur de santé EHPAD
- **Sophie Guilbert,** Cadre de santé EHPAD G Dumont
- **Lucie Trouart**, Cadre de santé EHPAD G Dumont
- **Corinne Dégardin,** Cadre de santé EHPAD Centre de Gérontologie
- **Sébastien Thueux,** Cadre de santé SSR Centre de Gérontologie
- **Séverine Fournier**, Cadre apprenant Court Séjour Gériatrique
- **Isabelle Froideval,** IDE EMG
- **Sandrine Ropital,** IDE EMG et Consultation Mémoire

Pôle médico chirurgical : Filière Chirurgie/ Bloc/UMCA :

- **Docteur Serge Redeker**, Praticien Hospitalier, Chef du pôle médico-chirurgical, Coordonnateur UMCA
- **Docteur Amor Souissi ,** Praticien Hospitalier, Chef du Pôle ARU
- **Catherine Petit**, Cadre supérieure de santé – Pôle médico-chirurgical
- **Frédéric Dupuis**, Cadre supérieur de santé - Pôle ARU, Bloc, Consultations
- **Yannick Barbier,** Cadre de santé - Bloc opératoire
- **Céline Bourgois,** Cadre de santé – Unité médico chirurgicale ambulatoire
- **Natacha Dupont,** Cadre de santé – Consultations
- **Lucile lefebvre,** Cadre de santé –Unité de chirurgie viscérale, spécialités et médecine programmée
- **Laurent Prince,** Cadre de santé – Unité de chirurgie urologique et orthopédique

Filière Cancérologie :

- **Docteur Olivier Leleu**, Praticien Hospitalier, Chef du Pôle médical
- **Docteur Serge Redeker,** Praticien Hospitalier, Chef du pôle médico-chirurgical, Coordonnateur UMCA
- **Catherine Petit**, Cadre supérieure de santé – Pôle médico-chirurgical
- **Viviane Auditeau**, Cadre supérieure de santé - Coordination générale de soins
- **Céline Bourgois,** Cadre de santé – Unité médico chirurgicale ambulatoire
- **Evelyne Carlier**, Cadre de santé – Pneumologie
- **Lucile Lefebvre,** Cadre de santé –Chirurgie Viscérale, Spécialités et médecine programmée
- **Laurent Prince,** Cadre de santé **–** Chirurgie urologique et orthopédique
- **Aline Grébouval**, Cadre de santé, Pharmacie
- **Sabine Broquet,** Cadre de santé - Formatrice IFSI
- **Amélie Elie,** Cadre apprenant – Gastroentérologie
- **Stéphanie Marquant,** IDE Référente Médecine physique et réadaptation et UMSP
- **Sarah Halluin**, Psychologue – Centre de Coordination en Cancérologie
- **Alizée Deraule**, IDE- Centre de Coordination en Cancérologie
- **Catherine Boullenger**, Diététicienne

Pôle femme-enfant : Filière Femme/couple/enfant :

- **Docteur Sabine Deswarte,** Praticien Hospitalier, Chef du pôle femme/ enfants
- **Docteur Céline Ségard**, Praticien Hospitalier, Responsable de service Pédiatrie
- **Agnès Lion,** Cadre supérieure de santé – Pôle femme-enfants
- **Marie-Cécile Colle**, Cadre de santé – Unités de néonatologie et pédiatrie
- **Perrine Courtois**, Sage-femme Référente – Unité de maternité

Pôle Psychiatrique : Filière Santé mentale :

- **Bénédicte Louvion**, Cadre supérieure de santé – Pôle psychiatrie
- **Murielle Dheilly,** Cadre de santé **–** HDJ, CATTP psychiatrie
- **Karine Boscolo,** Cadre de santé Psychiatrie 7ème secteur
- **Jean Philippe Trabouillet,** Cadre de santé Psychiatrie 6ème secteur
- **Séverine Martel,** Cadre de santé, Pédopsychiatrie
- **Sébastien Antège** – Cadre de santé - formateur IFSI
- **Sophie Delaporte,** IDE CATTP
- **Corinne Tomaszewski,** IDE CATTP
- **Muriel Koch,** IDE Psychiatrie 7ème secteur (psy A)
- **Valérie Angrand,** IDE 6ème secteur
- **Angélique Godin,** IDE 6ème secteur
- **Virginie Fromentin,** IDE 6ème secteur (psy B)
- **Natacha Mithouard, IDE 6ème secteur**
- **Dorothée Dumont,** IDE 7ème secteur
- **Laurence Aurivel,** IDE 7ème secteur
- **Audrey Beauvisage,** étudiante IFSI
- **Pauline Galhaut,** étudiante IFSI

Pôle médico-technique : Filière Laboratoire/Imagerie médicale/Pharmacie :

- **Sophie Couriat,** Praticien Hospitalier –Chef du Pôle Médicotechnique
- **Souad Souissi,** Praticien Hospitalier, Responsable Imagerie Médicale
- **Anne-France Dudermel,** Praticien Hospitalier, Responsable Laboratoire
- **Frédéric Leriche**, Cadre supérieur de santé – Pôle médico-technique
- **Françoise Pavie**, Cadre de santé - Laboratoire
- **Virginie Dufour**, Cadre de santé– Imagerie médicale
- **Aline Grébouval,** Cadre de santé – Pharmacie*

➢ **Développer la coordination médecins/soignants pour une prise en charge efficiente au service du patient garantissant qualité et sécurité des soins :**

- **Docteur Antoine Rivière**, Praticien Hospitalier, Responsable Réanimation
- **Docteur Michel Kfoury**, Praticien Hospitalier, Président CME et Chef de Service SAU
- **Frédéric Dupuis**, Cadre supérieur de santé - Pôle ARU, Bloc, Consultations
- **Véronique Deguine**, Cadre supérieure de santé – Pôle médical
- **Catherine Gourlay**, Cadre de santé Réanimation – service mortuaire
- **Karine Hautbout,** Cadre de santé cardiologie-USIC- pôle prévention
- **Sabine Candillier,** IDE réanimation
- **Alexandra Gentet,** Aide-soignante réanimation

➢ **S'inscrire dans une démarche continue d'amélioration de la qualité des soins et de prévention des risques évitables liés aux soins en poursuivant toutes les actions engagées dans ce sens :**

- **Docteur Serge Redeker**, Praticien Hospitalier, Chef du Pôle médico-chirurgical, Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins
- **Catherine Petit**, Cadre supérieure de santé – Pôle médico-chirurgical
- **Edith Zechser**, Directrice / Coordinatrice générale des soins
- **Aurélie Lecoeur**, Ingénieur Qualité, gestionnaire de risques

➢ **Accompagner l'informatisation du dossier de soins sur l'ensemble du Centre Hospitalier pour garantir une meilleure continuité et coordination des soins :**

- **Viviane Auditeau**, Cadre supérieure de santé à la Coordination générale de soins
- **Agnès Lion,** Cadre supérieure de santé – Pôle femme-enfants

➢ **Accompagner sur le plan soignant la mise en œuvre du Développement Professionnel Continu et renforcer les collaborations avec les Instituts de formation :**

- **Edith Zechser**, Directrice / Coordinatrice générale des soins
- **Nathalie Poilly**, Cadre supérieure de santé à la Direction de l'IFSI/ IFAS
- **Catherine Fivet**, Directrice Adjointe chargée des Ressources Humaines
- **Lise Thibaut,** Adjoint des cadres – chargée de la formation à la DRH
- **Vanessa Delavalle**, Agent administratif - chargée de la formation à la DRH

LA POLITIQUE DE SOINS

La politique de soins du Centre Hospitalier d'Abbeville prend en compte la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire, la loi du 04 mars 2002, les orientations du CPOM et s'appuie sur le manuel de certification V2014 pour mettre en œuvre différentes actions selon les axes suivants :

Droits et parcours du patient,
Coordination et complémentarité avec les autres professionnels,
Dossier patient,
Qualité et gestion des risques,
Management.

Face au contexte socio –économique et politique, le Centre Hospitalier d'Abbeville a dû s'adapter au changement, plus que jamais ses valeurs sont présentes et imprègnent fortement les comportements soignants.

Nous nous attachons à promouvoir :

- Les compétences, attitudes et les comportements des agents (bientraitance, respect de l'intimité, …)
- Le développement des formations liées aux prises en charge spécifiques de soins (cancérologie, filière gériatrique, psychiatrique,..)
- La communication interne (interservices et intra-service)
- La communication externe (développement des réseaux..)

Nos principes généraux sont les suivants :

- faire de l'amélioration de la prise en charge et de la satisfaction des usagers une préoccupation permanente, plaçant le patient au centre de nos préoccupations, en favorisant son adhésion au projet personnalisé de soins,

- affirmer l'importance de la dimension de la sécurité des soins et faire de la réduction des risques liés aux activités médicales et de soins et à l'organisation, une préoccupation permanente,

- garantir l'amélioration de nos pratiques et de la performance de nos organisations par l'utilisation d'une méthodologie rigoureuse et partagée entre les professionnels, qui privilégie l'approche transversale ;

- diffuser et développer une véritable culture de la qualité et de la sécurité des soins partagée par tous les acteurs et prenant appui sur une dynamique d'évaluation collective.

Intitulé de l'orientation stratégique : **Donner de la lisibilité aux parcours patients : du territoire prescrit (GHT) aux parcours réels des patients pris en charge au Centre Hospitalier d'Abbeville pour la Filière gériatrique/SSR**	**N° de Fiche Action** AXE 1.2.1 Filière de soins

	Intitulé de l'objectif
Objectif	Améliorer la continuité de prise en charge de la personne âgée en optimisant les transmissions d'informations entre les différentes structures d'accueil

Approche opérationnelle
- Réévaluer la fiche de liaison existante et réajuster le document en regard des exigences réglementaires

Contexte : Rupture de prise en charge de la personne âgée par défaut de transmissions entre les différentes structures
Ré hospitalisation inutile

Enjeux : Améliorer la qualité de prise en charge de la personne âgée
Prise en charge adaptée pour les professionnels par une meilleure connaissance de la PA accueillie

Référentiels et / ou textes réglementaires :
DLU juin 2015 HAS
CAQES (rupture de prise en charge)
Compte qualité parcours patient
IPAQSS
Référentiel certification HAS

Acteurs ciblés : cadre supérieur du pôle, cadre de santé de l'unité, personnels paramédicaux et médicaux **….**

Risques principaux identifiés :
Défaut de la prise en charge de la personne âgée Hospitalisation inappropriée Augmentation de la DMS (risque liée à l'augmentation de l'hospitalisation pour la PA, impact financier)

Indicateurs de résultat
- Nombre de FEI en lien avec un défaut de PEC - Nombre de fiches de liaison réalisées par unité (réalisation d'audits)

Calendrier de travail

Descriptif des actions :	***Année***	***Échéancier***												***Pilote***
		J	*F*	*M*	*A*	*M*	*J*	*J*	*A*	*S*	*O*	*N*	*D*	
Réévaluer la fiche de liaison existante	*Fin 2018*												X	Les cadres supérieurs et de proximité Equipe paramédicale
Réajuster la fiche de liaison avec les différents partenaires	*2019*							X						
Evaluer le document de liaison créé	*2020*												X	
Audit à réaliser	*2021*												X	

Intitulé de l'orientation stratégique : **Donner de la lisibilité aux parcours patients : du territoire prescrit (GHT) aux parcours réels des patients pris en charge au Centre Hospitalier d'Abbeville pour la Filière gériatrique /SSR**	**N° de Fiche Action** AXE 1.2.2 Filière de soins

	Intitulé de l'objectif
Objectif	Mener une réflexion professionnelle sur les restrictions de liberté d'aller et venir

Approche opérationnelle
- Faire de la contention une méthode de soins de dernier recours en développant les alternatives

Contexte : Banalisation de la mise en place de la contention par les équipes pluridisciplinaires

Enjeux : Eviter les effets iatrogènes de la contention
Respecter les droits des patients

Référentiels et / ou textes réglementaires :
La Constitution
Loi du 2 janvier 2002 et 4 mars 2002
Charte de la personne âgée
Loi Santé 2016- Recommandations de l'ANAES, Octobre 2000

Acteurs ciblés : cadre supérieur du pôle, cadre de santé de l'unité, personnels paramédicaux et médicaux ….

Risques principaux identifiés :
Rapport bénéfice/risque mal évalué
Risques iatrogènes pour la PA

Indicateurs de résultat
- Respect des critères de prescription HAS (Audit dossier à réaliser) - Nombre de prescriptions de contention argumentées par audit de dossier - Nombre d'agents formés à la « bonne utilisation » des contentions

Calendrier de travail

Descriptif des actions :	Année	Échéancier												Pilote
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Resensibiliser les médecins à la prescription informatique après avoir évalué le bénéfice / risque en équipe pluridisciplinaire	Fin 2018												X	Les cadres supérieurs et de proximité Equipe médicale et paramédicale
Former les agents aux bonnes pratiques des contentions	2019												X	
Réaliser des audits dossiers	2020												X	
	2021													
	2022													

Intitulé de l'orientation stratégique : **Donner de la lisibilité aux parcours patients : du territoire prescrit (GHT) aux parcours réels des patients pris en charge au Centre Hospitalier d'Abbeville pour la Filière gériatrique /SSR**	**N° de Fiche Action** AXE 1.2.3

	Intitulé de l'objectif
Objectif	Eviter la perte d'autonomie de la personne âgée liée à l'hospitalisation

Approche opérationnelle
- Prévenir la dépendance à l'hôpital de la personne âgée - Réduire la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation en intégrant des pratiques adaptées aux besoins spécifiques des personnes âgées

Contexte : 30% des personnes de plus de 70 ans perdent la capacité à réaliser une ou plusieurs activités de la vie quotidienne lors d'une hospitalisation

Enjeux :
Diminution de la durée d'hospitalisation
Favoriser le retour à domicile
Respect de la dignité et qualité de la prise en charge de la personne âgée

Référentiels et / ou textes réglementaires :
Note méthodologique HAS sur prévenir la dépendance iatrogène
CNPG Collège national professionnel de gériatrie

Acteurs ciblés : cadre supérieur du pôle, cadre de santé de l'unité, personnels paramédicaux et médicaux ….

Risques principaux identifiés :
Risque de dépendance iatrogène, retour à domicile impossible, allongement de l'hospitalisation.

Indicateurs de résultat
Nombre d'agents formés à l'utilisation de l'échelle ADL Nombre d'échelles ADL élaborées Nombre de situations à risque détectées Nombre de plan personnalisé réalisé

Calendrier de travail

Descriptif des actions :	Année	Échéancier												Pilote
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Former le personnel à l'utilisation de l'échelle ADL pour évaluer le statut fonctionnel du patient	2018												X	Les cadres supérieurs et de proximité
Former le personnel à évaluer les situations à risque de dépendance iatrogène	2019												X	
Elaborer un plan de prévention personnalisé pour le patient à risque en équipe	2020												X	

Intitulé de l'orientation stratégique : **Donner de la lisibilité aux parcours patients : du territoire prescrit (GHT) aux parcours réels des patients pris en charge au Centre Hospitalier d'Abbeville pour la filière Chirurgie / Bloc /UMCA**	**N° de Fiche Action** AXE 1.3 Filière de soins

	Intitulé de l'objectif
Objectif	Fluidifier et améliorer le parcours du patient en chirurgie aux différentes étapes de sa prise en charge

Approche opérationnelle

Contexte :

- L'injonction des tutelles
- Le partenariat entre les établissements de santé du GHT
- Le projet médical du CHA
- Le projet stratégique 2017-2018
- Le projet de modernisation

Enjeux :

- Assurance d'une continuité dans les prises en charges des patients
- Développement de la chirurgie ambulatoire
- Réponse aux attentes des patients – Attractivité et fidélisation
- Enjeux économiques en lien avec l'autofinancement du plan de modernisation
- Développement des compétences des personnels

Référentiels et / ou textes réglementaires :

- Recommandations des bonnes pratiques en chirurgie ambulatoire – décret n°2012-969 du 20 aout 2012 et HAS mars 2013
- Recommandations de la société française d'hygiène hospitalière (préparation de l'opéré)
- Recommandations de la société française d'anesthésie réanimation (critères d'éligibilité) – l'anesthésie du patient en ambulatoire- congrès SFAR 2009/2010
- Circuit du médicament en chirurgie programmée –référentiel d'évaluation des bonnes pratiques – HAS
- Circuit du médicament -prise en charge médicamenteuse- HAS 23/6/2009 – tous les textes / version 59
- Texte RH anesthésie/Bloc – mise en adéquation des RH à l'organisation au bloc opératoire – ANAP

Acteurs ciblés :
Coordination générale de soins, encadrement supérieur et de proximité, tous les personnels paramédicaux et médicaux

Risques principaux identifiés :
• Désorganisation des services – perte, voire arrêt d'activité • Perte d'attractivité pour l'établissement • Non réalisation du projet de modernisation • Epuisement professionnel

Indicateurs de résultat
▪ Nombre de fiches administratives scannées dans DIAMM ▪ Nombre de conversion en hospitalisation complète pour le motif de non-respect des critères d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire ▪ Taux de chirurgie ambulatoire foraine ▪ Nombre de FEI (non-respect de la procédure de la préparation de l'opéré, identito-vigilance) ▪ Photos qualité ▪ Nombre de brancardage assuré par les équipes après 17h30 et le WE ▪ Nombre d'ISO (enquête) ▪ Nombre de CREX en chirurgie-anesthésie ▪ Nombre de personnels formés à la chirurgie ambulatoire, optimisation BO-UMCA-CS, nouvelles activités chirurgicales

Calendrier de travail														
Descriptif des actions :	**Année**	**Échéancier**												**Pilote**
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Remettre le passeport ambulatoire ou livret d'accueil avec fiche de données administrative dès la consultation	2018 à 2022			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Respecter les critères d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire	2018 à 2022	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Mettre en place la procédure de chirurgie reportée	2018 à 2022			X										
Respecter la procédure de la préparation de l'opéré	2018 à 2022	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Informatiser la prescription médicale en CPA	2018 à 2022					X								
Assurer un brancardage du patient coordonné et sécurisé	2018 à 2022	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Evaluer la check-list de l'opéré au bloc opératoire	2019 et 2021			X							X			
Anticiper la sortie avec un éventuel recours au SSR et HAD facilité pour la chirurgie conventionnelle et une sortie à domicile pendant les heures d'ouverture de la chirurgie ambulatoire.	2018 à 2022	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Permettre le développement des compétences par le biais de formations (chirurgie ambulatoire, nouvelles activités,…	2018 à 2022	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

Intitulé de l'orientation stratégique : **Donner de la lisibilité aux parcours patients : du territoire prescrit (GHT) aux parcours réels des patients pris en charge au Centre Hospitalier d'Abbeville pour la filière Cancérologie**	**N° de Fiche Action** AXE 1.4.1 Filière de soins

	Intitulé de l'objectif
Objectif 1	Renforcer l'information du patient pour optimiser son parcours en cancérologie

Approche opérationnelle
Mettre en place un accompagnement basé sur l'ensemble des besoins de la personne et de ses proches tout en tenant compte de l'impact de la maladie sur sa vie personnelle, pendant et après la maladie.

Contexte :
- Manque de sensibilisation des professionnels aux actions de dépistage, et peu d'adhésion des usagers aux campagnes de dépistage
- Projet médical du centre hospitalier
- Peu de consultations d'annonce IDE réalisées
- Augmentation du nombre de patients sous chimiothérapie orale
- PPAC inexistant dans l'établissement

Enjeux : Donner aux personnes atteintes de cancer tous les moyens de participer pleinement à leur prise en charge

Référentiels et / ou textes réglementaires :
Plans cancers, réseau Onco Haut de France, 3C Abbevillois, HAS,CIRCULAIRE N°DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005relative à l'organisation des soins en cancérologie, Décret no 2007-389 du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer, Décret no 2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)

Acteurs ciblés : cadres supérieurs de pôle, cadres de santé des unités, service social, personnels paramédicaux et médicaux ….

Risques principaux identifiés :
Perte de chance pour le patient
Perte d'autorisation d'activité en cancérologie

Indicateurs de résultat
- Nombre de professionnels participants aux actions de prévention et de dépistage - Nombre de consultations d'annonce IDE réalisées - Nombre de patients ayant bénéficié d'une information relative à la chimiothérapie orale - Nombre de PPAC remis

Calendrier de travail

Descriptif des actions :	Année	Échéancier												Pilote
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Sensibiliser les professionnels et les usagers à l'importance du dépistage	2018 à 2022	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Augmenter le nombre de CS annonce paramédicale	2018 à 2022												X	
Développer et mettre en place l'éducation des patients pour les chimiothérapies orales	2019 à 2022													
Mettre en place le PPAC	2019												X	

Intitulé de l'orientation stratégique : **Donner de la lisibilité aux parcours patients : du territoire prescrit (GHT) aux parcours réels des patients pris en charge au Centre Hospitalier d'Abbeville pour la filière Cancérologie**	**N° de Fiche Action** AXE 1.4.2 Filière de soins

	Intitulé de l'objectif
Objectif 2	Optimiser la communication entre les différents acteurs de la prise en charge en cancérologie et envers les usagers

Approche opérationnelle
Améliorer la communication interne et externe

Contexte :
- Projet médical du centre hospitalier
- Nombreuses prise en charge en ambulatoire et multi sites
- Pluridisciplinarité incontournable
- Peu de lisibilité de notre offre de soins en cancérologie

Enjeux :
- Evaluer l'adéquation entre les besoins et l'offre de soins
- Limiter les pertes d'informations et mieux anticiper les situations à risque
- Renforcer l'accès aux soins de support

Référentiels et / ou textes réglementaires :
Plans cancers, réseau Onco Haut de France, 3C Abbevillois, HAS,CIRCULAIRE N°DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005relative à l'organisation des soins en cancérologie,Décret no 2007-389 du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer, Décret no 2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)

Acteurs ciblés : cadres supérieurs de pôle, cadres de santé des unités, service social, personnels paramédicaux et médicaux ….

Risques principaux identifiés :
- Augmentation des délais de prise en charge
- Perte de chance pour le patient

Indicateurs de résultat
- Nombre de RCP de support - IPAQS RCP - Nombre d'audits de dossier et Patient traceur

Calendrier de travail

Descriptif des actions :	Année	Échéancier												Pilote
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Rendre visible l'offre de soins du centre hospitalier d'Abbeville	2018												X	
Améliorer la coordination ville-hôpital et les échanges d'informations entre tous les professionnels qui interviennent dans le parcours du patient	2018 2022	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Mettre en place une RCP soins de support	2018										X			

Intitulé de l'orientation stratégique : **Donner de la lisibilité aux parcours patients : du territoire prescrit (GHT) aux parcours réels des patients pris en charge au Centre Hospitalier d'Abbeville pour la Filière femme/ couple/enfants**	**N° de Fiche Action** AXE 1.5.1 Filière de soins

	Intitulé de l'objectif
Objectif	- Former les professionnels à la réanimation en salle de naissance, à l'interprétation du rythme cardiaque fœtal et prise en charge de l'HPP (sage-femme) - Etre capable de délivrer des soins aux enfants en tenant compte de leurs spécificités (nouveau-né, nourrisson, enfant et adolescent - Former aux soins de développement et projet de labellisation IHAB (soutien à la parentalité et promotion de l'allaitement maternel) - Optimiser la place de l'adolescent hospitalisé - Poursuivre les RMM/CREX en associant l'ensemble des acteurs - Réactualiser les procédures en lien avec le projet médical - Participer à l'informatisation du dossier obstétrical, gynécologique et de consultation pédiatrique

Approche opérationnelle
- Formaliser un cadre sécuritaire autour des pratiques de soins

Contexte :
- Secteur à risque nécessitant des compétences solides, réactualisées et optimisées dans les différentes étapes du parcours patient.
- Nécessité d'une évaluation régulière (IPAQSS, Photo qualité).
- Informatisation du dossier hétérogène sur le pôle

Enjeux : Optimisation des différentes prises en charge et bonne tenue du dossier patient.

Référentiels et / ou textes réglementaires :
- Indicateurs IPAQSS et HAS
- Charte de l'enfant et du patient hospitalisé.
- Décret de périnatalité 1998

Acteurs ciblés : Cadre supérieur de pôle, cadres des unités, personnels médicaux et paramédicaux, AMA.

Risques principaux identifiés :
- Organisation des formations compte tenu de l'absentéisme.
- Engagement des professionnels dans l'analyse de dossiers (HPP..)

Indicateurs de résultat
- Nombre de professionnels formés. - Nombre de photos qualités réalisées et axes d'amélioration - Nombre de procédures réactualisées - Nombre de professionnels présents aux RMM/CREX - Suivi des questionnaires de satisfaction.

Calendrier de travail

Descriptif des actions :	Année	Échéancier												Pilote
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Formation réa bébé	2018						X							Cadre sup et cadres et Dr Karzazi
E-learning du Rythme cardiaque fœtal	2018						X							Cadre sup et SF Coordonnatrice
Réactualisation des procédures sur l'ensemble du pôle et intégration dans la base documentaire.	2018												X	Cadre sup, cadres, pédiatres et gynéco-obstétriciens
Informatisation du dossier gynéco et obstétrical et du dossier de consultations pédiatriques.	2019												X	Gynécologues obstétriciens, cadre sup, cadres, UDDOP et SIO
Labellisation IHAB	2022												X	Cadre sup et cadres

Intitulé de l'orientation stratégique : **Donner de la lisibilité aux parcours patients : du territoire prescrit (GHT) aux parcours réels des patients pris en charge au Centre Hospitalier d'Abbeville pour la Filière femme/ couple/enfants**	**N° de Fiche Action** AXE 1.5.2 Filière de soins

	Intitulé de l'objectif
Objectifs	- Favoriser le lien avec l'extérieur en partenariat avec le service social et l'équipe de pédopsychiatrie de liaison (ASE, Education Nationale, PMI) - Impliquer l'ensemble des professionnels dans le projet de modernisation - Développer les consultations spécifiques (avec éducation thérapeutique de l'enfant et de sa famille, enfants vulnérables,..) et favoriser l'attractivité (identifier le taux de fuites vers d'autres centres, développer les consultations sage-femme in situ, voire sur d'autres sites) et optimiser notre site internet. - Poursuivre les liens avec les sages-femmes libérales (en anténatal, le Prado)

Approche opérationnelle
- Favoriser l'attractivité, la continuité des soins et la prévention de la population accueillie.

Contexte :
- Diminution du nombre d'accouchements (population vieillissante et baisse du taux de natalité).
- Effectifs médicaux en baisse actuellement.
- Nécessité de répondre aux normes sécuritaires (urgences pédiatriques contiguës au urgences adultes et bloc obstétrical contigu au bloc opératoire) et de s'engager dans un plan de modernisation.
- DMS à reconsidérer en favorisant une sortie « étayée ».

Besoins spécifiques d'une population jeune à prendre en considération.

Enjeux : Apporter une réponse adaptée et individualisée à la population concernée.

Référentiels et / ou textes réglementaires :
- Décret de périnatalité de 1998
- Charte de l'enfant hospitalisé
- Recommandations de bonnes pratiques HAS « Sortie de maternité après accouchement » Mars 2014
- Recommandations ANAES Adolescents suicidants Novembre 1998

Acteurs ciblés : Cadre supérieur de santé, Cadre supérieur socio-éducatif, cadres de santé, professionnels médicaux et paramédicaux, Assistantes sociales, Direction des travaux de la logistique et des achats.

Risques principaux identifiés :
Difficulté à obtenir une attractivité plus importante (effectifs médicaux compliqués actuellement, attractivité du CHU, du CHAM..)

Indicateurs de résultat
- Suivi du nombre d'accouchements et du nombre de suivis des parturientes. - Nombre de consultations spécifiques (avec éducation thérapeutiques et SF). - Suivi des chiffres du PRADO maternité. - Nombre de réunions et de professionnels autour du projet de modernisation. - Nombre de réunions pluridisciplinaires (pédo-sociale- pédopsychiatriques) - Nombre de visiteurs sur le site internet

Calendrier de travail

Descriptif des actions :	**Année**	**Échéancier**												**Pilote**
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Participation aux réunions projet de modernisation (besoins en matériel, signalétique…)	2018						X							Cadre sup et cadres et Dr Karzazi
Elaborer un projet de mise en place de consultations spécifiques avec éducation thérapeutique	2018						X							Cadre sup et SF Coordonnatrice
Optimiser le travail en lien avec les sages-femmes libérales (formalisation de réunions)	2018						X							Cadre sup, cadres, pédiatres et gynéco-obstétriciens
Modernisation du site internet	2020												X	Gynécologues obstétriciens cadre sup, cadres, UDDOP et SIO

Intitulé de l'orientation stratégique :	N° de Fiche Action
Donner de la lisibilité aux parcours patients : du territoire prescrit (GHT) aux parcours réels des patients pris en charge au Centre Hospitalier d'Abbeville pour la Filière santé mentale	AXE 1.6 Filière de soins

	INTITULE DE L'OBJECTIF
Objectif	- Optimiser la prise en charge des patients à travers la formalisation des projets de soins individualisés (PSI) en psychiatrie adulte et projet personnalisé d'interventions (PPI) en pédopsychiatrie au centre hospitalier d'Abbeville.

Approche opérationnelle

- Constituer deux groupes de travail de professionnels paramédicaux : le premier en psychiatrie adulte et le second en pédopsychiatrie.
- Clarifier le sens du projet de soins individualisé et établir un référentiel commun en répondant aux questions du QQOQCP :
  o Pourquoi le mettre en place ?
  o A quoi cela correspond ?
  o Quand le rédiger ? Quand l'évaluer ?
  o Comment le tracer ? et Où ?
  o Quel moyen ?...
- Elaborer un support qui devra s'intégrer au dossier patient

Contexte :
L'élaboration du projet de soins 2018-2022 est l'opportunité pour la filière santé mentale du CH Abbeville de faire un état des lieux en matière d'amélioration de la prise en charge des patients.
Pour répondre aux problématiques inhérentes à la complexité à la fois de la maladie des usagers et à leurs attentes de maintien dans la société, l'intervention de l'équipe pluridisciplinaire est primordiale. Elle doit s'inscrire dans un parcours de soins coordonnée entre les professionnels. Mettre en œuvre des actions pour éviter les ruptures de lien.
Répondre à la politique d'amélioration du parcours du patient en termes d'évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient.
Mieux soigner en connaissant le patient, en reconnaissant sa maladie et en privilégiant une lecture clinique de son histoire L'objectif est de renforcer la place et le rôle du patient dans sa prise en charge, lui permettre d'être le plus possible acteur de son parcours en s'appuyant sur ses ressources personnelles et environnementales.
Cette démarche a pour ambition de faciliter l'alliance thérapeutique, de préparer et organiser le suivi lors de l'hospitalisation et d'appréhender au mieux la sortie et la prise en charge ambulatoire ou vers une autre structure.
Cette démarche passe par la formalisation des projets de soins individualisés ou de projets personnalisés d'interventions.

Enjeux :
Mettre en place une organisation de prise en charge réclamant une collaboration pluridisciplinaire.

Prendre en compte les besoins du patient, le positionner ainsi que son entourage comme acteur de sa prise en charge. Rassembler les professionnels vers un même but. Mettre du sens aux pratiques. Répondre aux exigences de traçabilités

Référentiels et / ou textes réglementaires : Référentiel certification HAS critère 17a Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux auxiliaires médicaux titre I profession d'infirmier et infirmière Recommandation des bonnes pratiques HAS et ANESM

Acteurs ciblés : cadre supérieur du pôle, cadre de santé de l'unité, personnels paramédicaux et médicaux ….

Risques principaux identifiés : Durée moyenne de séjour courte en hospitalisation Mobilisation des professionnels par rapport à la charge de travail

Indicateurs de résultat
- Nombre de professionnels associés à l'élaboration du document - Nombre de projet de soins individualisé formalisé - Nombre de synthèse - Nombre de professionnels formés - Satisfaction des professionnels à travers les bilans annuels d'évaluation - Satisfaction des usagers

Calendrier de travail														
Descriptif des actions :	**Année**	**Échéancier**												**Pilote**
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Constitution des groupes de travail et présentation des objectifs de travail Pour la pédopsychiatrie	2017 2018	 X										X		Cadre supérieur de santé et cadres de santé
Elaboration des supports PSI Pour la pédopsychiatrie : PPI	2017/2018 2018	 X X	 X										X	
Présentation en réunion d'équipe et intégration dans le dossier patient Pédopsychiatrie	2018	X	X X	 x										
Mise en œuvre	2018		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Formation des professionnels	2018					X								
Evaluation à travers la photo-qualité ? Avec évaluation et réajustement si nécessaire	2018 2019 2020 2021 2022 2023	 X X X X X						 X X X X X		X				

Intitulé de l'orientation stratégique :	N° de Fiche Action
Donner de la lisibilité aux parcours patients : du territoire prescrit (GHT) aux parcours réels des patients pris en charge au Centre Hospitalier d'Abbeville : pour la Filière médico-technique	AXE 1.7 Filière de soins

	Intitulé de l'objectif
Objectif :	Rendre visible les parcours de soins au sein de l'institution et les adapter aux besoins des patients pris en charge au Centre Hospitalier d'Abbeville

Approche opérationnelle
Le pôle médico-technique a choisi le parcours du consultant. Cette approche permet de valoriser les prestations du pôle médico-technique au sein du territoire et au sein de l'institution.

Contexte : Le Centre Hospitalier va connaître dans les années à venir de profondes modifications structurelles. Le pôle médico-technique doit satisfaire aux attentes du public tout en continuant à assurer la meilleure prise en charge du patient hospitalisé.

Enjeux : L'attractivité des prestataires du CH vis-à-vis du public. En améliorant sa prestation pour le public externe, le pôle cherche à gagner en efficience et accroît la qualité de sa prestation.

Référentiels et / ou textes réglementaires : Référentiels HAS, COFRAC, référentiels métiers, réglementation ASN etc.

Acteurs ciblés : Tous les personnels du pôle médico-technique, les directions fonctionnelles du CH.

Risques principaux identifiés :

Indicateurs de résultat
Chaque secteur du pôle présentera ses propres indicateurs de la prestation qu'il assure : - Le laboratoire : démarche d'accréditation et indicateurs de maîtrise de ses processus ; - L'imagerie médicale : délai de RDV, démarche qualité, radioprotection, enquêtes de satisfaction ; - La pharmacie pour les rétrocessions de médicaments spécifiques : démarche qualité, délai de délivrance, enquêtes de satisfaction.

Calendrier de travail

Descriptif des actions :	Année	Échéancier												Pilote
	Avant	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Laboratoire : Poursuivre la démarche d'accréditation COFRAC	2018-2022	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Chef service/RAQ/ Cadre de santé / Ingénieur
Imagerie Médicale : Engager le service dans une démarche de système de management de la qualité	2018-2022	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Chef de service/ Cadre de santé
Pharmacie : Continuer la démarche qualité notamment dans le cadre de la prise en charge médicamenteuse du CAQES	2018-2022	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Chef de service/ PCEM/ Cadre de santé

Intitulé de l'orientation stratégique : **Développer la coordination médecins/soignants pour une prise en charge efficiente au service du patient garantissant qualité et sécurité des soins**	**N° de Fiche Action** AXE 2.1 Coordination médico-soignante

	Intitulé de l'objectif
Objectif	Général : Développer la coordination médecins/soignants Intermédiaire : Développer les réunions pluri disciplinaires

Approche opérationnelle
- Compte qualité parcours patient

Contexte : manque de coordination entre les acteurs de santé induisant un manque de fluidité, une désorganisation et des retards de prise en charge.
Sorties tardives, délais importants pour les patients en attente d'hospitalisation au SAU, chirurgie reportée au lendemain mal organisée

Enjeux :
Renforcer les échanges entre les différents acteurs de santé dans une logique d'évaluation et d'amélioration des pratiques
Elaborer, dans un contexte pluridisciplinaire, un projet thérapeutique individualisé, personnalisé garantissant qualité et sécurité des soins pour le patient
Réduire les DMS dans le cadre des enjeux économiques et des contraintes budgétaires
Fluidifier les parcours de soins
Développer la mutualisation des moyens humains
Etablir les cartographies de compétences
Centraliser l'information dans un dossier unique accessible à tous et à tout moment

Référentiels et / ou textes réglementaires :
Référentiel certification HAS
PRS hauts de France 2018-2022

Acteurs ciblés : cadre supérieur du pôle, cadre de santé de l'unité, personnels et médicaux et paramédicaux

Risques principaux identifiés :
Défaut dans la coordination des soins
Retard de prise en charge
Non qualité
Augmentation des DMS
Insatisfaction des usagers

Indicateurs de résultat
Traçabilité du nombre de réunions pluridisciplinaires (CREX, RMM, staff médico-soignants…) Enquêtes de satisfaction des usagers Evolution des DMS Traçabilité des fiches de liaison Traçabilité des transmissions Traçabilité du courrier de sortie

Calendrier de travail

Descriptif des actions :	Année	Échéancier												Pilote
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Réaliser un audit semestriel reprenant les indicateurs cités	2018 à 2022					X						X		Drs Kfoury, Rivière, Cadre de santé réa, cardio, cadres sup
Développer les réunions pluridisciplinaires au sein des unités	2018 à 2022					X						X		Drs Kfoury, Rivière, Cadre de santé réa, cardio, cadres sup

Intitulé de l'orientation stratégique : **Développer la coordination médecins/soignants pour une prise en charge efficiente au service du patient garantissant qualité et sécurité des soins**	**N° de Fiche Action** AXE 2.2 Coordination médico-soignante

	Intitulé de l'objectif
Objectif	Assurer au patient d'être au bon endroit et au bon moment afin d'optimiser la prise en charge

Approche opérationnelle
- Compte qualité parcours patient

Contexte : difficultés dans le cadre de la disponibilité des lits
DMS élevée
Lits supplémentaires en UHTCD de façon quasi quotidienne
Nécessité d'une zone « tampon » pour absorber l'activité
Activité de transfert-patients importante pour réaffectation vers les UF adaptées

Enjeux :
Garantir la qualité des soins
Diminuer la DMS
Favoriser la fluidité des parcours
Avoir un visuel clair sur la disponibilité des lits via le logiciel de gestion (marguerite)

Référentiels et / ou textes réglementaires :
Référentiel certification HAS
PRS hauts de France 2018-2022

Acteurs ciblés : cadre supérieur du pôle, cadre de santé de l'unité, personnels et médicaux et paramédicaux

Risques principaux identifiés :
Report d'examen Report de chirurgie Retard de prise en charge Augmentation des DMS Insatisfaction des usagers Insatisfaction des professionnels Mauvaise image Désorganisation Perte de recettes

Indicateurs de résultat
-Questionnaire de satisfaction -Evaluation de la DMS -Nombre et contenu des FEI (brancardage…) -Sorties et transferts le matin -Finances

Calendrier de travail

Descriptif des actions :	**Année**	**Échéancier**												**Pilote**
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Réaliser un audit semestriel reprenant les indicateurs cités	2018 à 2022					X						X		Drs Kfoury, Rivière, Cadre de santé réa, cardio, cadres sup

Intitulé de l'orientation stratégique : **S'inscrire dans une démarche continue d'amélioration de la qualité des soins et de prévention des risques évitables liés aux soins en poursuivant toutes les actions engagées dans ce sens**	**N° de Fiche Action** AXE 3 Démarche qualité

	Intitulé de l'objectif
Objectif	- L'ensemble des paramédicaux s'approprie la démarche continue de la qualité et de prévention des risques évitables liés aux soins.

Approche opérationnelle

Contexte :

Depuis 1996, le Centre Hospitalier d'Abbeville n'a cessé de structurer progressivement la démarche d'amélioration continue de la qualité » et sécurité des soins afin qu'elle soit connue de tous les acteurs. Des progrès notoires ont été observés lors des différentes certifications.

La Direction de la Qualité et de la Gestion des Risques, coordonne quotidiennement les actions et assure un soutien méthodologique apprécié au bénéfice des pôles et directions fonctionnelles dont la Coordination Générale des Soins et l'ensemble de l'encadrement supérieur et de proximité.

Enjeux :

Pour que l'établissement soit performant au niveau du Management de la Qualité et de la Gestion des Risques liés aux soins, le système doit s'appuyer sur :

- Un engagement fort de la direction
- Une forte implication de l'ensemble des acteurs
- Un accompagnement méthodologique important

C'est ce à quoi s'attache le Centre Hospitalier d'Abbeville au quotidien.

Les indicateurs nationaux IPAQSS complétés en 2018 par le CAQES imposent à l'établissement un suivi rigoureux des plans d'actions pluriannuels institutionnels car l'établissement en cas de non atteinte des objectifs définis pourra être amené à des sanctions financières ou dans le cas contraire bénéficier d'un intéressement.

L'enjeu est donc au-delà de la qualité des soins et de la gestion des risques auprès des patients, un enjeu financier très important.

L'encadrement supérieur et les cadres de proximité doivent faire vivre la culture qualité et sécurité des soins auprès de leurs personnels et s'approprier les indicateurs de manière collective.

Référentiels et / ou textes réglementaires :

- Loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des malades
- Loi Clayes-leonetti du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie
- Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n°2016-87 du 2 février 2016
  créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie
- Décret du n°2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles.
- Décret du 20/4/2017 fixant les modalités d'application du CAQES
- Instruction interministérielle n°DSS/A1/CNAMTS/20 17/234 du 26 juillet relative à la mise en œuvre du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins.
- HAS : Campagne nationale 2016 : recueil d'indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé de soins de courte durée.

Acteurs ciblés : Direction de la qualité et gestion des risques, Coordination générale de soins, encadrement supérieur et cadres de proximité, toutes les sous commissions de la CME , tous les groupes de travail et référents travaillant dans des groupes qualité et gestions des risques

Risques principaux identifiés :

- Engagement difficile à tenir vis-à-vis des indicateurs nationaux et CAQES toujours plus performants à atteindre
- De très nombreux groupes de travail à faire fonctionner de concert pour avancer ensemble
- Maintien de la vigilance face aux différents acteurs devant un épuisement du à une mise en concurrence de résultats

Indicateurs de résultat

Les indicateurs seront tenus au plus près des unités et des pôles d'activité afin de pouvoir mettre en place des mesures correctives efficaces.

<u>IPAQSS Nationaux</u> : via QUALHAS

- Tenue du dossier patient
- Document de sortie
- Traçabilité de la douleur
- Dépistage des troubles nutritionnels
- Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre

<u>Photos Qualités institutionnelles</u>

<u>Audits</u> :

- Hygiène (via l'EOH)
- Pharmaceutique (Archimed) via la pharmacie

ICALIN 2 (via EOH)

Compte-qualité (via direction qualité et pilotes des groupes)

Nombre de CREX / Pôle /an (tous les acteurs sont concernés)

Nombre de chutes (via groupe « chutes »)

Nombre de plaintes et réclamations (via la CDU)

Nombre d'erreurs d'identito-vigilance (via la cellule d'identito-vigilance)

Nombre d'incidents transfusionnels (via la SCSTH)

Enquêtes de prévalence :

- Escarres
- Infections nosocomiales
- Contention

Nombre de réunions / an des sous commissions de la CME :

- CDU
- Cellule identito-vigilance
- SCOMEDIMS et PCEM
- SCLUD
- SCLAN
- SCLIN
- SCSTH

Calendrier de travail														
Descriptif des actions :	**Année**	**Échéancier**												**Pilote**
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Formations des personnels via plan de formation/ DPC (en continu) - Erreurs médicamenteuses - Transfusion - Bientraitance - Prise en charge de la douleur - Troubles de l'état nutritionnel - Prise en charge des escarres/plaies et cicatrisation - EPP / CREX	2018 à 2022	X	X	X	X	X			X	X	X	X		Les cadres supérieurs de santé, cadres de proximité, DRH
Réunions des sous commissions de la CME (suivant calendrier institutionnel)	2018 à 2022	X	X	X	X	X			X	X	X	X		Directions, Président de CME
Campagne IPAQS (suivant calendrier HAS)	2018 à 2022			X	X	X			X	X	X			DQGR
Photos Qualité (suivant calendrier institutionnel)	2018 à 2022	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Les cadres supérieurs de santé, cadres de proximité, DQGR
Mise à jour des compte-qualité tous les 6 mois (suivant calendrier institutionnel)	2018 à 2022													Pilotes des groupes Compte-qualité
Enquête prévalence nosocomiale 1/ an	2018 à 2022						X							Les cadres supérieurs de santé,

														cadres de proximité, EOH
Enquête prévalence escarres 1x tous les 2 ans	2019 et 2021					X								Les cadres supérieurs de santé, cadres de proximité, CGS
Enquête prévalence contention 1/an	2018 à 2022			X										Les cadres supérieurs de santé, cadres de proximité, groupe contention

Intitulé de l'orientation stratégique : **Accompagner l'informatisation du dossier de soins sur l'ensemble du Centre Hospitalier** **pour garantir une meilleure continuité et coordination des soins**	**N° de Fiche Action** AXE 4 Informatisation du dossier de soins

	Intitulé de l'objectif
Objectif	Accompagner l'informatisation du dossier de soins sur l'ensemble du centre hospitalier pour garantir une meilleure continuité et coordination des soins

Approche opérationnelle
Uniformiser, informatiser et mettre en place le dossier de soins dans toutes les unités.

Contexte : Actuellement dans notre établissement sous un format papier, totalement informatisé ou mixte, le contenu du dossier de soins est hétérogène d'une spécialité à l'autre, d'une unité à l'autre et ne répond que partiellement aux obligations réglementaires et à la démarche qualité.
De plus différents logiciels sont utilisés :

- PASTEL, DEMSERV, PHARMA, TIME WISE
- DIAMM, TRAJECTOIRE, WINREST, SYNAPSE

Enjeux : Sa structure doit être pensée de manière à ce que les informations sensibles n'échappent à personne au sein de l'équipe et que chaque acteur de la prise en charge ait une vision globale du patient aisément accessible tout en respectant la qualité et la sécurité des soins

Référentiels et / ou textes réglementaires :
Article R1112-2 du Code de la Santé Publique

Acteurs ciblés : cadre supérieur du pôle, cadre de santé de l'unité, UDDOP, personnels paramédicaux et médicaux ….

Risques principaux identifiés :
L'impact sur les organisations soignantes de travail
L'appropriation de l'outil informatique et la résistance au changement
L'appropriation métier du dossier informatisé (IDE, aide-soignant, diététicien, kinésithérapeute, …)

Indicateurs de résultat
- Nombre d'unités informatisées - Tenue du dossier : Audit

Calendrier de travail

Descriptif des actions :	Année	Échéancier												Pilote
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Poursuivre le déploiement et le développement du logiciel PHARMA	2018 2022	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Définir une trame commune du dossier de soins	2018					X								
Créer les éléments du dossier dans DIAMM	2018 2022													
Clarifier les modalités et les niveaux d'habilitation par métiers	2019												X	
Formaliser et mettre en place la formation des nouveaux arrivants	2020 2022													

Intitulé de l'orientation stratégique : **Accompagner sur le plan soignant la mise en œuvre du Développement Professionnel Continu (5.1) et renforcer les collaborations avec les Instituts de formation (5.2)**	**N° de Fiche Action** AXE 5.1 Formation/DPC

	Intitulé de l'objectif
Objectif	- Chaque professionnel paramédical concerné répond ou s'inscrit à son obligation de DPC

Approche opérationnelle

Contexte :

- *La loi précise « le développement professionnel continu (DPC) a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maitrise médicalisée des dépenses de santé »*

  « la responsabilité du DPC est protée par les professionnels eux-mêmes et partagée par les pouvoirs publics »

  « La formation professionnelle passe d'une simple actualisation de connaissances à un engagement dans un programme annuel d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, comprenant des activités d'acquisition des connaissances et d'analyse de pratiques, organisées entre elles de manière à garantir une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins »

Enjeux :

- La formation à l'hôpital est un élément fondamental de la politique des ressources humaines et pour la direction des Soins du Centre Hospitalier d'Abbeville. Elle est aussi un extraordinaire outil de promotion professionnelle que l'on trouve difficilement dans d'autres secteurs d'activités.
  Aujourd'hui, la recherche d'efficience assignée aux hôpitaux et au système public de santé oblige désormais à les considérer comme un investissement vital déterminant le management et l'amélioration de la qualité et de la sécurité des services rendus aux patients.

Référentiels et / ou textes réglementaires :

- Article 59 de la loi Hôpital, patients, santé, territoires du 21 juillet 2009 portant sur l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maitrise médicalisée des dépenses de santé.
- Décret n°2011-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu

- Décret n° 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux
- Décret n° 2012-30 du 9 janvier 2012 relatif à la commission scientifique du haut Conseil des professions paramédicales
- HAS-Méthodes et modalités de DPC – décembre 2012
- Agrément ANDPC (Agence Nationale du Développement Professionnel Continu) Centre Hospitalier d'Abbeville du 11/5/2017

Acteurs ciblés : Directions des Instituts, les formateurs des instituts de formation, la Coordination générale des soins, Direction des ressources Humaines, les cadres supérieurs du pôle, cadres de santé de proximité, personnels paramédicaux ….

Risques principaux identifiés :

Calendrier de formation donné tardivement et formations en intra ne pouvant être en corrélation avec les plannings agents,

Absentéisme des agents, induisant des annulations de formations

Indicateurs de résultat
- Nombre de programmes DPC impulsés par pôles / an - Nombre de professionnels paramédicaux ayant bénéficié d'une formation validée DPC par métiers et par pôle/ an - Nombre d'agents /Métiers /Pôles n'ayant pu bénéficier de formation suite absentéisme

Calendrier de travail														
Descriptif des actions :	**Année**	**Échéancier**												**Pilote**
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Entretiens de formation Cadres/agents	2018 à 2022						X	X	X	X				Les cadres d'unité
Déploiement du plan de formation à destination des professionnels	2018 à 2022										X	X	X	DRH/ CGS/ cadres sup
Dynamiser les actions de DPC au sein du CH (au long cours)	2018 à 2022	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	DRH/ cadres sup/ cadres de proximité

Intitulé de l'orientation stratégique : **Accompagner sur le plan soignant la mise en œuvre du Développement Professionnel Continu (5.1) et renforcer les collaborations avec les Instituts de formation (5.2)**	**N° de Fiche Action** AXE 5.2 Collaboration Instituts

	Intitulé de l'objectif
Objectif	- Définir les modalités d'une politique commune d'accueil et d'encadrement des étudiants paramédicaux entre le Centre Hospitalier d'Abbeville et les Instituts de formation

Approche opérationnelle

Contexte :
Le Centre Hospitalier d'Abbeville accueille plus de 700 étudiants et élèves chaque année (toutes formations paramédicales et préparations au concours confondues).
La réingénierie des diplômes paramédicaux a redéfini le processus de professionnalisation en modifiant les responsabilités des acteurs. Les modalités d'accueil et d'encadrement des étudiants et élèves ont ainsi évoluées, cadrées par la réglementation.
La définition d'une charte d'accueil et d'encadrement est un levier pour formaliser les engagements des différents acteurs impliqués dans leur formation et mettre en œuvre conjointement une démarche d'amélioration continue des conditions d'apprentissage au cours de la phase de professionnalisation.

Enjeux :
Les étudiants et élèves paramédicaux évoluent dans un contexte de travail en pleine mutation (décloisonnement de l'hôpital, priorités de santé publique, développement de l'ambulatoire, gouvernance hospitalière, restructurations,…)
Les parcours de formation des étudiants paramédicaux doivent intégrer ces évolutions afin de pouvoir mettre à disposition en fin de cursus des professionnels compétents.
La politique de stage doit favoriser la découverte des multiples terrains d'activité et favoriser l'attractivité des futurs professionnels pour le Centre Hospitalier.

Référentiels et / ou textes réglementaires :
Infirmiers :

- article D.4311-16 CSP : arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier modifié
- Arrêté » du 22 octobre 2011 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire
- Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste

Masseurs-Kinésithérapeutes : article D.4321-16 CSP ; **Arrêté du 2 mai 2017 modifiant l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute**
Ergothérapeutes : articles D.4331-2 et suivants CSP ; **Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute**
Manipulateurs d'electroradiologie médicale : articles D.4351-7 et suivants CSP ; Arrêté du 3 mai 2013 modifiant l'arrêté du 14 juin 2012 relatif au diplôme d'Etat de manipulateur d'électroradiologie médicale
Techniciens de laboratoire médical : article D.4352-1 et suivants CSP ; Arrêté du 21 août 1996 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat de technicien en analyses biomédicales
Pédicures-Podologues : articles D.4322-2 et suivants CSP - Décret n°2012-848 du 2 juillet relatif au diplôme d'Etat de pédicure-podologue modifié
Préparateurs en pharmacie hospitalière : arrêté du 2 août 2006 relatif à la formation conduisant au diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière
Aides-soignants : arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant
Ambulanciers : arrêté du 26 janvier 2006 relatif aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier et au diplôme d'ambulancier
Psychomotriciens : arrêté du 7 avril 1998 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat de psychomotricien
Diététiciens : arrêté du 9 septembre 1997 portant définition et fixant les conditions de délivrance du brevet de technicien supérieur diététique
Orthoptistes : arrêté du 17 mars 1999 modifiant l'arrêté du 16 décembre 1996 modifié relatif aux programmes d'enseignement et modalités des examens du certificat de capacité d'orthoptiste
Orthophonistes : articles D. 4341-6 et suivants CSP ; décret n° 2013-798 du 30 août 2013 relatif au régime des études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste
Puéricultrices : **Arrêté du 13 juillet 1983 relatif au diplôme d'Etat de puéricultrice.**
Auxiliaires puéricultrices :Arrêté du 16 janvier 2006 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture
Educateur spécialisé : Arrêté du 20 juin 2007 relatif au diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé.
Aide médico-psychologiques : Décret n° 2016-74 du 29 janvier 2016 crée un diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social (DEAES), en remplacement du diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) et du diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique (DEAMP).
Elèves Baccalauréat professionnel ASSP : Accompagnement, soins et services à la personne
Elèves Baccalauréat professionnel SAPAT : services aux personnes et aux territoires.

Acteurs ciblés : Directions des Instituts, les formateurs des instituts de formation, la Coordination générale des soins, les cadres supérieurs du pôle, cadres de santé de proximité, personnels paramédicaux ….

Risques principaux identifiés :

- Mise en danger des patients lors des stages, due à l'écart entre attente des professionnels et niveau de compétence et de formation des étudiants et élèves.
- Comportement inadapté des étudiants et élèves vis-à-vis des professionnels, patients et familles
- Abandon de formation en cours de cursus

Indicateurs de résultat

- Politique commune d'accueil et d'encadrement des étudiants paramédicaux entre le Centre Hospitalier d'Abbeville et les Instituts de formation écrite
- Nombre de livrets d'accueil et d'encadrement des étudiants réactualisés (réalisés en 2009)
- Nombre de professionnels paramédicaux expérimentés et cadres ayant suivi la formation « tutorat » ou « accueil des étudiants : un collectif pour encadrer et professionnaliser » (formation délivrée par l'institut de formation Abbevillois)
- Maintien d'un tuteur par pôle
- Maintien d'une réunion annuelle Institut/ encadrement /CGS/ Direction instituts

Calendrier de travail

Descriptif des actions :	**Année**	**Échéancier**												**Pilote**
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Politique commune d'accueil et d'encadrement des stagiaires Instituts/hôpital écrite	2018 2019											X		
Réactualisation des livrets d'accueil et d'encadrement des étudiants	2019										X			
Formations des tuteurs de stage	2018 à 2022	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Formations des cadres à l'encadrement des stagiaires	2018 à 2022	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	
Réunion annuelle Institut /encadrement/directions	2018 à 2022						X							

Chapitre 4.
Le projet social

I - Introduction

Le projet social est l'une des composantes du projet d'établissement. Il définit les objectifs généraux de la politique sociale d'un établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs.

Il concerne notamment la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et qualifications et la valorisation des acquis professionnels.

Au-delà de l'aspect réglementaire, le projet social vise à définir une politique sociale et managériale associant l'ensemble des professionnels autour d'objectifs communs et de valeurs partagées notamment l'équité, la solidarité et le respect.

L'expression des personnels du Centre Hospitalier d'ABBEVILLE a été prise en compte à partir des constats établis par les différentes commissions et groupes de travail mis en place dans le cadre de la politique qualité de vie au travail initiée en 2014 suite à l'audit régional réalisé et décliné sur l'établissement.

Cette démarche s'est également appuyée par les réflexions recueillies lors de la mise en œuvre de la réorganisation du temps de travail effective depuis janvier 2017 et nécessitée par la soutenabilité financière du projet de modernisation de l'établissement.

II - Le contexte

Aujourd'hui le Centre Hospitalier d'ABBEVILLE est confronté à un double défi :

- s'engager dans son projet de modernisation qui va directement impacter l'exercice de l'ensemble de ses professionnels,

- garantir une qualité de vie au travail face aux attentes de ceux-ci.

Aussi, il convient de faire du projet social un vecteur de mobilisation et de fédération de l'ensemble des professionnels médicaux et non médicaux autour du projet de modernisation et d'accompagner les évolutions internes et externes afin d'améliorer toujours plus la prise en charge des patients.

III - La démarche

Le projet social du Centre Hospitalier d'Abbeville s'appuie sur le recueil des attentes des professionnels telles qu'exprimées et mises en évidence dans le cadre des travaux et projets suivants :

- L'expertise réalisée par le cabinet EMERGENCES en 2016 suite au projet de réorganisation du temps de travail dont les recommandations ont donné lieu à l'élaboration d'un plan d'action de prévention des risques psychosociaux,
- Le bilan social 2016,
- Le rapport du service de santé au travail 2016,

- Le Document Unique avec les plans d'actions présentés au CHSCT en mois d'Avril 2017,
- L'audit croisé QVT dans le cadre du réseau santé-qualité.
- Les procès-verbaux des différentes commissions et groupes de travail :
  - ✓ Le COPIL « qualité de vie au travail »,
  - ✓ La Commission du Handicap,
  - ✓ La Commission des Risques Professionnels,
  - ✓ Gestion du stress et prévention du burnout,
  - ✓ Horaires dérogatoires,
  - ✓ Conditions de travail au bloc opératoire.

- La convention FIPHFP.

IV - La méthode

1. Les groupes de travail

Le comité opérationnel « Qualité de vie au travail » a été désigné en tant qu'instance de pilotage et de validation des différentes étapes du projet. Une large concertation des différents professionnels a été privilégiée pour le choix des orientations et objectifs.

Les travaux et le calendrier se déclinent comme suit :

- COPIL QVT du 12/10/2017 : Présentation du projet social,
- Réunion « axes du projet social » avec les organisations syndicales le 31/10/2017,
- Réunion « axes du projet social » avec l'encadrement supérieur paramédical le 10/11/2017,
- Réunion « axes du projet social » avec les services administratifs le 01/12/2017,
- Réunion « axes du projet social » avec la direction des travaux, logistique et achats le 05/12/2017,
- Réunion de restitution synthèse des groupes le 21/12/2017 et présentation du questionnaire de satisfaction,
- COPIL QVT le 09/01/2018 : Présentation de la synthèse des axes dans chaque thématique et validation de la démarche,
- CODIR le 15/01/2018 : Présentation aux membres du CODIR de la validation des axes,
- Directoire le 16/01/2018 : Présentation aux membres du Directoire de la validation des axes,
- COPIL QVT le 17/01/2018 : Validation fiche projet axe 3,
- COPIL QVT le 07/02/2018 : Validation fiche projet axe 2,
- COPIL QVT le 9/02/2018 : Validation fiche projet axe 1,

- Février 2018 : restitution et consolidation de toutes les fiches projets,
- 24 Avril 2018 : présentation en comité opérationnel QVT,
- Juin 2018 : présentation du projet aux instances
- A partir de juillet 2018 : mise en œuvre du projet (élaboration des fiches actions)

2. La construction du projet

Le projet social se décline en 3 grandes orientations :

- ✓ ***La Qualité de Vie au Travail,***
- ✓ ***La Communication,***
- ✓ ***La GPMC et la Formation,***

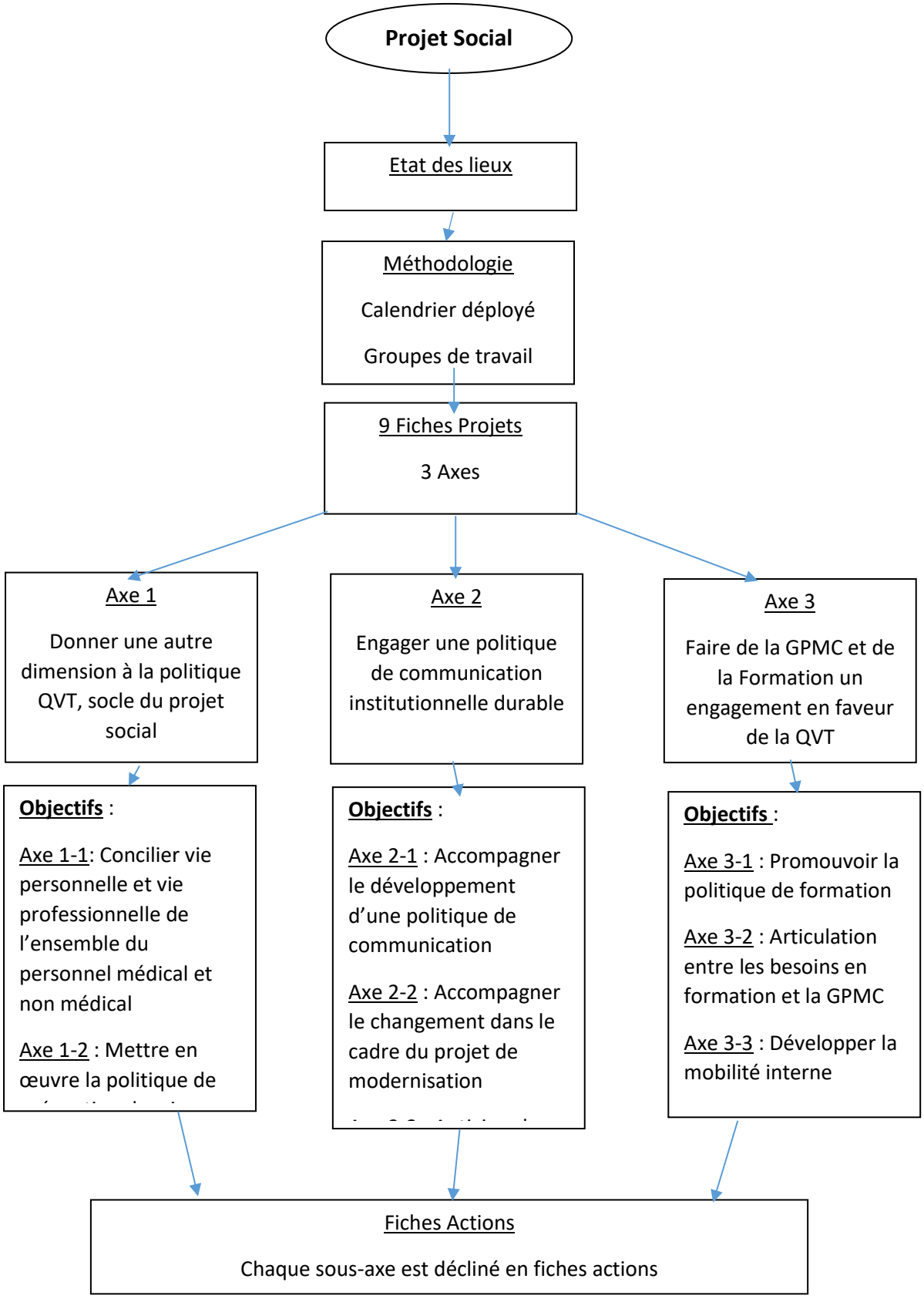
déclinées elles-mêmes en 9 objectifs généraux et 36 actions à mettre en œuvre.

Chaque objectif est retracé dans une fiche projet. Les actions feront l'objet de plans annuels précisant pour chacune d'entre-elles les étapes de mise en œuvre, le calendrier, les ressources nécessaires ainsi que les indicateurs et les dispositifs d'évaluation.

L'élaboration des fiches actions interviendra après la présentation du projet aux instances.

Démarche empruntée dans le cadre de l'élaboration du

Projet Social 2018-2023



V - Le projet

1. Axe 1 : Donner une autre dimension à la politique Qualité de Vie au Travail, socle du projet social

Le Centre Hospitalier d'ABBBEVILLE réaffirme son engagement à promouvoir une démarche institutionnelle forte en faveur de la qualité de vie au travail (QVT) indispensable au bien-être des agents et à la qualité des soins.

Une politique forte en faveur de la qualité de vie au travail sera un des facteurs clé de réussite du projet de modernisation.

- Concilier vie personnelle et vie professionnelle de l'ensemble du personnel médical et non-médical

La qualité de vie au travail doit devenir à terme une dynamique intégrée à l'ensemble des réflexions autour du travail et notamment la conciliation de la vie personnelle et la vie professionnelle. Il convient dans cette perspective de développer les outils adaptés (temps de travail, enquêtes de satisfaction…) et de structurer les politiques d'accueil pour l'ensemble des personnels médicaux et non médicaux.

- ✓ Garantir un cycle de travail annuel à l'ensemble des agents : rédaction d'une charte d'élaboration des plannings avec des règles d'équité,
- ✓ Poursuivre l'amélioration de l'information individuelle des agents (solde horaires, congé) : l'élaboration d'un guide du temps de travail,
- ✓ Mettre à disposition un dispositif d'hébergement temporaire pour faciliter l'accueil des étudiants, médecins et autres personnels,
- ✓ Définir une politique d'accueil, d'insertion et de parrainage de tout nouvel arrivant (visite établissement, restauration, blanchisserie, …),
- ✓ Réaliser une enquête sur la qualité de vie au travail dans un premier temps aux cadres de proximité, médecins et internes et dans un second temps à l'ensemble du personnel afin de recueillir leur ressenti, leur avis sur leurs conditions de travail,
- ✓ Engager une réflexion sur le télétravail pour l'encadrement et les secrétariats médicaux,

- La politique de prévention des risques professionnels (en intégrant les risques psychosociaux)

Le Centre Hospitalier d'ABBEVILLE souhaite également poursuivre sa démarche institutionnelle de prévention des risques professionnels dans le cadre de son projet de modernisation et tout autre projet.

L'approche «risques professionnels intégrant les risques psychosociaux » doit être systématiquement prise en compte dans les réflexions autour du travail et intégrer les dimensions socio-organisationnelles et humaines qui tiennent compte des contraintes et des besoins des futurs utilisateurs.

- ✓ Mettre en place un PAPRIPACT (TMS et RPS en priorité) : le développement d'une politique de prévention de la manutention,
- ✓ Promouvoir le développement du travail de collaboration IDE /AS au sein des EHPAD,
- ✓ Faire participer les utilisateurs aux choix du matériel dans le cadre des contraintes du GHT,
- ✓ Renforcer le service de santé au travail par le recrutement d'une psychologue du travail,
- ✓ Définir un temps d'ergonome afin d'anticiper l'adaptation des locaux aux différents postes de travail,
- ✓ Développer l'apport d'une aide extérieure au sein des équipes où le besoin est identifié (psychologue).

- Valoriser le bien-être au travail physique et psychologique dans le cadre du handicap

L'établissement réaffirme également sa volonté de garantir un accès durable à l'emploi et à l'égalité des chances des travailleurs handicapés et de développer une culture d'intégration des travailleurs en situation de handicap.

Depuis 2015 le développement de sa politique d'intégration et de maintien dans l'emploi des personnels en situation de handicap s'avère être un enjeu essentiel pour leur bien-être au travail physique et psychologique

- ✓ Poursuivre la politique d'accompagnement des agents en situation de handicap dans le cadre du conventionnement avec le FIPHFP,
- ✓ Elaborer un guide du maintien dans l'emploi au CH d'Abbeville,
- ✓ Garantir le maintien dans l'emploi des agents en situation de handicap par le biais des aménagements de l'environnement de travail,
- ✓ Accompagner les agents par la formation et l'accompagnement dans le cadre d'un reclassement adapté ou d'une reconversion professionnelle pour raisons de santé,
- ✓ Former les équipes à la politique du handicap (afin d'amener le cadre et son équipe à favoriser l'intégration d'un agent en situation de handicap et son accompagnement dans l'unité de travail),
- ✓ Proposer le télétravail comme forme d'organisation du travail afin d'améliorer la qualité de vie au travail des personnes en situation de handicap.

2. Axe 2 : Engager une politique de communication institutionnelle durable

Les évolutions internes notamment le projet de modernisation de l'établissement et celles liées au système de santé, en particulier le développement territorial de l'offre de soins et la mise en œuvre des parcours de santé, nécessitent un accroissement de l'articulation entre les différents acteurs internes et externes de l'établissement.

- Accompagner le développement d'une politique de communication

L'atteinte de cet objectif nécessite le développement d'une coordination de l'information et un pilotage adapté de la communication interne et externe.

- ✓ Créer une cellule de Communication,
- ✓ Définir une politique managériale de communication d'établissement (process à déployer afin de faire redescendre l'information à tous les niveaux),
- ✓ Communiquer auprès de tous les professionnels sur le fonctionnement de l'établissement et de ses projets (réunion d'information plénière 2 à 3 par an),
- ✓ Faire du journal interne une revue lue et attractive (avec enquête d'évaluation),
- ✓ Mettre en place un groupe de travail sur la communication téléphonique interne dans une perspective d'amélioration des conditions de travail des personnels du standard.

- Accompagner le changement dans le cadre du projet de modernisation

Les contraintes organisationnelles transitoires liées au développement du projet de modernisation qui s'étend sur une période minimale de six ans nécessitent la mise en place de circuits d'information et de validation connus de l'ensemble des personnels afin que chacun puisse détenir l'information optimale dans l'exercice de ses fonctions pendant toute cette durée.

- ✓ Créer un comité de pilotage pour Informer sur les changements prévus et l'évolution de l'établissement,
- ✓ Préparer les changements connus : définir les prérequis au changement,
- ✓ Mettre en œuvre les formations nécessaires (management participatif).

- Anticiper les situations génératrices de difficultés professionnelles

La cohésion au sein de l'ensemble des personnels médicaux et non médicaux s'avère être le ciment indispensable à une prise en charge optimale des patients. Aussi, une connaissance des métiers et contraintes de chacun ne peut que contribuer à cet objectif qui doit se concrétiser par la création d'un lien fort avec l'ensemble des agents et la connaissance du fonctionnement de l'établissement par tous dès le recrutement.

- ✓ Développer le collectif au travail : La reconnaissance des professionnels entre eux, la connaissance des contraintes de chaque métier et des différents services peuvent permettre un décloisonnement et faire comprendre dans quelle mesure tous contribuent au service rendu aux patients,
- ✓ Actualiser le livret d'accueil du personnel : Les règles qui doivent être reprécisées car certaines s'imposent à chacun d'entre nous (sécurité, droits et devoirs du fonctionnaire).

3. Axe 3 : Faire de la Gestion prévisionnelle des métiers et compétences (GPMC) et de la Formation un engagement en faveur de la Qualité de Vie au Travail

Face aux évolutions des technologies (télémédecine, plateaux techniques…), des modes de prise en charge et de l'offre territoriale des soins, l'accompagnement de l'ensemble des personnels au travers de la formation apparaît être un enjeu majeur.

De plus, l'exercice professionnel des soignants doit intégrer un renforcement de la culture de la qualité et de la traçabilité des soins avec le déploiement du dossier patient informatisé. Ces évolutions concernent également les métiers administratifs qui se complexifient et se spécialisent : secrétaires médicales, contrôleur de gestion, acheteur, métiers techniques et logistiques.

- Promouvoir la politique de formation

Affirmer la formation comme un outil d'appui au développement des projets institutionnels et de territoire devient une priorité pour les cinq années à venir. A ce titre, un positionnement stratégique de la formation s'impose afin de déployer le DPC au service de la qualité et de la sécurité des soins tant sur le plan institutionnel que territorial.

- ✓ Positionner les projets Médical, Soins, Qualité et Informatique comme axes stratégiques du plan de formation et de promotion professionnelle,
- ✓ Développer la coordination des plans de DPC médical et non-médical locaux en articulation avec le GHT,
- ✓ Elaboration d'une charte de formation.

- L'articulation entre les besoins en formation et la GPMC

Il convient de développer les possibilités d'évolution professionnelle et renforcer l'articulation formation/GPMC en faisant connaître et rendre accessible à l'ensemble des personnels les parcours, les formations, les calendriers, les plans de formation ainsi que les fiches métiers.

L'établissement souhaite également s'inscrire dans le cadre d'une politique d'employabilité durable et de développement professionnel par des actions d'information et de sensibilisation en direction de l'ensemble des personnels. Une attention particulière doit être portée à l'accompagnement des personnels en seconde partie de carrière.

- ✓ Articuler les besoins individuels de formation avec les besoins institutionnels et les évolutions des métiers, notamment pour les services techniques et administratifs,
- ✓ Développer une construction individualisée du parcours professionnel (seconde partie de carrière) en passant par la sensibilisation des personnels au congé de formation professionnelle et le développement de l'information sur les passerelles existantes entre les différentes fonctions publiques.

- Développer la Mobilité interne

La gestion des mobilités doit être affirmée comme une politique d'accompagnement des situations individuelles dans le cadre des souhaits personnels d'évolution, de changement de métiers et de structure mais également dans le cadre des situations d'inaptitude.

Elle vise également à accompagner la globalité des situations qui découlent des réorganisations internes.

- ✓ Définir une politique de mobilité au sein de l'établissement afin d'offrir les mêmes chances à chacun,
- ✓ Faire connaître les chartes de fonctionnement afin de susciter l'intérêt des agents,
- ✓ Développer la mobilité entre les différents pôles et services.

LA POLITIQUE QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

L'établissement a mis en place depuis quelques années une véritable Politique Qualité de Vie au Travail qui a été consolidée au sein de sa structure.

Le Comité Opérationnel QVT, sous la responsabilité de la Directrice des Ressources Humaines, impulse les différents axes stratégiques de cette politique et coordonne l'ensemble des actions qu'elle souhaite déployer.

Le comité a contribué à la création de 3 commissions qui ont vocation à développer les axes stratégiques de la politique QVT :

- la commission des risques professionnels
- la commission handicap
- la commission collectif au travail.

L'objectif de cette politique est de développer à travers ces 3 commissions l'ensemble des actions qui ont vocation à contribuer au bien-être des agents de l'établissement.

La commission des risques professionnels est responsable de la mise en place du Document Unique ainsi que du suivi du PAPRIPACT par le biais des plans d'actions proposés. L'analyse des risques psychosociaux est désormais intégrée à la démarche.

La commission handicap a une mission principale qui est de consolider la politique du handicap. Elle vise à contribuer au maintien des agents dans leur poste de travail et de soutenir les démarches visant à la réintégration.

La commission « collectif au travail » est une commission ayant un rôle tout particulier dont l'objectif est de favoriser la cohésion des acteurs. Elle propose plusieurs axes de travail visant à la mobilisation des équipes et également dans le cadre de l'interdisciplinarité.

Intitulé de l'orientation stratégique :	N° de Fiche Action
Donner une autre dimension à la politique Qualité de Vie au Travail, socle du projet social.	AXE 1.1

	Intitulé de l'objectif
Objectif	Concilier vie personnelle et vie professionnelle de l'ensemble du personnel médical et non-médical

Approche opérationnelle

Contexte :

L'établissement est engagé depuis 2014 dans une démarche de développement de sa politique QVT. Dans ce cadre, la structuration initiée a donné lieu à la mise en place d'un COPIL qui a fait le constat aux travers des différents éléments statistiques et qualitatifs de la nécessité d'améliorer le bien-être au travail de l'ensemble des agents de l'établissement.

Enjeux :

- ✓ Amélioration de la prise en charge des patients et résidents

Référentiels et / ou textes réglementaires :
Référentiels HAS

Acteurs ciblés :
Tous les personnels

Risques principaux identifiés :

- ✓ Risques psycho-sociaux

Indicateurs de résultat

- Suivi de l'absentéisme
- Nombre de rappel au pied levé

Calendrier de travail														
Descriptif des actions :	**Année**	**Échéancier**												**Pilote**
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Garantir un cycle de travail annuel à l'ensemble des agents (rédaction d'une charte d'élaboration des plannings avec des règles d'équité)	2018					X	X							Copil QVT
Poursuivre l'amélioration de l'information individuelle des agents (solde horaires, congé) : l'élaboration d'un guide du temps de travail	2018											X	X	Copil QVT
Mettre à disposition un dispositif d'hébergement temporaire pour faciliter l'accueil des étudiants, médecins et autres personnels	2020													DRH DTLA
Définir une politique d'accueil, d'insertion et de parrainage de tout nouvel arrivant (visite établissement, restauration, blanchisserie, prise en main des outils, …)	2019													Toutes les directions Pdt CME
Réaliser une enquête sur la qualité de vie au travail dans un premier temps aux cadres de proximité, médecins et internes et dans un second temps à l'ensemble du personnel pour recueillir leur ressenti, leur avis sur leurs conditions de travail	2018 à 2023	X												DRH
Engager une réflexion sur le télétravail pour l'encadrement et les secrétariats médicaux	2021-2023													Toutes les directions Pdt CME

Intitulé de l'orientation stratégique : Donner une autre dimension à la politique Qualité de Vie au Travail, socle du projet social	N° de Fiche Action
	AXE 1.2

	Intitulé de l'objectif
Objectif	Mettre en œuvre la politique de prévention des risques professionnels (y compris risques psychosociaux)

Approche opérationnelle

Contexte :

L'établissement est engagé depuis 2014 dans une démarche de développement de sa politique QVT. Dans ce cadre, la structuration initiée a donné lieu à la mise en place d'un COPIL qui a fait le constat au travers du Document Unique de la nécessité de développer la culture de prévention des risques professionnels y compris les risques psycho-sociaux

Enjeux :

- ✓ Diminution des accidents de travail, maladies professionnelles, burn-out, …
- ✓ Anticipation des situations individuelles complexes

Référentiels et / ou textes réglementaires :

Textes RPS
Document Unique
PAPRIPACT
Référentiels HAS

Acteurs ciblés :
Tous les professionnels

Risques principaux identifiés :
✓ Absentéisme ✓ Dégradation du climat social

Indicateurs de résultat
- Nombre AT et MP - Evolution des risques identifiés dans le document unique

Calendrier de travail

Descriptif des actions :	**Année**	**Échéancier**												**Pilote**
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Mettre en place un PAPRIPACT (TMS et RPS en priorité) : le développement d'une politique de prévention de la manutention	2018	X												COPIL QVT CHSCT
Promouvoir le développement du travail de collaboration IDE /AS au sein des EHPAD	2018					X								CGS Encadrement EHPAD
Faire participer les utilisateurs aux choix du matériel dans le cadre des contraintes du GHT	2018													COPIL QVT DTLA
Renforcer le service de santé au travail par le recrutement d'une psychologue du travail	2020													DRH
Définir un temps d'ergonome afin d'anticiper l'adaptation des locaux aux différents postes de travail (systématiser les études de poste de travail)	2018													DRH Copil Modernisation Médecin du travail

Développer l'apport d'une aide extérieure au sein des équipes où le besoin est identifié (psychologue)	2018 à 2023													Cellule d'écoute

Intitulé de l'orientation stratégique : Donner une autre dimension à la politique Qualité de Vie au Travail, socle du projet social	N° de Fiche Action AXE 1.3

	Intitulé de l'objectif
Objectif	Valoriser le bien-être au travail physique et psychologique dans le cadre du handicap

Approche opérationnelle

Contexte :

L'augmentation des restrictions médicales tout au long du parcours professionnel nécessite l'engagement d'une réflexion institutionnelle pour l'intégration et l'acceptation de ces professionnels en situation de handicap.

Enjeux :

- ✓ Favoriser la réintégration après un arrêt de longue durée avec restrictions médicales
- ✓ Garantir le maintien dans l'emploi
- ✓ Accepter de travailler avec des personnels en situation de handicap

Référentiels et / ou textes réglementaires :

Convention FIPHFP

Acteurs ciblés :
Tout le personnel

Risques principaux identifiés :

- Rejet de la personne en situation de handicap engendrant des RPS
- Augmentation de la durée des arrêts

Indicateurs de résultat

- Nombre de réintégrations réussies

Calendrier de travail

Descriptif des actions :	Année	Échéancier												Pilote
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Poursuivre la politique d'accompagnement des agents en situation de handicap dans le cadre du conventionnement avec le FIPHFP	2018 à 2023													Commission Handicap Comité de maintien dans l'emploi
Elaborer un guide du maintien dans l'emploi au CH d'Abbeville	2019-2020													Commission du Handicap
Garantir le maintien dans l'emploi des agents en situation de handicap par le biais des aménagements de l'environnement de travail	2018 à 2023													Comité de maintien dans l'emploi
Accompagner les agents par la formation et l'accompagnement dans le cadre d'un reclassement adapté ou d'une reconversion professionnelle pour raisons de santé	2018 à 2023													DRH Comité de maintien dans l'emploi
Former les équipes à la politique du handicap (afin d'amener le cadre et son équipe à favoriser l'intégration d'un agent en situation de handicap et son accompagnement dans l'unité de travail)	2018 à 2023													Toutes les directions
Proposer le télétravail comme forme d'organisation du travail afin d'améliorer la qualité de vie au travail des personnes en situation de handicap	2021 à 2023													Toutes les directions Pdt CME

Intitulé de l'orientation stratégique : Engager une politique de communication institutionnelle durable	N° de Fiche Action AXE 2.1

	Intitulé de l'objectif
Objectif	Accompagner le développement d'une politique de communication

Approche opérationnelle

<u>Contexte</u> : Il n'existe pas à ce jour au sein de l'établissement une politique de communication définie de façon institutionnelle. En effet, les besoins retranscris par les équipes dans le cadre du Document Unique mettent en évidence l'absence d'une politique de communication adaptée à l'ensemble des professionnels.

<u>Enjeux</u> : L'objectif est d'instaurer au sein de l'établissement les différents moyens qui permettront de développer une politique de communication institutionnelle durable. Il conviendra de réfléchir à une stratégie managériale commune de communication visant à harmoniser et mettre en synergie toutes les formes d'informations existantes.

<u>Référentiels et / ou textes réglementaires</u> :
- Textes relatifs à la Fonction Publique Hospitalière sur le statut des fonctionnaires

<u>Acteurs ciblés</u> :
Ensemble des professionnels de santé

<u>Risques principaux identifiés</u> :
- **Asymétrie d'information entre les différents acteurs**
- **Non compréhension de certaines demandes**

Indicateurs de résultat
- **Politique managériale définie**

Calendrier de travail														
Descriptif des actions :	**Année**	**Échéancier**												**Pilote**
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Créer une cellule de Communication	2ème semestre 2018													
Définir une politique managériale de communication d'établissement (process à mettre en place pour faire redescendre l'information)	2ème semestre 2018 1er trimestre 2019													Equipe de direction
Communiquer auprès de tous les professionnels sur le fonctionnement de l'établissement et de ses projets (réunion d'information plénière 2 à 3 par an)	2ème trimestre 2018 ⇩ 2023													
Faire du journal interne une revue lue et attractive (avec enquête d'évaluation) et de le faire évoluer														
Mettre en place un groupe de travail sur la communication téléphonique interne dans une perspective d'amélioration des conditions de travail des personnels du standard	1er semestre 2019													Encadrement Standard + équipe de Direction

Intitulé de l'orientation stratégique : Engager une politique de communication institutionnelle durable	N° de Fiche Action
	AXE 2.2

	Intitulé de l'objectif
Objectif	Accompagner le changement dans le cadre du projet de modernisation

Approche opérationnelle

<u>Contexte</u> : L'établissement est engagé dans un projet de modernisation de l'établissement qui implique de nombreux changements dans l'organisation de la structure hospitalière. En effet, les nombreux chantiers qui vont démarrer vont impacter toute l'organisation interne de l'établissement.

<u>Enjeux</u> : L'objectif est d'assurer le bon déroulement du projet et ceci dans les meilleures conditions. Dans ce cadre, il est important que les équipes puissent se préparer aux différents changements. Afin de répondre à cette demande, il convient d'organiser le pilotage de cette démarche afin que l'ensemble des actions soient coordonnées.

<u>Référentiels et / ou textes réglementaires</u> :
- Engagement dans le cadre de la démarche avec l'ARACT

<u>Acteurs ciblés</u> :
Comité de pilotage du projet de modernisation

<u>Risques principaux identifiés</u> :
- Non coordination des actions
- Défaut de communication

Indicateurs de résultat
- Comité de pilotage en place (Cluster Q.V.T) - Nombre de sessions de formations du Copil

Calendrier de travail

Descriptif des actions :	Année	Échéancier												Pilote
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Créer un comité de pilotage pour Informer sur les changements prévus et l'évolution de l'établissement	2ème trimestre 2018													Membres du cluster
Préparer les changements connus : définir les prérequis au changement	2018				x									Membres du Copil + Direction
Mettre en œuvre les formations nécessaires (management participatif) Cadres de proximité pour la communication avec les agents	2019 à 2023													D.R.H

Intitulé de l'orientation stratégique : Engager une politique de communication institutionnelle durable	N° de Fiche Action
	AXE 2.3

	Intitulé de l'objectif
Objectif	Anticiper les situations génératrices de difficultés professionnelles

Approche opérationnelle

<u>Contexte</u> : Les personnels peuvent rencontrer des situations qui les mettent en difficulté. La nature de ces difficultés
peuvent être multiples (relationnelle, inadéquation exigences et compétences,…).Les personnels peuvent alors se trouver en situation d'échec, d'absentéisme. Il est nécessaire de trouver des modalités d'expression et de dialogues pour anticiper les conséquences néfastes.

<u>Enjeux</u> : L'objectif est de développer au sein de l'établissement une démarche valorisant le collectif au travail afin de décloisonner les différentes entités et de promouvoir les échanges entre les différents professionnels.

<u>Référentiels et / ou textes réglementaires</u> :
- Engagement avec l'ANFH dans la démarche de la mise en place du collectif de travail

<u>Acteurs ciblés</u> :
- Ensemble des professionnels

<u>Risques principaux identifiés</u> :
- Non compréhension des professionnels entre eux
- Non connaissance des professionnels entre eux

Indicateurs de résultat
- Nombre de réunions de la commission collectif

Calendrier de travail														
Descriptif des actions :	**Année**	**Échéancier**												**Pilote**
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Développer le collectif au travail : La connaissance et la reconnaissance des professionnels entre eux, des contraintes des différents métiers et des différents services (peuvent permettre un décloisonnement et faire comprendre dans quelle mesure tous contribuent au service rendu aux patients)	2018 ⇩ 2023													Commission collectif
Actualiser le livret d'accueil du personnel : Les règles qui doivent être reprécisées car un certain nombre s'impose à chacun d'entre nous (sécurité, droits et devoirs des agents)	2ème semestre 2019													D.R.H

Intitulé de l'orientation stratégique : Faire de la GPMC et de la Formation un engagement en faveur de la Qualité de Vie au Travail	N° de Fiche Action AXE 3.1

	Intitulé de l'objectif
Objectif	**Promouvoir la politique de formation**

Approche opérationnelle

Contexte :
La politique de formation du Centre Hospitalier d'Abbeville conjugue progressions individuelles et développement de l'institution. Son principe est d'encourager le développement continu des compétences, pour faire coïncider de façon optimale les demandes individuelles et les objectifs et besoins institutionnels.
Le service de formation de l'établissement est également acteur des démarches menées dans le cadre du GHT pour le déploiement d'un plan de formation avec des actions communes pour l'ensemble des établissements du GHT Somme Littoral Sud

Enjeux :
L'objectif est que les actions mises en place dans le cadre de la formation permettent d'anticiper et d'accompagner les évolutions, en cohérence avec le projet d'établissement.
Le développement des compétences des professionnels en exercice deviendra l'un des fondamentaux de la politique RH au service du projet médical et du projet de soins. Il sera également l'un des éléments permettant de fidéliser les professionnels mais également d'attirer de nouveaux talents.

Référentiels et / ou textes réglementaires :

- **Plans de formation et de DPC locaux pour le personnel médical et non-médical de l'établissement**
- **Plan de formation/DPC du GHT**

Acteurs ciblés :
- **DRH**
- **Coordination Générale des Soins**
- **Sous-commission EPP/DPC**
- **Président de CME**

Risques principaux identifiés :
- **Manque de coordination entre les actions de formation/DPC menées au niveau local et celles choisies au niveau du GHT**

Indicateurs de résultat
-Axe formation du projet médical, soins, qualité et informatique intégrés comme prioritaires dans les plans de formation et de DPC locaux -Axes des plans de DPC médical et non-médical inscrits dans le plan de formation-DPC du GHT -Charte rédigée mise à disposition servant de référentiel institutionnel

Calendrier de travail

Descriptif des actions :	**Année**	**Échéancier**												**Pilote**
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Positionner les projets Médical, Soins, Qualité et Informatique comme axes stratégiques du plan de formation et de promotion professionnelle	2018													D.R.H Service formation
Développer la coordination des plans de DPC médical et non-médical locaux en articulation avec le GHT	2019													D.R.H Service formation
Elaboration d'une charte de formation	2020													D.R.H Service formation

Intitulé de l'orientation stratégique : Faire de la GPMC et de la Formation un engagement en faveur de la Qualité de Vie au Travail	N° de Fiche Action
	AXE 3.2

	Intitulé de l'objectif
Objectif	**Articulation entre les besoins en formation et la GPMC**

Approche opérationnelle

Contexte :
La formation est à la fois un droit et un devoir pour chaque agent titulaire et contractuel, elle vise à entretenir et à enrichir les connaissances et compétences de chacun pour améliorer la qualité des services rendus.

La politique de formation tient compte de la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences qui conduit à la mise en œuvre de plans d'actions en matière de ressources humaines visant à maîtriser de façon anticipée les écarts collectifs et individuels entre les besoins et les ressources en termes de compétences.
En fonction des orientations, choix stratégiques et organisationnels de l'établissement la G.P.M.C. a pour fonction de déterminer les mouvements d'effectifs, d'emplois et de compétences à organiser dans les 5 ans à venir pour répondre aux besoins de l'établissement.

Enjeux :
C'est dans ce contexte qu'il conviendra d'assurer le développement de la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences en lien avec la formation.

La G.P.M.C. est une action qui permettra :
- ✓ **de mieux adapter les emplois et les métiers aux besoins en identifiant les mouvements des personnels et de répondre aux besoins futurs identifiés en termes de compétences (définition du besoin analysé en fonction du déploiement du projet d'établissement),**
- ✓ **de favoriser la promotion interne par la connaissance des compétences individuelles et l'acquisition de nouvelles compétences par la formation professionnelle,**
- ✓ **de valoriser l'expérience par une démarche de validation des acquis permettant la reconnaissance de qualification et la mobilité interne des personnels concernés,**
- ✓ **de maintenir dans l'emploi ou de reclasser lors d'inadaptation ou de handicap.**

<u>Référentiels et / ou textes réglementaires</u> :

-Référentiel métiers
-Textes réglementaires relatifs aux décrets de compétences des professionnels
-Plan de formation/DPC : financement des actions de formation

<u>Acteurs ciblés</u> :

- **DRH**
- **Coordination Générale des Soins**
- **Directions Administratives et logistiques**

<u>Risques principaux identifiés</u> :
-Inadéquation entre les besoins en formation et les besoins en termes d'effectifs et de compétences

Indicateurs de résultat
-Cartographie des métiers **-Cartographie des compétences** **-Nombre d'agents formés en fonction des besoins en termes de compétences**

Calendrier de travail

Descriptif des actions :	**Année**	**Échéancier**												**Pilote**
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Articuler les besoins individuels de formation avec les besoins institutionnels et les évolutions des métiers, notamment pour les services techniques et administratifs	2018													D.R.H Service formation Coordination Générale des Soins
Développer une construction individualisée du parcours professionnel (seconde partie de carrière) en passant par la sensibilisation des personnels au congé de formation professionnelle et le développement de l'information sur les passerelles existantes entre les différentes fonctions publiques	2019													D.R.H Service formation Coordination Générale des Soins

Intitulé de l'orientation stratégique : Faire de la GPMC et de la Formation un engagement en faveur de la Qualité de Vie au Travail	N° de Fiche Action AXE 3.3

	Intitulé de l'objectif
Objectif	**Développer la Mobilité interne**

Approche opérationnelle

Contexte :

L'établissement ne dispose pas actuellement d'une politique de mobilité interne définie permettant un changement de service pour l'ensemble des personnels émettant le souhait d'évoluer par ce biais.

La demande de mobilité interne permet de répondre à la volonté des agents souhaitant changer de service afin de développer leurs compétences techniques sur d'autres activités.

Enjeux :
L'étude et la réponse aux souhaits de changement de service des agents représentent au même titre que l'accompagnement dans leur évolution de carrière un élément essentiel du rôle de la Direction des Ressources Humaines. En effet, ces différents leviers contribuent activement à une qualité de travail, tout en maintenant une motivation des agents et des compétences d'équipe.

La formalisation d'une politique de mobilité interne permettra de favoriser et d'accompagner les mobilités choisies, de manière à conserver du personnel motivé et adapté au sein des équipes.

Afin d'assurer la cohérence du système et de permettre la mise en place d'une organisation des demandes, la mobilité devra être intégrée à l'entretien d'évaluation annuel des agents.

Référentiels et / ou textes réglementaires :
-Chartes de fonctionnement des services
-Entretiens d'évaluation des agents

Acteurs ciblés :
- **DRH**
- **Coordination Générale des Soins**

Risques principaux identifiés :

-Développement des compétences non effectives pour certains agents **-Démotivation des personnels et baisse de la qualité de travail**

Indicateurs de résultat
-Nombre d'agents ayant changé de pôle ou de services au cours de l'année -Politique de mobilité interne définie

Calendrier de travail

Descriptif des actions :	**Année**	**Échéancier**												**Pilote**
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Définir une politique de mobilité au sein de l'établissement afin d'offrir les mêmes chances à chacun	2018													D.R.H et Coordination Générale des Soins
Faire connaître les chartes de fonctionnement afin de susciter l'intérêt des agents	2019													D.R.H et Coordination Générale des Soins
Développer la mobilité entre les différents pôles et services	2020													D.R.H et Coordination Générale des Soins

Chapitre 5.
Politique qualité et gestion des risques

I - Principes généraux – Orientations et pilotage de la démarche qualité et gestion des risques

Afin d'assurer aux usagers une **prise en charge de qualité et sécurisée**, les professionnels de santé du Centre hospitalier d'Abbeville se sont engagés depuis de nombreuses années dans la mise en œuvre d'une **politique d'amélioration continue de la qualité de prise en charge du patient.**

Cette politique est le socle des orientations stratégiques de l'établissement définie par le Directeur et le Président de la CME. Elle doit remettre du sens aux démarches en les médicalisant et en s'adaptant aux changements liés au GHT et au projet de modernisation. Par ailleurs, les **représentant des usagers** sont intégrés aux travaux de groupes thématiques spécifiques et participent aux réflexions menées dans les instances de l'établissement.

Cette gouvernance en matière de qualité et gestion des risques doit permettre de :

- Formaliser sans excès
- Simplifier
- Favoriser les retours d'expérience
- Fédérer et valoriser les équipes

Ce dispositif managérial majeur exprime notre engagement fort et lisible pour sécuriser la prise en charge des patients en déclinant des objectifs d'amélioration précis, mesurables et cohérents par secteurs d'activité.

Ainsi les objectifs de la politique qualité du Centre hospitalier d'Abbeville sont déclinés dans le **programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins** (PAQSS. Revu annuellement, il est construit autour de **quatre axes fondamentaux** qui orientent de façon pérenne la démarche qualité de l'établissement :

- Axe 1 - Intégrer la qualité et la sécurité des soins dans la pratique quotidienne
- Axe 2 - Valoriser l'amélioration des résultats pour le patient et le niveau de la qualité de l'établissement
- Axe 3 - Rendre l'usager acteur de notre démarche
- Axe 4 - Engager une réflexion sur la qualité territoriale en lien avec le GHT

II – Axes de développement.

1. Axe 1 – Intégrer la qualité et la sécurité des soins dans la pratique quotidienne

➢ Faire de la qualité/sécurité des soins un outil de management des secteurs d'activités

La Direction de la qualité et des relations avec les usagers est en charge de la coordination des démarches qualité et gestion des risques. Elle est le support méthodologique de ces démarches en accompagnant les différents pilotes (thématiques de compte qualité, groupes de travail, sous-commission de la CME, …).

Le Centre Hospitalier d'Abbeville se donne les moyens d'avoir des relais opérationnels dans les secteurs et des responsables de la déclinaison effective de cette démarche par la :

- **mise en place de binômes médecins/cadres** par service
- réalisation de **formations flash de 45 minutes** de ces binômes par la DQRU
- **rédaction d'une fiche mission** (recueils de photos qualité/IPAQSS/analyse EI et PT) et d'une **lettre d'engagement** pour ces binômes
- **valorisation des référents thématiques** tels que douleur, soins palliatifs, risques, …

➢ **Renforcer l'analyse des événements indésirables**

Le Coordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux Soins, Praticien Hospitalier, coordonne et évalue le traitement des Évènements Indésirables. Par ailleurs, il assure le copilotage des démarches qualité.

Afin que ces actions ne soient pas uniquement perçues comme un enjeu de certification mais comme un levier du niveau de sécurité pour le patient, le Centre Hospitalier d'Abbeville souhaite :

- faciliter la déclaration des EI en **informatisant le système de déclaration**
- **mettre en place des CREX – RMM** prioritairement dans les secteurs à risques avec le déploiement d'actions d'amélioration
- **suivre les actions d'amélioration et leurs résultats**
- **valoriser l'analyse des événements indésirables dans le Compte Qualité.**

➢ **Ériger le compte qualité en véritable outil de pilotage qualité et gestion des risques**

La prise de risques est indissociable de l'activité de soin. Il est donc essentiel de concilier la prise de risques avec la maîtrise des dangers qui l'accompagnent. Un des outils est le Compte Qualité. Fondé sur l'identification et la hiérarchisation des risques, il valorise les dispositifs de maîtrise en place et la planification des actions en cas de risque insuffisamment maîtrisé. Ce compte qualité est le support unique de dialogue avec la Haute Autorité de Santé.

Ainsi le Centre Hospitalier d'Abbeville s'engage :

- Rédiger une **fiche mission et une lettre d'engagement pour les pilotes** des thématiques
- **Rendre plus compréhensible** le Compte qualité par les acteurs de terrain
- **Communiquer sur les résultats d'amélioration** de maitrise des risques
- **S'adapter aux outils de l'HAS**
- **Intégrer les plans d'actions** du Compte Qualité **dans le PAQSS**

2. Axe 2 – Valoriser l'amélioration des résultats pour le patient et le niveau de la qualité de l'établissement

➢ **S'appuyer sur les résultats des démarches de certification, évaluation et accréditation**

À partir des évaluations externes que sont les visites de certifications (HAS), d'accréditation (COFRAC), les visites de risques (SHAM), le Centre Hospitalier d'Abbeville a décidé:

- **D'orienter sa stratégie** à partir de ces résultats en intégrant les actions d'amélioration dans le PAQSS
- **De sensibiliser et impliquer** les professionnels dans ces démarches

➢ **Promouvoir et renforcer la culture d'évaluation des pratiques professionnelles**

La sécurité constitue un enjeu essentiel de la qualité des soins qui implique une démarche de gestion des risques adaptée, collective, animée, coordonnée et évaluée.

Ainsi, le Centre Hospitalier d'Abbeville souhaite renforcer sa culture gestion des risques et d'évaluation par :

- La **réalisation de patient traceur par filière** avec un plan d'actions et un suivi des résultats d'actions par secteur
- La **participation aux audits** du réseau qualité sur les **processus transversaux**
- L'impulsion et l'accompagnement de toute autre **démarche d'EPP en lien avec la sous-commission de la CME EPP-DPC**
- La **valorisation de toutes démarches d'évaluation** (CREX, RMM, EPP, patient traceur, CAQES, IPAQSS, Photo-qualité, …) **dans le Compte Qualité**.

➢ **Faire des photos qualité – gestion des risques un tableau de bord d'indicateurs d'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient**

La photo-qualité, instaurée dans l'établissement depuis plusieurs années, est un **tableau de bord d'évaluation interne des indicateurs IPAQSS**.

Par le biais des binômes cadre/médecin, en lien avec le trio de pôle, ces photos-qualité devront permettre :

- De **suivre régulièrement l'évolution des indicateurs** afin de valoriser les résultats d'amélioration pour la prise en charge du patient
- D'analyser les indicateurs dont les résultats sont inférieurs aux seuils ou aux objectifs fixés par les services afin **d'identifier les points à risques** nécessitant une surveillance particulière
- De **mettre en place des actions d'amélioration** et **les évaluer** afin de vérifier **leur pertinence**

Les **résultats sur l'atteinte des objectifs par service et par pôle d'activité seront rendus au Directoire** afin de réajuster les actions au regard des cibles fixées en lien avec le Compte Qualité et le PAQSS.

3. Axe 3 – Rendre l'usager acteur de notre démarche

Le Centre Hospitalier d'Abbeville s'attache à **développer des dispositifs de participations des usagers** afin de renforcer leur parole et les impliquer à différents niveaux.

Ainsi, au-delà de la Commission des usagers, le Centre Hospitalier souhaite favoriser :

- La **représentation et la collaboration des usagers** dans l'ensemble des **différentes sous-commissions de la CME** ainsi qu'au **sein des groupes de travail,**
- **l'expression du patient** à travers le **questionnaire de sortie** distribué au sein des unités de soins et la **réalisation d'enquêtes ponctuelles par secteur d'activité** (UMCA, Consultations externes,…)
- la **participation active des représentants d'usagers** lors de la **réalisation des patients traceurs** afin d'avoir une vision croisée des patients et des professionnels sur la qualité et la sécurité des soins
- **la communication sur de notre niveau de qualité** de nos prises en charge auprès des usagers par le biais des **affichages, du livret d'accueil et Internet.**

Afin de prendre en compte l'avis des patients et de leur entourage sur leur prise en charge, le **système de déclaration et de gestion des plaintes** a été optimisé en collaboration avec **l'Unité de Développement du Dossier Patient (UDDOP)** et les **secrétariats médicaux**. Le Centre Hospitaliser souhaite pérenniser cette organisation.

4. Axe 4 – Engager une réflexion sur la qualité territoriale en lien avec le GHT

La mise en place du **GHT Somme Littoral** est un **levier** dans nos démarches qualité territoriales permettant de **mieux organiser les filières de soins** avec la **rédaction d'un projet médical et projet de soins partagés.**

Le Centre Hospitalier d'Abbeville **est engagé dans cette nouvelle gouvernance en participant activement aux différentes instances du GHT.**

Ainsi, la **Direction de la Qualité participe** au **groupe de travail Qualité GHT** et déclinera dans son PAQSS les axes du projet qualité et gestion des risques partagé du GHT.

Chapitre 6.
Schéma Directeur du Système d'Information

I - Présentation

1. Démarche suivie

Le présent schéma directeur du Système d'Information s'inscrit dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement 2018-2023.

La démarche adoptée pour élaborer le Schéma Directeur du Système d'Information du Centre Hospitalier d'Abbeville se décline en 3 phases :

- Collecte d'information et de documents
- Identification des orientations stratégiques de l'établissement en lien avec l'organisation du GHT
- Définitions des différents axes

2. Document de référence

- ⇨ Manuel de certification de la HAS
- ⇨ Schéma d'organisation régional des soins (SROS)
- ⇨ Autodiagnostic et plan d'actions relatif aux prérequis du plan hôpital numérique
- ⇨ Projet d'établissement 2018-2023
- ⇨ Projet Régional de Santé 2 (PRS2)
- ⇨ Schéma Directeur régional des SI de Santé (SDRSIS)
- ⇨ L'Observatoire des Systèmes d'Information en Santé (OSIS)
- ⇨ Schéma Directeur des SI du GHT (SDSI GHT)

3. Objectifs

Les objectifs principaux de ce document sont les suivants :

Identifier les enjeux majeurs auxquels est confronté l'établissement et pour lesquels l'évolution du Système d'Information constitue une nécessité incontournable. Exposer des orientations majeures du schéma directeur, de la stratégie de l'établissement, de la situation actuelle liée au système d'information, des contraintes qui s'imposent à l'établissement, des attentes institutionnelles et des besoins exprimés par les différents acteurs de l'établissement.

Ce document a vocation à s'adresser aux différentes instances de l'établissement, mais également à des personnes non familiarisées avec les problématiques liées au système d'information des établissements de santé.

II - État des lieux du Système d'Information

1. Bilan Système d'Information 2012-2017

Le tableau suivant présente un bilan de réalisation des différents projets SI durant les cinq dernières années :

Projet	Commentaire
Projets Fonctionnels et Transversaux	
PACS + RIS	Installation opérationnelle dans les services depuis 2016
Mise en place de Pharma, logiciel de prescription médicamenteuse et de gestion de stock de pharmacie. Utilisation du module dossier de soins	2017
Timewise (chimiothérapie)	2016
Dématérialisation au bureau des entrées	2015
Winget (Outils de gestion de trésorerie)	2015
Téléradiologie (CGTR)	2016
Portail étudiant MyKommunauté (IFSI)	2016
Chorus Pro (Système télématique pour la gestion des factures)	2017
Tipi (Paiement en ligne)	2017
RHLOOK (Gestion tableau de bord, requête RH)	2016
Hôpital Pro (Gestion de planning et services sur smartphone)	2016-2017
ViaTrajectoire	2016
4Axes (Dématérialisation des échanges avec les organismes de l'assurance maladie)	2014
Poursuite du déploiement du dossier patient DIAMM	Depuis 2004
Projets Techniques	
Mise en place d'une infrastructure serveur en haute disponibilité entre deux salles serveurs	Installation en 2014 pour les serveurs Pastel et Dxlab. Depuis 2015, installation progressive de l'ensemble des serveurs avec en priorité les serveurs sensibles (DIAMM, Pharma, EAI...)
Mise en place d'équipement réseau haut débit avec lien 10Gb sur une partie du réseau informatique et entre les deux salles serveurs	Installé en 2013
Mise en place de la fibre Internet haut débit sur le CH d'ABBEVILLE	Installé fin 2013
Mise en place de la fibre Internet haut débit sur l'IFSI	Installé en 2017
Serveur d'impression	2017
Remplacement du parc d'impression	2017

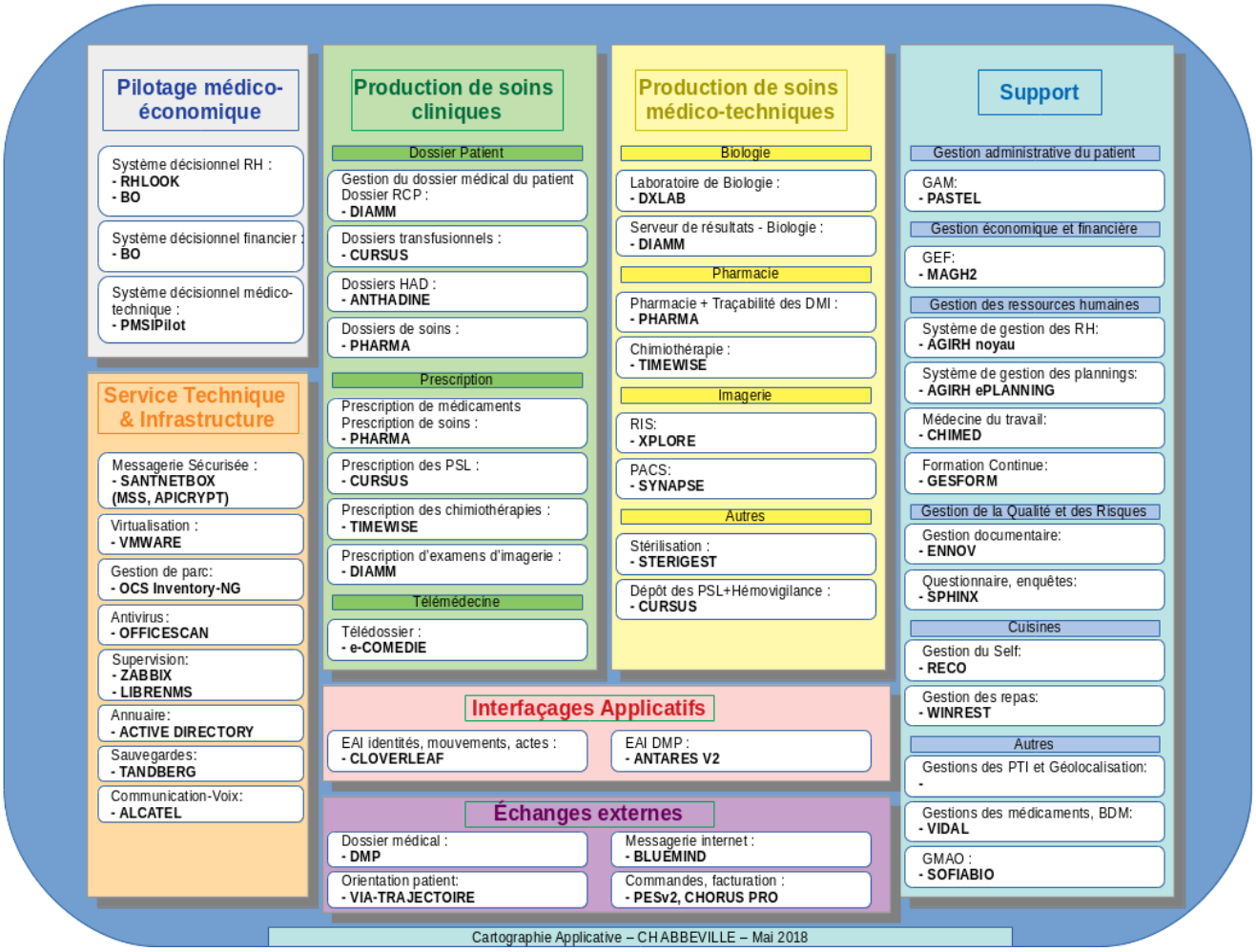
Serveur de Fax	2016
Remplacement des bornes Wifi + Radius	2017
Mise en place d'une infrastructure de stockage NAS en redondance	2017
Evolution de l'infrastructure de sauvegarde	2017
Remplacement des postes clients vers OS win7	2017
Migration du serveur de messagerie internet	2016
Migration des serveurs ActiveDirectory	2017
Mise en place d'outils de supervision SI	2015-2018

Sécurité des Systèmes d'Informations

Analyse de risque du SI	Audit réalisé en 2015 par la société SOGETI (agréé ANSSI) Méthode EBIOS
PSSI (Politique de Sécurité des Systèmes d'Information)	Rédigé par la société SOGETI et présenté aux instances en 2016. Basé sur l'analyse de risque SI
PRA-SI (Plan de Reprise Activité SI)	Rédigé et intégré à la GED ENNOV. Rédaction sur le modèle PRA de la DGOS. Réponse au prérequis Hôpital Numérique
Vidéosurveillance	Installation 2017
Mise en place de Pare feu Internet redondés.	Installation 2017
Mise en place de deux salles serveur avec un lien réseau haut débit (10Gb)	Depuis 2013
Mise en place de Pare feu sur les sites annexes	2016
Mise à jour de notre solution antivirale	2017

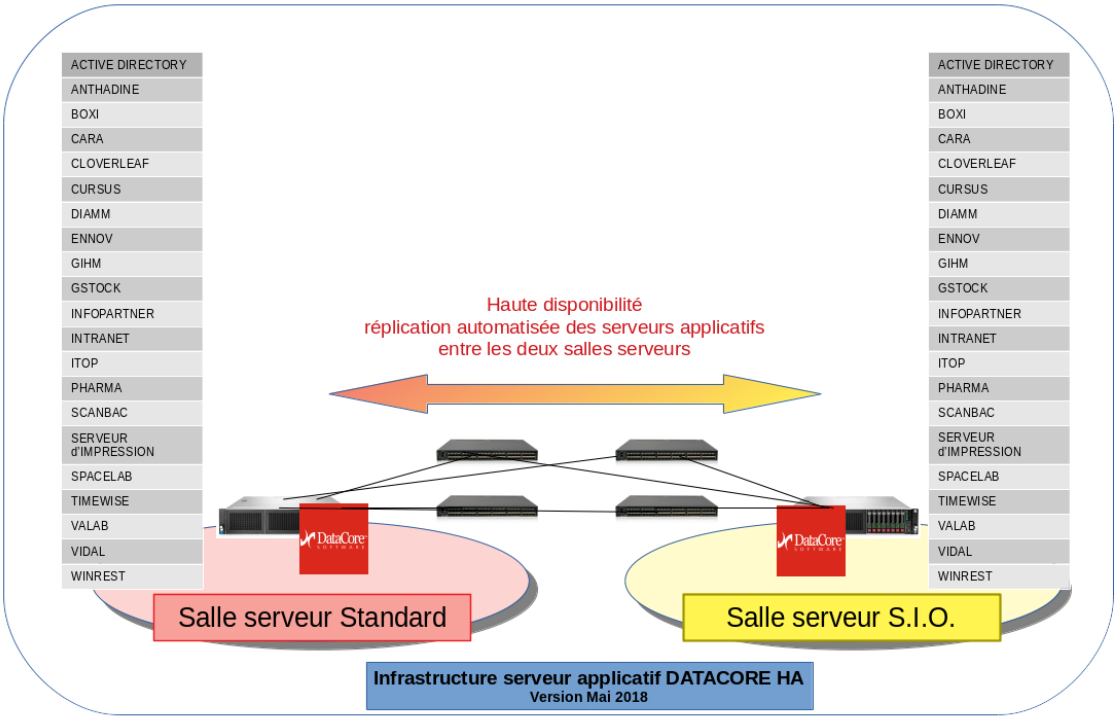
2. Cartographie applicative et technique actuelle

Cartographie applicative



Infrastructure serveur virtualisée DATACORE

Plusieurs serveurs applicatifs (schéma ci-dessous) sont configurés en mode réplication inter salle informatique afin de permettre une continuité de service en cas de soucis matériel ou par nécessité de maintenance sur le serveur de production. Les autres serveurs applicatifs vont être installés sur cette infrastructure sécurisée d'ici fin 2018.



Infrastructure serveur virtualisée AIX

Les serveurs **PASTEL, BO Pastel, DXLAB** utilisent la technologie ARF développé par BULL. La solution ARF **(**Application Roll-over Facility), développée par Bull, permet aux administrateurs système de déplacer facilement une application et son environnement d'un système à l'autre, pour gérer la surcharge du système, pour des raisons de maintenance, ou en cas de pannes matérielles.

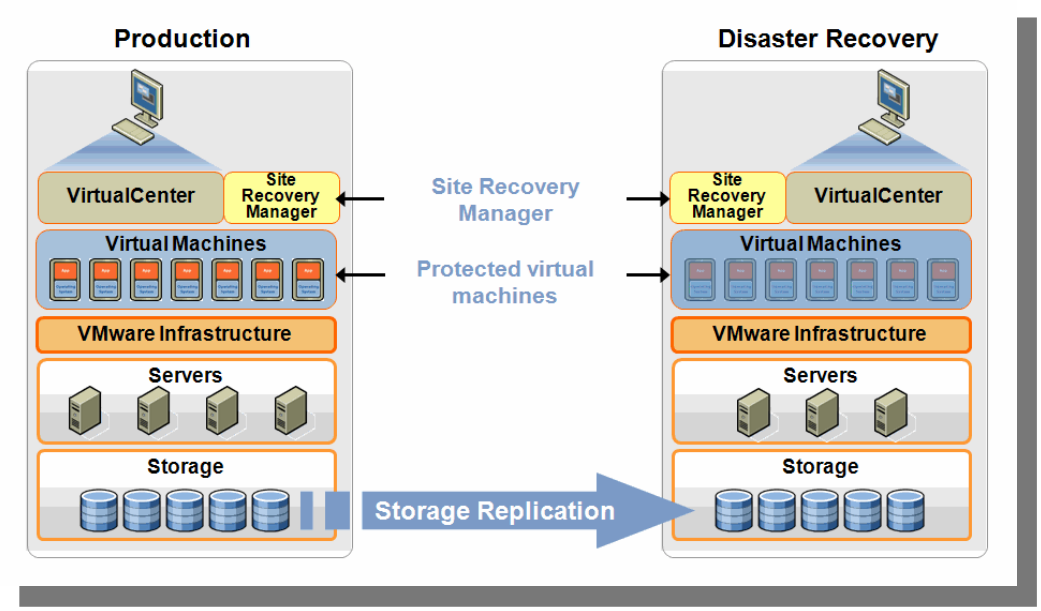
Infrastructure serveur PACS-RIS

Les applications liées au PACS utilisent le principe de SRM (Site Recovery Management) de chez VMWARE pour basculer d'une salle serveur à l'autre :

PACS BDD
PACS DCM
PACS http
PACS IMPORT
PACS STORE
RIS
RIS-WEB
DAPECARE
RECO-VOCALE

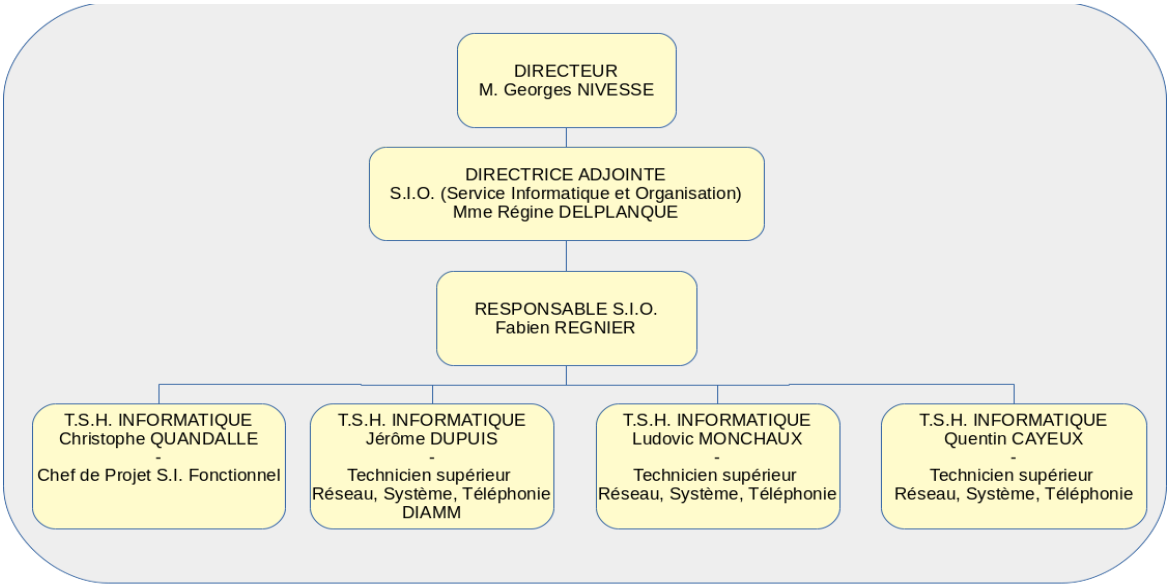
Chaque machine virtuelle est rattachée à deux serveurs virtualCenter. Ces derniers étant présent respectivement dans deux salles serveurs distinctes. En cas de maintenance ou pannes matérielles, les machines virtuelles basculeront d'une salle serveur à l'autre.

Le temps de reprise d'activité pour ces applications est estimé à moins de 15 minutes.



3. Moyens Humains

L'équipe du service informatique se compose de 5 agents. Ces derniers sont polyvalents. Afin de gérer au mieux le SI, chaque compétence, en fonction des possibilités, est en général dupliquée.



L'équipe ne bénéficie pas d'une centrale de gestion des appels par le biais d'une hotline. Les agents réalisent des astreintes le week-end selon un calendrier transmis au standard.

III - Définition des différents axes du SDSI.

1. Finalisation des projets en cours

Projet Informatisation du Bloc opératoire, de la réanimation et de l'anesthésie

Projet PES v2 Full Dématérialisation

Projet de messagerie sécurisée (Mssanté, Apicrypt)

Contrôle d'accès avec utilisation de la carte CPE/CPS

Informatisation de la HAD.

Poursuite du déploiement de l'informatisation du dossier patient et du dossier de prescription.

Poursuite du remplacement des équipements informatiques (poste de travail, serveurs, équipement réseau…)

Poursuite de la mise en œuvre de la politique d'impression.

Projet de mise en place de la solution ITOP de gestion et management du SI.

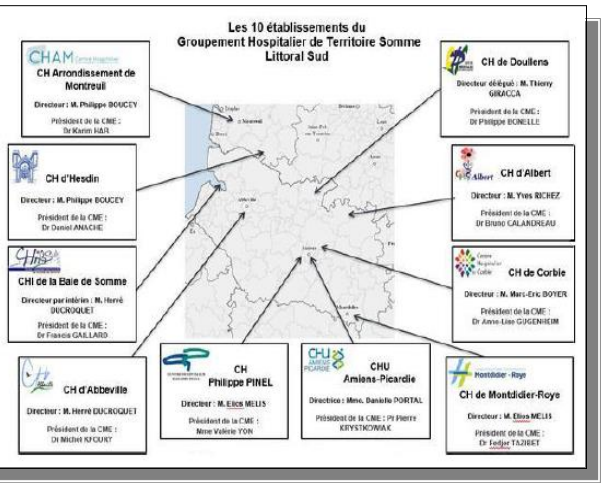
2. Formalisation de la gouvernance du SI

GHT

La mise en place du groupement hospitalier de territoire de Somme Littoral SUD a été formalisée par la **convention constitutive du 29 juin 2016.**

Sur la base de cette convention constitutive, le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé des Hauts de France a arrêté la **création du GHT Somme Littoral Sud.**

- CH Corbie
- CH Doullens
- CH Albert
- CH Pinel
- CH intercommunal de Montdidier-Roye
- CH intercommunal de la Baie de Somme
- CH Abbeville
- CH de l'arrondissement de Montreuil
- CH Hesdin



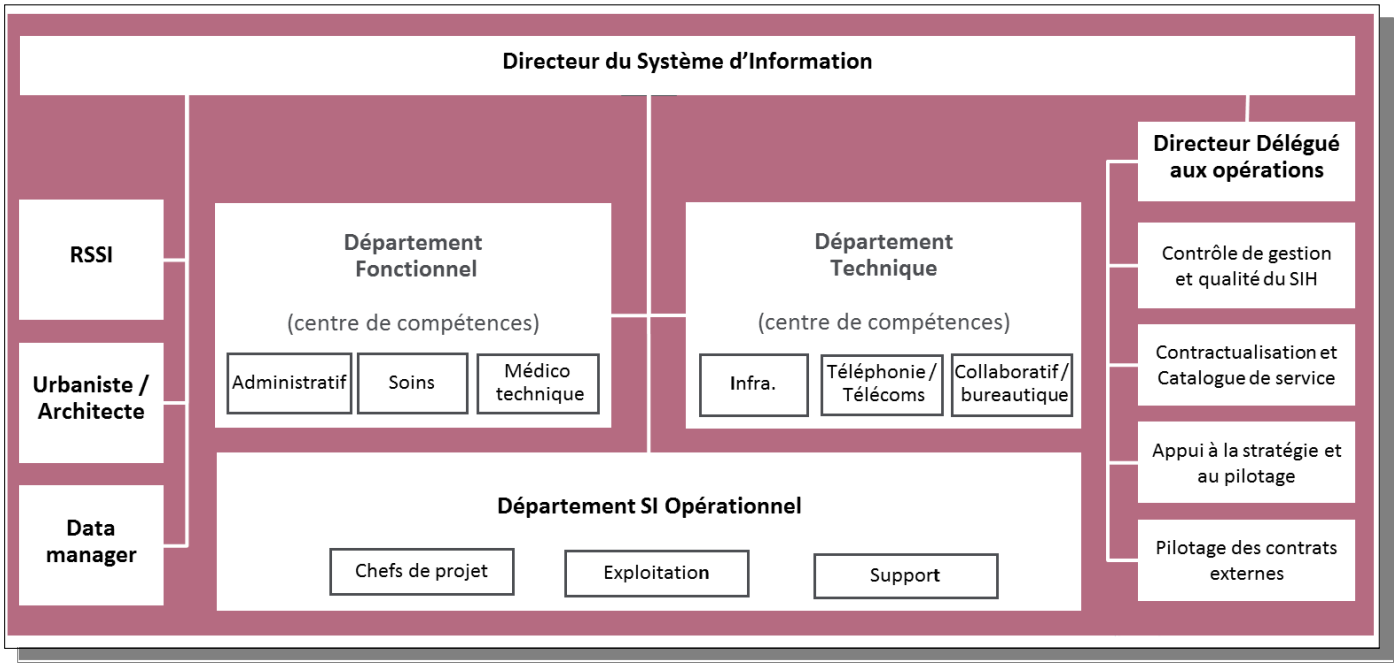
Dans le cadre de la mutualisation de la fonction SIH, le GHT a élaboré le schéma directeur du système d'information (SDSI) conformément à l'article R.6132-15-II du code de la santé publique *(décret n°2016-524 du 27 avril 2016*), sur la base d'un travail mené par l'ensemble des établissements parties au groupement dans le cadre du groupe de travail institué par les articles 8.1 et 11.1 de la Convention Constitutive du GHT. Les principes clés du SDSI ont été soumis à la validation du Comité Stratégique du 22 décembre 2017.

Le comité de suivi SI de GHT est composé des directeurs et responsables SI de chaque CH faisant partie du GHT Somme Littoral Sud.

Le CSSI veille au pilotage des projets SI du GHT:

- Elle est force de proposition sur la stratégie de convergence des systèmes d'information existants,
- Elle assure la mise en œuvre des projets,
- Elle est à l'écoute des demandes des différentes filières et assure la cohérence dans la globalité du SI du GHT,
- Elle veille à l'adaptation des nouveaux projets du système d'information du GHT en lien avec le SDSI,

Le SDSI de GHT a proposé une structuration de la DSI de GHT sous forme de départements. Ceci permettant de distinguer les centres de compétences fonctionnels, techniques et opérationnels.



CH Abbeville

La mission du COPIL Système d'Information est de décider des orientations stratégiques, des actions à mener, de valider la planification des opérations, le calendrier et d'analyser les propositions émanant des groupes de travail qui seraient constitués. Il se réunit une fois par trimestre et plus si nécessaire.

Deux axes sont traités à chaque COPIL : sécurité du SI et projets (avec une sous-commission DPI pour laquelle seraient invités les membres de l'UDOPP si sujet à l'ordre du jour)

La Composition de ce COPIL est la suivante :

- Directeur et équipe de direction
- Direction des soins
- Président de CME
- M. Lefebvre (identitovigilant)
- DIM
- Dr Couriat pharmacien
- Dr M'Bengue pharmacien (responsable Q PECM)
- le RSSI (du GHT)
- M. Régnier avec un ou plusieurs membres de son équipe en fonction de l'ordre du jour
- Dr Leleu ou un représentant du pôle
- Dr Redeker
- Dr Souissi ou un représentant du pôle
- Un Cadre Supérieur de Santé désigné par la direction des soins.

3. Mise en œuvre du SDSI de GHT

Le Schéma Directeur du Système d'Information de GHT rédigé par la société BearingPoint a fait l'objet d'une présentation et d'un envoi par courrier aux différents directeurs des établissements de la GHT.

Le dossier de suivi de ce SDSI a été le suivant :

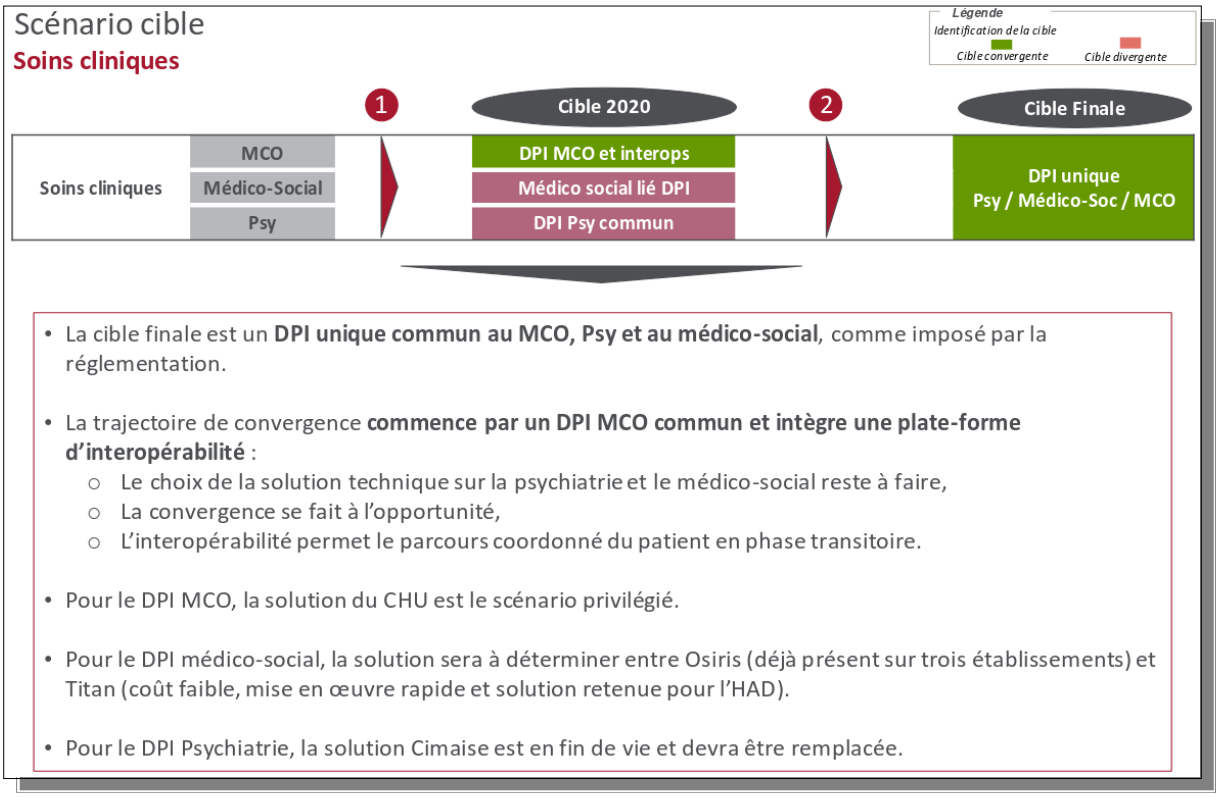
- ✓ Envoi au DG de l'ARS pour le 31 Janvier 2018
- ✓ Discussion en Bureau de COSTRAT du 6 février 2018
- ✓ Soumis au Collège médical du 12 février 2018
- ✓ Modifications si besoin au Bureau de COSTRAT du 16 mars 2018
- ✓ Validation COSTRAT du 10 avril 2018
- ✓ Décision DG et Support pour arrêter le SDSI
- ✓ Envoi décision + SDSI à la DG de l'ARS

Le principe directeur du SDSI est le suivant :

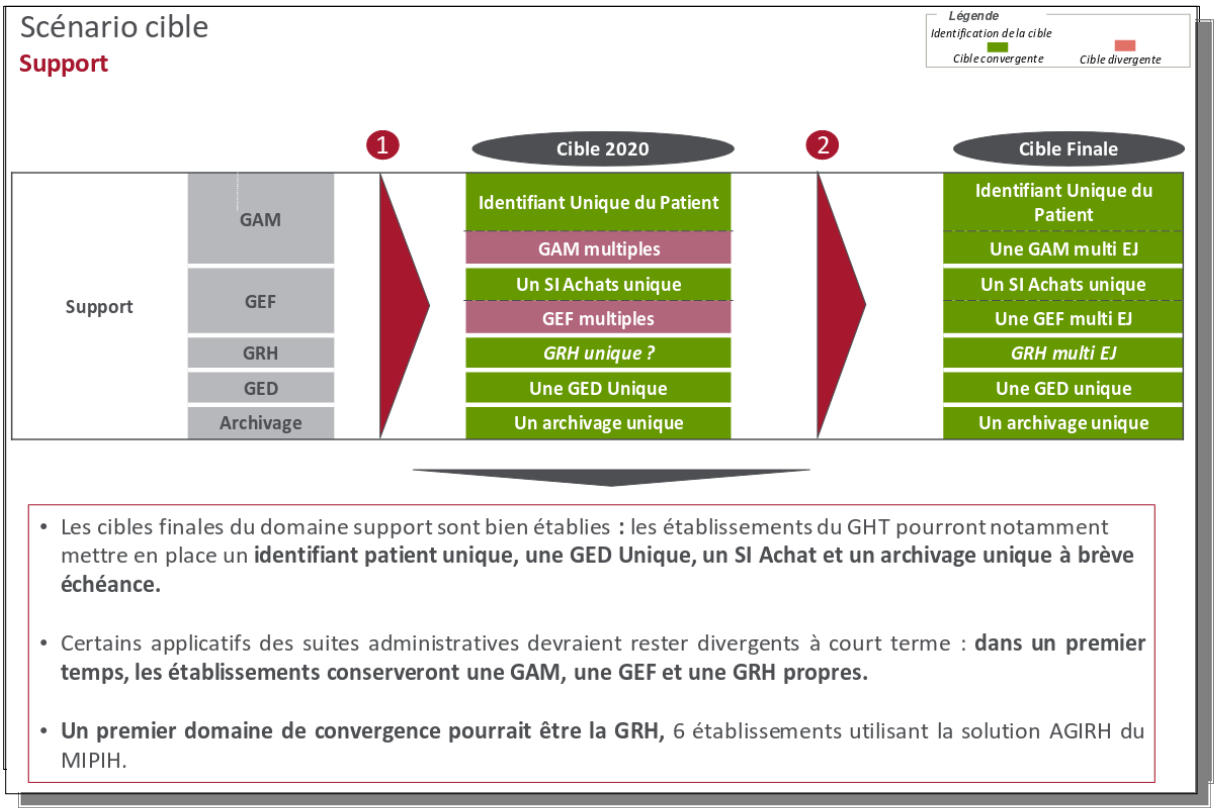
Le GHT s'oriente vers une convergence pragmatique de son système d'information s'appuyant sur les principes suivants :

- Une convergence affirmée dans le respect de la loi,
- Une convergence à l'opportunité et dans le respect des engagements déjà pris par les établissements (amortissements des projets en cours),
- La mise en œuvre d'une plate-forme d'interopérabilité permettant les échanges intra et extra GHT.

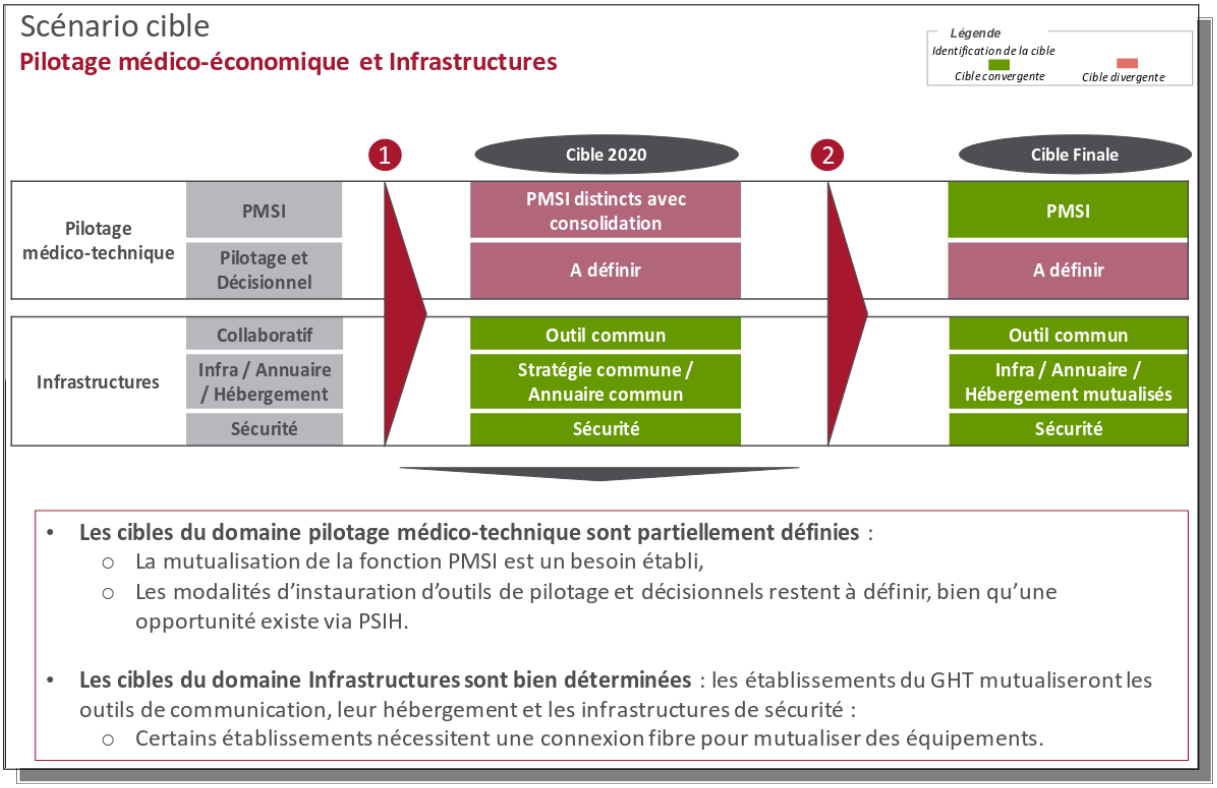
Sans oublier l'intégration de la sécurité du SI de GHT avec la mise en conformité du RGPD mais aussi l'harmonisation des chartes et politiques avec un modèle GHT, les scénarios cibles, répartis par domaines, sont les suivants :



- La cible finale est un **DPI unique commun au MCO, Psy et au médico-social**, comme imposé par la réglementation.
- La trajectoire de convergence **commence par un DPI MCO commun et intègre une plate-forme d'interopérabilité** :
  - Le choix de la solution technique sur la psychiatrie et le médico-social reste à faire,
  - La convergence se fait à l'opportunité,
  - L'interopérabilité permet le parcours coordonné du patient en phase transitoire.
- Pour le DPI MCO, la solution du CHU est le scénario privilégié.
- Pour le DPI médico-social, la solution sera à déterminer entre Osiris (déjà présent sur trois établissements) et Titan (coût faible, mise en œuvre rapide et solution retenue pour l'HAD).
- Pour le DPI Psychiatrie, la solution Cimaise est en fin de vie et devra être remplacée.



- Les cibles finales du domaine support sont bien établies : les établissements du GHT pourront notamment mettre en place un **identifiant patient unique, une GED Unique, un SI Achat et un archivage unique à brève échéance.**
- Certains applicatifs des suites administratives devraient rester divergents à court terme : **dans un premier temps, les établissements conserveront une GAM, une GEF et une GRH propres.**
- **Un premier domaine de convergence pourrait être la GRH,** 6 établissements utilisant la solution AGIRH du MIPIH.



4. Evolution numérique liée à la modernisation du CH

Poursuite du développement de la télémédecine (Téléradiologie/RCP Visio)

Dématérialisation (Liste de diffusion, RH, Archives)

Mobilité (patient et utilisateur)

Objets connectés + lien avec le Biomédical

Téléphonie. Evolution de l'infrastructure vers la téléphonie IP. Amélioration de l'accessibilité téléphonique (messagerie, statistiques…)

Optimisation des connexions réseaux informatique

Rappel de rendez-vous par SMS. Prise de rendez-vous en ligne.

Optimisation de la sécurité du SI

Mise en œuvre d'une gestion d'identité et d'accès (IAM) en lien avec la DRH.

Remplacement du parc matériel (serveurs, postes de travail, imprimantes, équipements réseaux…) afin d'adapter les équipements aux évolutions technologiques matériels et applicatives.

Refonte du site Internet et Intranet.

Poursuite de la sécurisation du SI en lien avec le RSSI et le DPO de GHT

5. Fiches Projets

Pour chacun des projets définis dans l'un des quatre axes, une révision sera faite en COPIL SI et/ou en commission de suivi du SI de GHT.
Chaque année, après analyse, un bilan et un état d'avancement des différents projets sera établi afin d'établir le plan d'action.
Chaque fiche projet devra faire l'objet d'une priorité, un plan d'action, la nomination d'un ou plusieurs pilotes ainsi qu'une équipe projet, un coût et un planning de réalisation.

Chapitre 7.
LE PROJET DE COMMUNICATION

I - INTRODUCTION

A l'aube des changements importants qui impactent le fonctionnement du Centre hospitalier d'Abbeville que ce soit en lien avec la Politique nationale de santé, le Projet régional de santé et le projet d'établissement ou en lien avec les évolutions technologiques, numériques et surtout le projet de modernisation tant attendu, l'établissement doit se doter d'une politique de communication claire et ambitieuse.

La communication est un enjeu majeur pour préserver et/ou gagner la confiance de la population, des acteurs internes et des professionnels. Elle vise à promouvoir, à valoriser l'établissement, à rendre lisibles les compétences disponibles pour soigner la population.

Elle implique l'ensemble des acteurs et repose sur la qualité des informations transmises et reçues.

II - BILAN DE L'EXISTANT

- **Communication externe**

Un Site internet qui existe mais qui a besoin d'être modernisé et surtout actualisé

Existence de colloques, journées à thèmes mais pas d'EPU : journée prévalence escarres, journée sans tabac, journée mondiale de l'audition, journée hygiène des mains, journée soins palliatifs/douleur ; participation aux actions de prévention du cancer : octobre rose (sur le cancer du sein), mars bleu (sur le cancer du côlon) et en janvier (cancer du col de l'utérus) ; journée d'éducation thérapeutique, colloque en psychiatrie, actions durant la semaine de l'allaitement, la semaine du handicap, la semaine de la Macula ou la semaine sécurité du patient, journées portes ouvertes en IFSI/IFAS…

- Publications dans les revues professionnelles non répertoriées
- Liaisons avec la presse locale et nationale ponctuelles
- Pas d'utilisation des réseaux sociaux hormis un compte Facebook alimenté par le pôle d'éducation et de prévention : formation de la secrétaire de direction sur la bonne utilisation de ces réseaux en mai 2018
- Déploiement en cours de la messagerie médicale sécurisée
- Organisation de visites ciblées : ARS, responsables politiques, …
- Une charte graphique peu connue et plus ou moins utilisée
- Convention en cours de signature pour un partenariat scientifique, technique et culturel avec la ville dans le but d'inventorier et valoriser le patrimoine mobilier et de diffuser des connaissances sur le patrimoine architectural du centre hospitalier.
- Pas de revue de presse
- Expositions et vernissage divers en psychiatrie et en EHPAD
- Une signalétique confuse et un affichage anarchique

- **Communication interne**

PROFESSIONNELS

Diffusion 4 fois par an du journal interne « ponctuation-santé » à tous les professionnels. Le comité de rédaction se réunit un mois avant la parution pour la validation du sommaire.

Un livret d'accueil du personnel à faire évoluer

Un site Intranet comprenant entre autre l'annuaire interne, les informations de la DRH, de la coordination générale des soins, des affaires médicales, de quelques instances dont la CME et de la qualité. Des actualités ponctuelles sont diffusées sur tous les postes via le service informatique. La fréquence de mise à jour est à organiser ainsi que l'arborescence et l'ergonomie.

La base documentaire est accessible pour tous les professionnels sur la base ENNOV mise à jour par le service qualité.

Le circuit des notes de services et notes d'informations n'est pas formalisé

Fond documentaire et revues utilisés en institut de formation

Abonnement à quelques revues de soins diffusées aux services de soins par l'intermédiaire des cadres supérieurs de santé

Création de l'observatoire social du projet de modernisation du CHA en mai 2018

Accès à l'actualité pour l'équipe de direction et les CSS par abonnement Hospimedia…

Organisation de journées pour les nouveaux arrivants : une fois par an organisées par la DRH et à chaque renouvellement d'internes …

Distribution d'un kit de bienvenue pour les nouveaux professionnels recrutés de façon pérenne par la direction des soins (avec distribution d'une douzaine de procédures importantes à connaître en priorité)

Peu de réunions de pôles

Des réunions de l'ensemble de l'encadrement du centre hospitalier peu nombreuses faute de salle disponible à proximité pouvant accueillir l'ensemble des cadres de l'établissement. Ponctuellement ces réunions sont organisées dans la cafétéria de la psychiatrie.

Réunions des CSS avec la direction des soins mensuellement suivies de réunions des CSS avec les cadres de santé de leur pôle afin de diffuser l'information

Pas de communiqué aux professionnels suite aux instances mais affichage des comptes rendus du CTE et du CHSCT à la DRH

Comité de direction hebdomadaire

De nombreux dossiers partagés en réseau

PATIENTS

Livret d'accueil institutionnel ; Livrets d'accueil spécifiques ; Brochures d'information

Organisation de journées thématiques : AVC, diabète, …

Les menus sont portés à la connaissance des patients par les hôtelières

Des circuits et une signalétique plus ou moins confus

Pas d'emplacement spécifique pour l'affichage patients

III . POLITIQUE DE COMMUNICATION

- Axe 1. Accentuer la présence de l'hôpital dans tous les médias généraux et dans les publications professionnelles afin de renforcer l'attractivité du Centre hospitalier d'Abbeville

- Axe 2. Affirmer l'identité de l'hôpital afin de promouvoir la cohésion des professionnels de l'établissement à travers les outils tels que le journal interne, l'intranet, l'événementiel, les plaquettes, la charte graphique : répondre à l'axe 2 du projet social qui est d'engager une politique de communication institutionnelle durable

- Axe 3. Améliorer l'accueil du public et des nouveaux arrivants professionnels par une signalétique adaptée aux évolutions de l'établissement, une politique d'affichage harmonisée et l'organisation de journées d'accueil

- Axe 4. Améliorer l'information du public et des professionnels sur le niveau de qualité de la prise en charge et donner de la visibilité à l'offre de soins, au plateau technique et aux parcours de soins intégrés dans le Groupement hospitalier de territoire grâce à la modernisation du site internet et l'utilisation fiable des réseaux sociaux, l'organisation de journées thématiques, le déploiement de la messagerie sécurisée vers les professionnels en ville et l'organisation d'EPU

- Axe 5. Valoriser le patrimoine architectural et culturel en lien avec les services de la mairie et de l'Etat (maison du projet)

- Axe 6. Informer le public en cas de crise : organiser la communication avec la presse

IV. PLAN D'ACTIONS

Axe 1. Accentuer la présence de l'hôpital dans tous les médias généraux et dans les publications professionnelles afin de renforcer l'attractivité du Centre hospitalier d'Abbeville

*Recenser les **ressources/compétences** existantes afin d'identifier une cellule de communication*
Pilote : direction

Diffuser des communiqués réguliers via les medias et les réseaux sociaux
Pilote : R Delplanque

Mettre en place la messagerie sécurisée pour diffuser des informations sur les nouveautés du CH
Pilote : F Régnier

Axe 2. Affirmer l'identité de l'hôpital afin de promouvoir la cohésion des professionnels de l'établissement à travers les outils tels que le journal interne, l'intranet, l'événementiel, les plaquettes, la charte graphique : répondre à l'axe 2 du projet social qui est d'engager une politique de communication institutionnelle durable

Recenser les ressources/compétences existantes afin d'identifier une cellule de communication
Pilote : direction

Redynamiser le comité de rédaction du journal interne
Pilote : direction

Recenser et organiser l'actualisation des outils en place : intranet, site, livrets d'accueil
Pilote : cellule communication

Compléter et faire connaitre la charte graphique pour une utilisation optimale
Pilote : cellule de communication

Axe 3. Améliorer l'accueil du public et des nouveaux arrivants professionnels par une signalétique adaptée aux évolutions de l'établissement, une politique d'affichage harmonisée et l'organisation de journées d'accueil

Organiser la signalétique
Pilote : M Dupuis

Définir une politique d'affichage
Pilote : R Delplanque

Axe 4. Améliorer l'information du public et des professionnels sur le niveau de qualité de la prise en charge et donner de la visibilité à l'offre de soins, au plateau technique et aux parcours de soins intégrés dans le Groupement hospitalier de territoire grâce à la modernisation du site internet et l'utilisation fiable des réseaux sociaux, l'organisation de journées thématiques, le déploiement de la messagerie sécurisée vers les professionnels en ville et l'organisation d'EPU

Organiser la refonte du site internet avec RV de consultations en ligne
Pilote : R Delplanque, Q Cayeux

Recenser et organiser l'actualisation des outils en place : intranet, site, livrets d'accueil
Pilote : cellule de communication

Planifier un E.P.U
Pilote : Dr Kfoury

Axe 5. Valoriser le patrimoine architectural et culturel en lien avec les services de la mairie et de l'Etat (maison du projet)

Suivi de la convention avec la ville d'Abbeville pour l'inventaire général du patrimoine culturel
Pilote : R Delplanque

Axe 6. Informer le public en cas de crise : organiser la communication avec la presse

Rédiger une fiche de communication en cas de crise
Pilote : R Delplanque

Les fiches actions seront rédigées par chaque responsable d'actions en définissant les moyens à mettre en œuvre, les acteurs concernés, le calendrier et les indicateurs de résultats.

MOYENS NECESSAIRES :

1. Ressources/compétences : infographie, réseaux sociaux, SIO, imprimerie, société conseil
2. Budget
3. Matériel : logiciels, reprographie,

CONCLUSION

La finalité de notre politique de communication se résume en ces termes :

« Connaître, reconnaître et faire connaître », l'activité de l'hôpital, la qualité des prestations et les valeurs humaines qui guident nos actions et l'ensemble de nos projets.

Chapitre 8 :
Le Projet de Modernisation

I. Les Objectifs de l'opération

L'amélioration de la prise en charge des patients :

- Regroupement des consultations externes,
- Fluidité du circuit patient : avec en particulier l'amélioration de la fluidité du parcours patient entre la chirurgie ambulatoire et le bloc opératoire, la réorganisation complète du circuit patients entre les consultations externes et la chirurgie ambulatoire et l'hôpital de jour de médecine, et la constitution d'un axe rouge.
- Intégration dans le projet de la mise aux normes de l'accessibilité aux personnes handicapées,
- Amélioration du confort des patients notamment en matière d'hébergement comme la création de chambres individuelles avec douche. La conception d'une nouvelle signalétique, la refonte des accès aux bâtiments et l'ouverture de l'établissement sur la ville.

L'optimisation de l'organisation en matière d'exercice d'activité médicale

- Intégration du bloc obstétrical au bloc opératoire général,
- Mise en conformité des urgences : intégration des urgences pédiatriques, différenciation des circuits patients.
- Création d'une unité de surveillance continue en contigüité de la réanimation et de l'USIC.

La mise en conformité :

- De l'hélistation,
- Du système de détection incendie (qui est actuellement assuré par de 2 centrales).

La prise en compte des évolutions d'organisations liées au développement de nouveaux modes de prise en charge : le développement de la chirurgie ambulatoire et l'évolution de la médecine ambulatoire.

La mise en œuvre du nouveau programme capacitaire.

La création d'une équipe logistique.

II - Cadrage de l'opération : le programme capacitaire

BATIMENT	NIVEAU	SERVICE	CAPACITAIRE	chambres simples	dont patients obèses	chambres doubles	Total	Pourcentage lits individuels	Commentaires
BCD	RDC	*CONSULTATIONS*							
BCD	R+1	HC Chirurgie	45	27	1	9	45	60%	*2 unités : 30+15*
BCD	R+2	Cardiologie	25	13	1	6	25	52%	
BCD	R+2	Médecine Neurovasculaire	30	14	1	8	30	47%	
BCD	R+3	Hépato gastro-entérologie	28	12	1	8	28	43%	
BCD	R+3	Pneumologie	30	14	1	8	30	47%	
BCD	R+4	Médecine interne, endocrino, hémato	30	16	1	7	30	53%	
EXTENSION	RDC	UHCD	8	8		0	8	100%	
EXTENSION	R+1	*PLATEAU TECHNIQUE*							
EXTENSION	R+2	UMCA	25						*Dédoublable en 39 places*
EXTENSION	R+3	U.S.I.C	6	6		0	6	100%	
EXTENSION	R+3	Réanimation	8	8		0	8	100%	
EXTENSION	R+3	Surveillance continue	4	4		0	4	100%	
EXTENSION	R+3	Néonatalogie	6	6		0	6	100%	
EXTENSION	R+3	Pédiatrie	10	10		0	10	100%	Dédoublable en 19lits
EXTENSION	R+3	HDJ Pédiatrie	1	1		0	1	100%	
EXTENSION	R+4	Gynécologie Obstétrique	25	25		0	25	100%	
E	RDC	PHARMACIE							
E	R+1	CONSULTATIONS MED							
E	R+2	SERVICES TRANSVERSAUX							
E	R+3	SSR Respi.(10lits et 5places)	15	10		0	***10***	100%	**10 Chambres plus 5 sans lits*
E	R+4	UCS gériatrique	28	14		7	28	50%	
		Hôpital de semaine de médecine	0						
		TOTAL GENERAL	**324**	**188**	**6**	**53**	**294**	**63,95%**	

*déductions faites
des 30 places

III - Cadrage de l'opération : le planning du projet

Toutes phases confondues
Concours MOE (ART&BUILD – A3 Architectes) : *Signature du marché de la maîtrise d'œuvre le 16 décembre 2016*

Phase DIAGNOSTICS : janvier à mars 2017
Validation des DIAGNOSTICS : avril 2017

Phase APS (avant-projet sommaire) : mai à octobre 2017

Lancement Phase 0/1
Phase APD (avant-projet définitif) : novembre – avril2018
Validation de l'avant-projet : avril 2018

Phase PC (permis de construire) : novembre 2017 à février 2018
Obtention du permis de construire le 10 juillet 2018

Phase PRO (projet) : mai- juin 2018
Phase DCE (dossier de consultation des entreprises) : juillet 2018
Lancement du dossier de consultation des entreprises : aout 2018

Appel d'offres entreprises : sept 2018 nov-2018
Choix des entreprises : janvier 2019
Démarrage des travaux phase 0-1 : Mars 2019

2) Cadrage de l'opération : le phasage

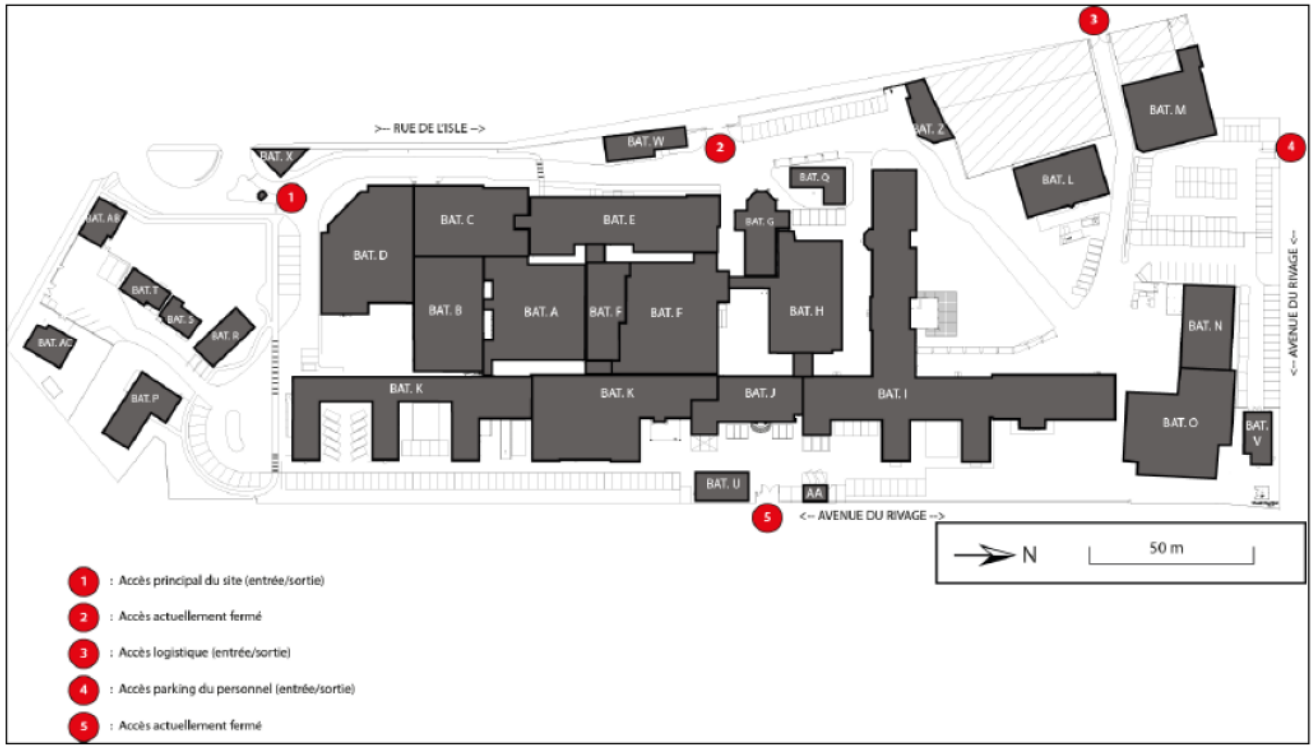
- Phase 0 : travaux préparatoires, déménagement de différents services – 6 mois

- Phase 1 : Construction de l'extension, bâtiment PT-FE – 30 mois
- Phase 1 bis : Réalisation du dépose-minute et du parvis

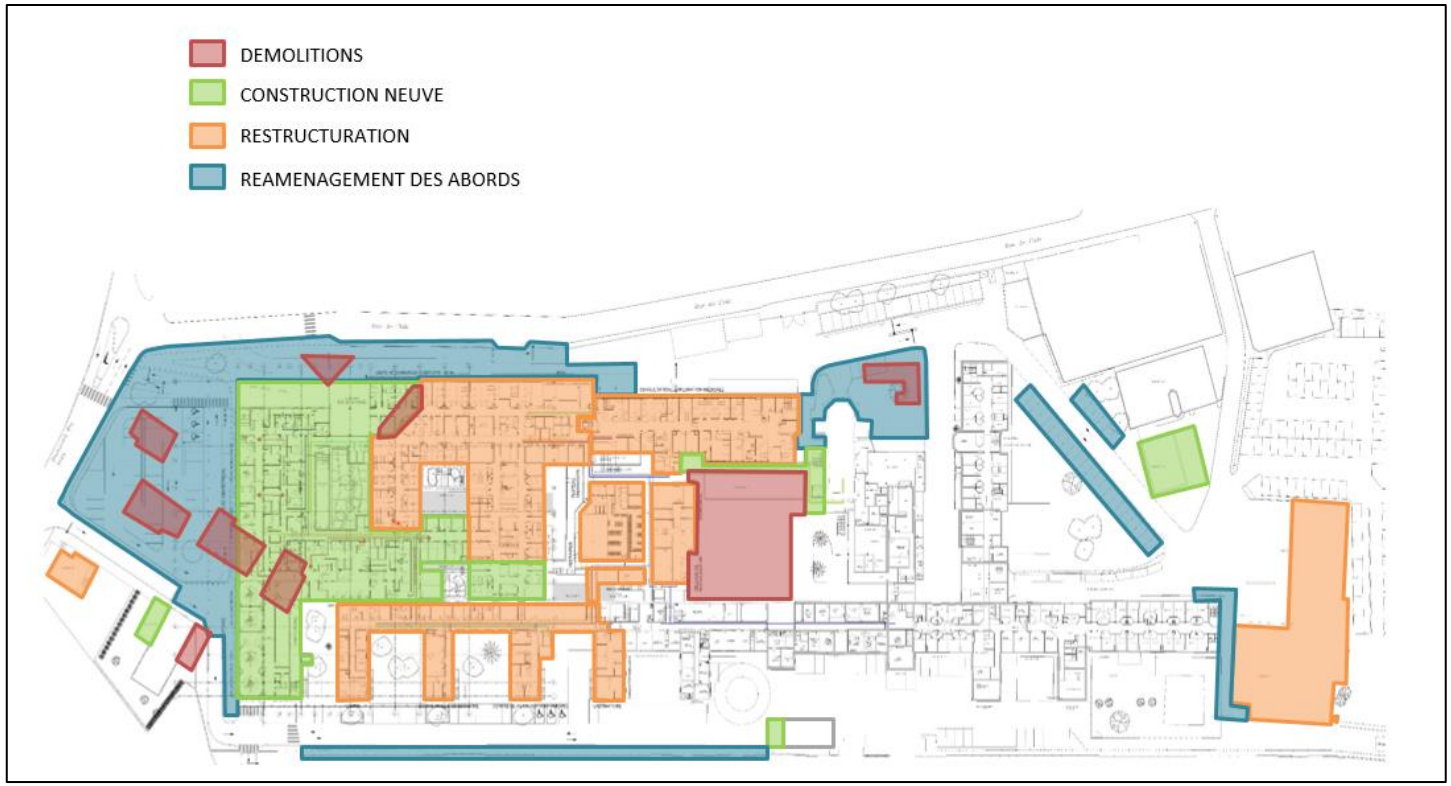
- Phase 2 : Restructuration des étages du Bât E (ex Pôle Femme Enfant) et réhabilitation des unités de soins dans les étages des Bâtiments BCD (hébergement), Démolition Bât F (ex Plateau Technique)

- Phase 3 : Extension de la pharmacie (RDC – bât E)

- Phase 4 : Réhabilitation du secteur consultations (RDC – bât BCD)



Plan de masse de l'établissement localisant les bâtiments selon leur dénomination en lettre.



Schématisation de l’ensemble des travaux programmés dans l’ensemble des phases du projet

IV - Présentation de la phase 0/1 : préambule

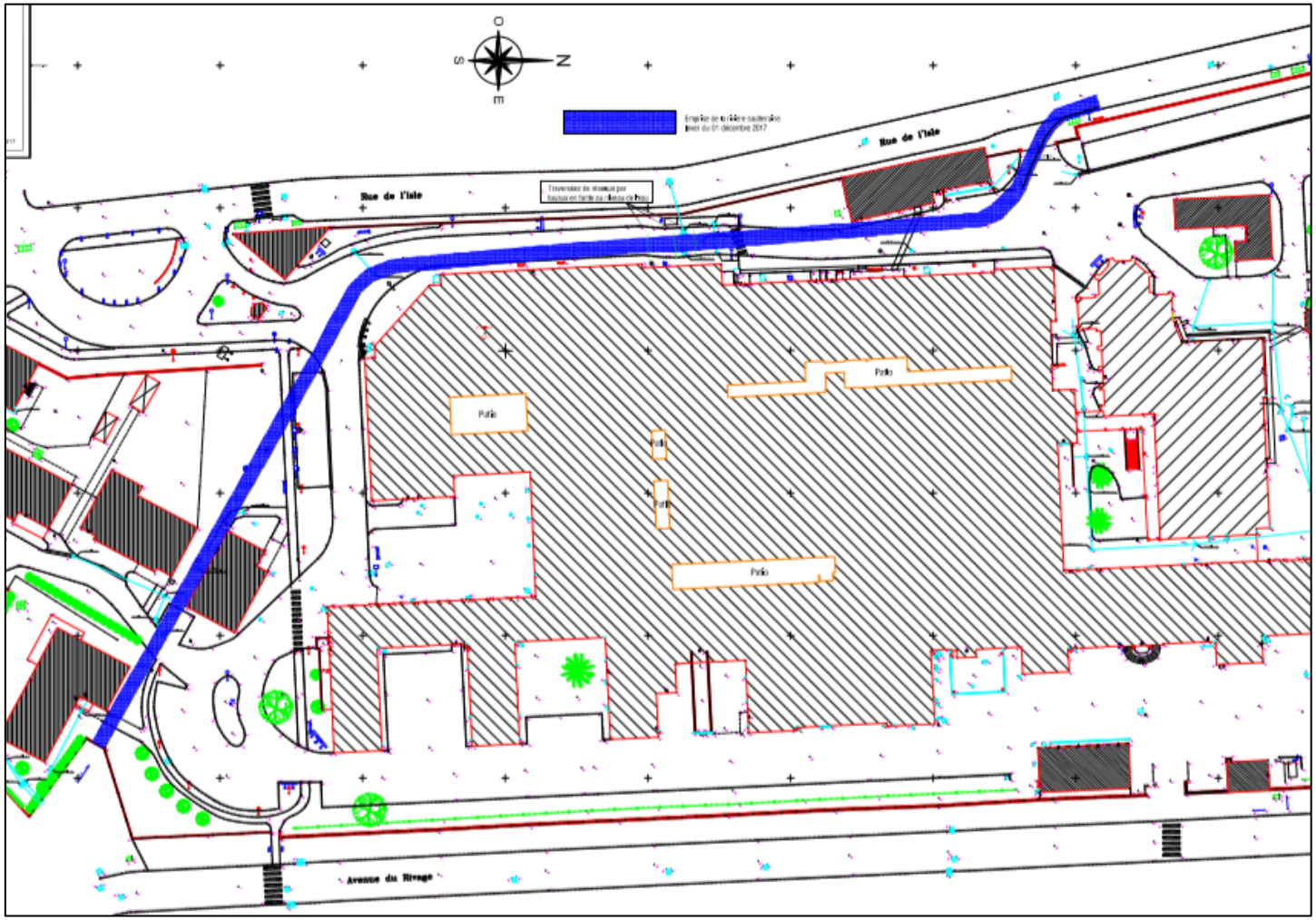
La première phase de ce projet global de modernisation de l'établissement consiste à réaliser une extension de 14 000 m² des bâtiments actuels comprenant principalement les services des urgences, le plateau technique, les soins critiques et le Pôle femme mère-enfant (PFME).

Cette extension va permettre de donner une nouvelle image à l'établissement par la création d'une nouvelle entrée principale et une ouverture sur le boulevard des Près, axe majeur de circulation et d'accès à l'établissement.

La construction de ce nouveau bâtiment va également permettre de créer un poste central de sécurité, indispensable à la gestion du site et de réhabiliter l'hélistation située en toiture terrasse des bâtiments existants.

Le site est traversé par un canal, ouvrage en béton enterré, déviant un cours d'eau. Ce canal représente une importante contrainte car l'extension du centre hospitalier se situera au-dessus de ce dernier et son enfouissement par rapport au terrain varie entre 50 à 70 cm.

Le canal est représenté en bleu sur les plans ci-dessous.



Extrait du plan de relevé géomètre. (Canal en trait bleu)

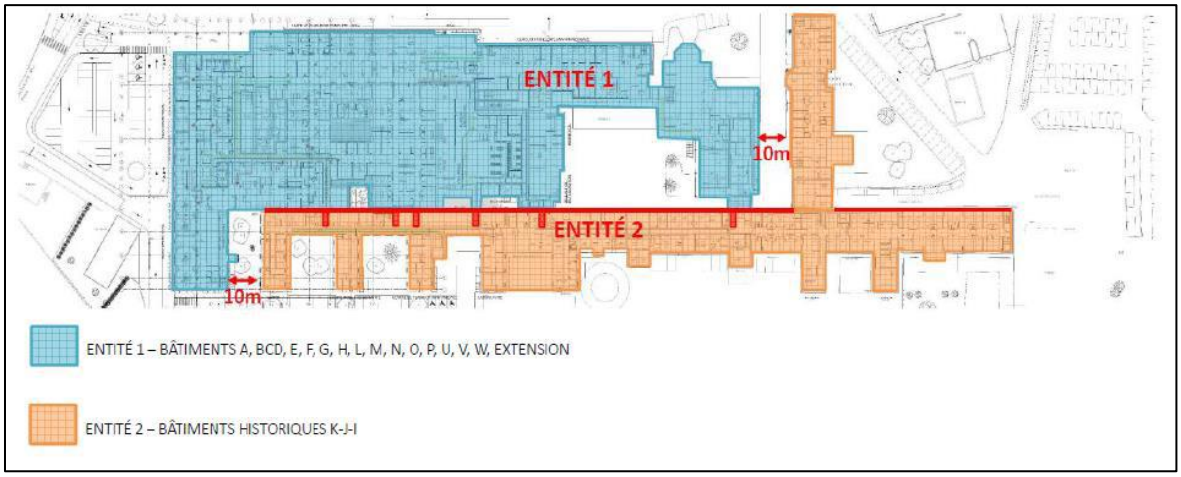
L'extension sera constituée d'un RDC + 4 niveaux. Cette extension se situe au Sud des bâtiments existants BCD. Les travaux de réhabilitations lourdes seront effectués sur le bâtiment K dont les façades et la toiture seront conservées.

Le niveau le plus bas sera constitué d'une dalle portée.

Les travaux s'effectueront en site occupé, l'hôpital restera en fonctionnement, ce qui exige des dispositions sévères quant aux nuisances (acoustiques, visuels, pollution de l'air et etc.) lors des travaux. Les travaux seront organisés de façon à limiter au maximum ces nuisances.

Dans le cadre de cette modernisation du CH et pour des raisons architecturales et fonctionnelles du site, il est proposé de scinder l'établissement en deux entités distinctes :

• **Entité 1 :** La partie contemporaine composée des bâtiments existants (A, B, C D, E, F1, G et H) et de la nouvelle extension (bâtiment Y). (Catégorie 2 / R+5 – 1394 personnes).
• **Entité 2 :** La partie historique composée des bâtiments I, J et K (Catégorie 4 / R+1 – 246 personnes).

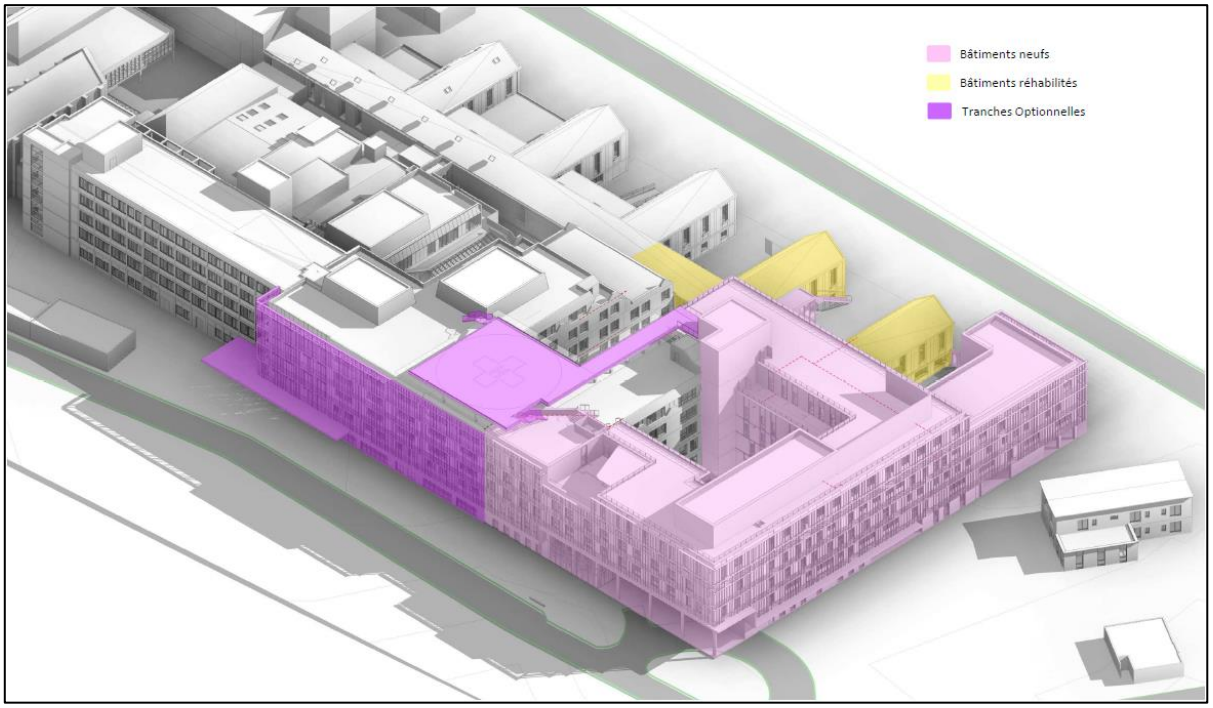


Ces deux entités seront autonomes selon le CO 10, d'un point de vue de la structure, des équipements techniques (sauf réseaux de chauffage et alimentation en eau) et de leurs défenses respectives, elles seront isolées par une paroi CF 2H et des sas d'isolement ayant des parois CF 2H et des portes PF 2H prévus à chaque point de connexion.

Le projet de rénovation du CH Abbeville ne prévoit pas un arrêt total des services hospitaliers et un des principaux enjeux de l'opération est donc de réaliser les travaux dans un environnement en activité.

L'objectif premier pour la conception des travaux est d'assurer la sécurité, l'hygiène et le minimum de nuisances possible pour le public et le personnel de l'Hôpital tout en permettant le déroulement des travaux et en garantissant d'autre part la sécurité et la gestion des risques amiante et plomb tant à l'intérieur du chantier que dans son environnement.

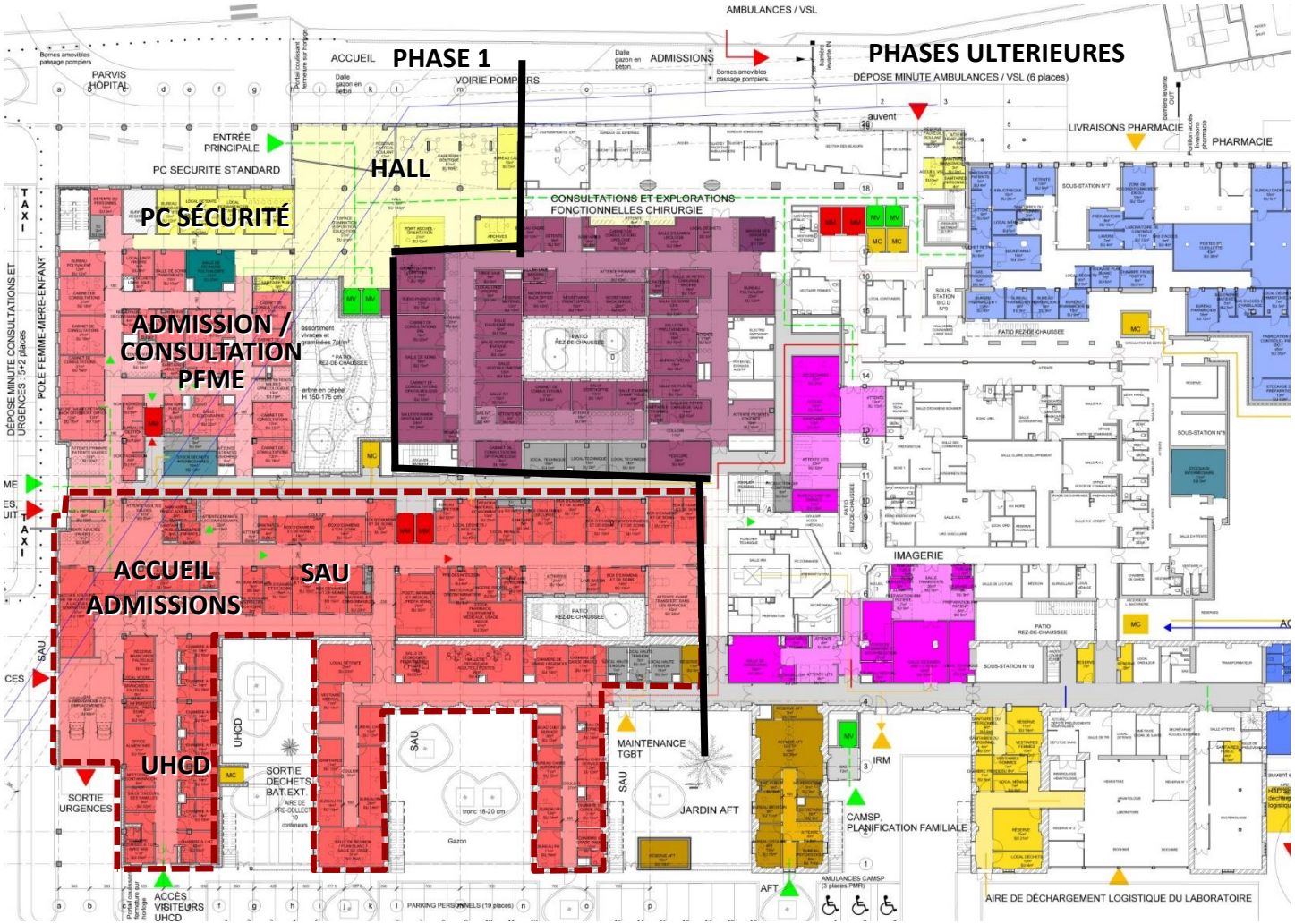
Représentations axonométriques de l’extension et de la réhabilitation de l’établissement en phase 0/1 :



Vue SUD OUEST

Vue NORD EST

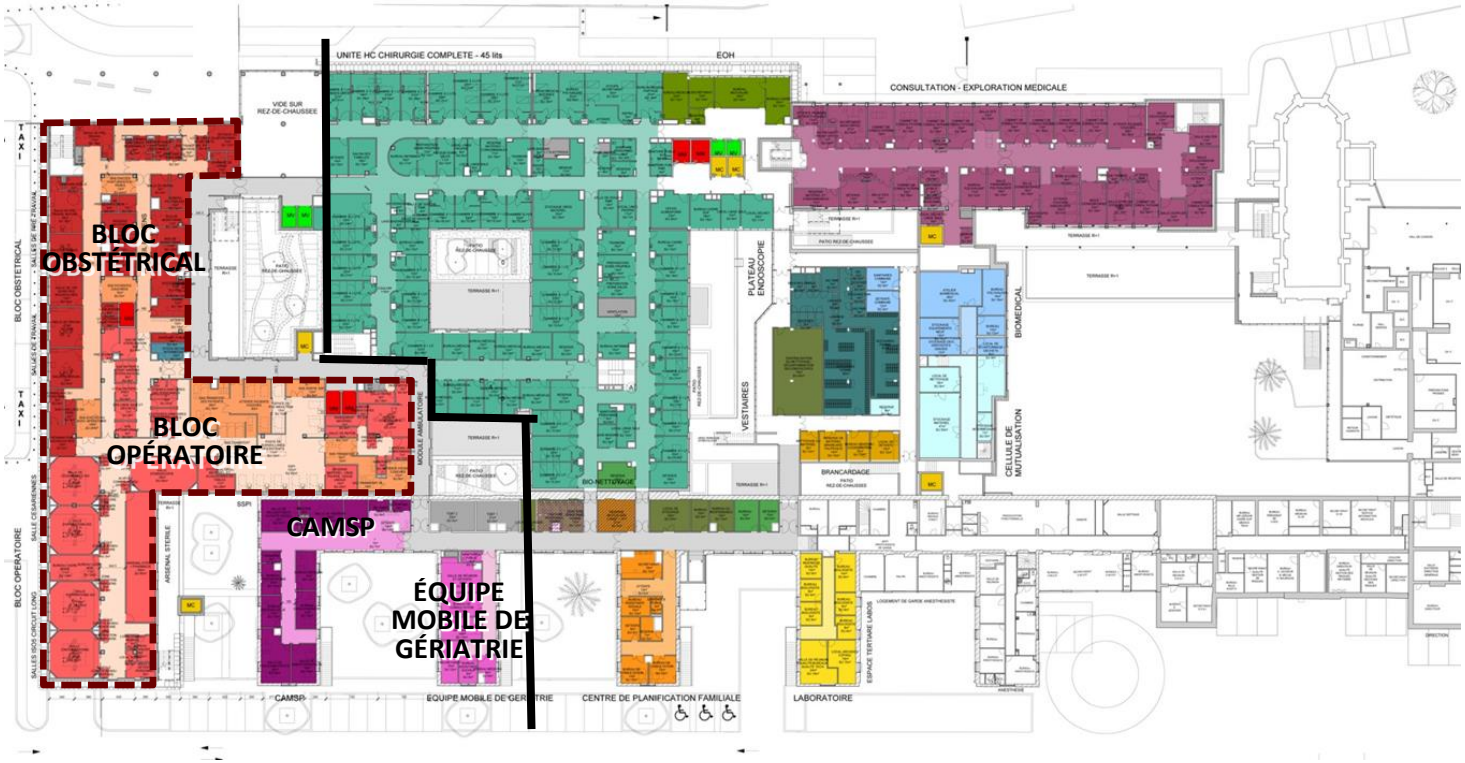
V - Présentation de la phase 0/1 : les plans



REZ-DE-CHAUSSE :

- Service d’accueil des Urgences (SAU)
- Zone Hébergement de courte durée (UHCD)
- Admissions et consultations du pôle femme et enfant (Gynéco-obstétrique/Pédiatrique)
- PC sécurité (sécurité incendie, sûreté et permanence standard téléphonique)
- Hall d’entrée comprenant l’accueil général et l’espace boutique/cafétéria
- Parvis d’entrée et dépose minute.

Présentation de la phase 0/1 : les plans



PREMIER ETAGE :

- BLOC OPERATOIRE
- BLOC OBSTETRICAL
- CAMSP (centre d'action médico-sociale précoce)
- EMG (équipe mobile gériatrique)

DEUXIEME ETAGE :

- Unité de médecine et de chirurgie ambulatoire UMCA
- Locaux techniques

Présentation de la phase 0/1 : les plans

TROISIEME ETAGE :

- Soins critiques (Réanimation, surveillance continue)
- Néonatologie
- Pédiatrie

QUATRIEME ETAGE :

- Maternité

Chapitre 9.
Le Projet Financier

I. Le contrat de retour à l'équilibre financier : le CREF.

Le centre hospitalier a signé un contrat de retour à l'équilibre financier avec l'Agence Régionale des Hauts de France fin septembre 2018.

Le Plan de redressement de la situation financière du Centre Hospitalier d'Abbeville établit les engagements des parties signataires afin de mettre en œuvre les actions retenues par les deux parties.

Il repose sur les axes fixés dans le Projet médical de territoire et dans le Plan de retour à l'équilibre.

Engagement des parties

Engagements de l'Etablissement

L'Etablissement s'engage à mettre en œuvre le programme d'actions. Dans cet objectif, il s'engage :

- à mobiliser les ressources internes nécessaires à la réalisation du plan d'actions,
- à piloter activement toutes les actions du programme d'actions dans le respect des objectifs identifiés,
- à assurer un reporting régulier auprès de l'Agence Régionale de Santé

Les attendus doivent se matérialiser par des transformations mesurables et pérennes dont les modalités sont définies dans les annexes 2 et 3 du CREF.

Le projet est porté par le Directeur du Centre Hospitalier, Monsieur Georges NIVESSE, le Président de la CME, le Dr Michel KFOURY et le Directoire.

Engagements de l'ARS des Hauts-de-France

L'ARS des Hauts-de-France s'engage à désigner un référent pour le suivi et l'accompagnement opérationnel du plan d'actions. Ce référent soutient l'établissement dans la résolution des problèmes liés au contrat et la définition des solutions.

Les référents pour l'ARS sont **M. Pierre BOUSSEMART**, Sous-directeur de la Direction de l'Offre de Soins, **M. Emmanuel SINNAEVE**, Responsable du Service Amélioration de l'Efficience et **Mme Nathalie DHELLEM** Chargée de Mission Performance Service Amélioration de l'efficience, en lien avec le Pôle de proximité.

Exécution du contrat

Gouvernance de la mise en œuvre du contrat

Au sein de l'Établissement, le pilotage et l'exécution du contrat reposent sur une gouvernance telle que décrite ci-après :

- Les groupes projets opérationnels

Pour chacune des pistes présentées, des groupes de travail opérationnels sont mis en œuvre au sein de l'Établissement. Ces groupes sont pilotés par une personne ou un binôme médico-administratif qui sont les garants des résultats attendus.

- Le Directoire

Le Directoire se tient tous les mois avec entre autres pour objectifs de suivre l'état d'avancement des projets par rapport à l'échéancier fixé, de prendre les décisions et d'arbitrer le cas échéant, et enfin de remonter si nécessaire les points de blocage aux signataires dudit contrat.

Le Directoire est présidé par le Directeur du Centre Hospitalier et en cas d'absence par le vice-président du Directoire, Président de la Commission Médicale d'Établissement. Il sollicite si nécessaire les animateurs des groupes projets opérationnels.

- Le comité de suivi Établissement-ARS

Le comité de suivi Établissement-ARS veille au bon déroulement du contrat, au respect des engagements pris et à l'atteinte des résultats attendus. À cette occasion, une évaluation de l'avancement du plan d'actions est effectuée.

Le comité de suivi est composé :
- du Directeur de l'Offre de Soins de l'ARS ou son représentant.
- du Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant ;
- du Président de la Commission Médicale d'Établissement ou son représentant.

Il se réunit à l'ARS au minimum deux fois par an selon le calendrier indicatif suivant :

- Lors de la séance de mars/avril, une attention particulière est portée aux résultats de l'année écoulée au vu de la clôture comptable (RIA2).

- Lors de la séance d'octobre/novembre, une attention particulière est portée sur l'avancement des actions prévus dans le présent contrat par rapport à l'EPRD de l'établissement qui fera l'objet si nécessaire d'une Décision Modificative

En cas d'écart substantiel dans la mise en œuvre du contrat, et notamment la réduction de l'IP-DMS et l'évolution de l'activité, l'établissement devra mettre en œuvre la révision de capacitaire et les arbitrages nécessaires. Ceux-ci sont proposés à l'ARS lors d'une séance exceptionnelle du comité de suivi puis présentés aux instances de l'établissement. Une fois validé, ils feront l'objet d'un avenant tel qu'indiqué à l'article 6 supra

Modalités opérationnelles de suivi

La gouvernance de la mise en œuvre du contrat, telle que décrite ci-dessus, s'appuie sur un tableau de bord colligeant les indicateurs retenus pour chaque chantier opérationnel décrit dans les fiches actions du Plan de Retour à l'Équilibre (outil OPRE fourni par l'ARS). Les indicateurs retenus font l'objet d'une mesure au démarrage de chaque groupe projet et sont suivis en routine. Ils permettront notamment de constater l'impact des changements mis en œuvre, de s'assurer de leur durabilité et d'évaluer le retour sur investissement du présent contrat.

Actions retenues et objectifs visés

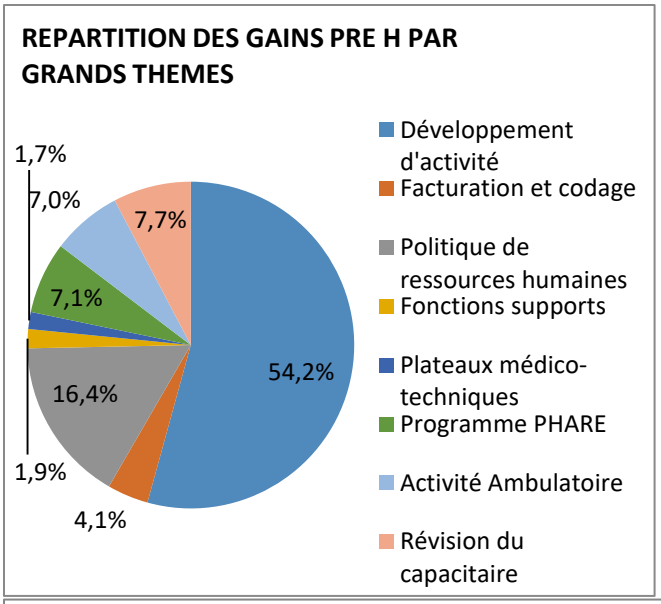
Suite aux travaux de diagnostic, de cadrage et de priorisation, les parties signataires retiennent **27 actions** déclinées synthétiquement ci-après en termes d'objectifs.

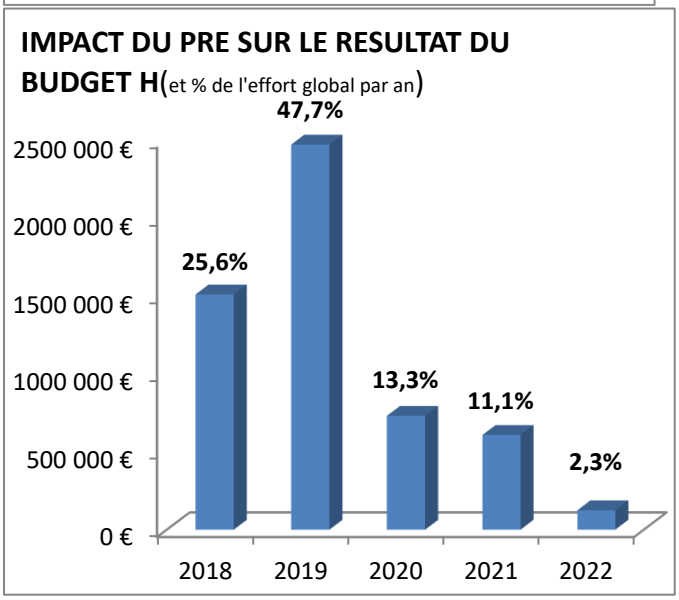
En 2017, l'Établissement a déjà engagé des actions relatives au réaménageant du temps de travail en faisant passer la durée journalière de travail des personnels non médicaux de 7h30 à 7h12. Cette mesure a permis de dégager une économie de 1M€ et de minorer l'effectif de 25 ETP.

Les objectifs, impacts, leviers et périmètres de ces pistes de travail sont détaillés dans l'Annexe 2 du CREF.

La déclinaison comptable de la mise en œuvre de ces différentes pistes sur l'EPRD de l'établissement (= gain à obtenir de l'action en dépenses et en recettes par rapport à l'année antérieure) est synthétisée dans le tableau ci-dessous :

IMPACT DU PRE SUR LE RESULTAT DU BUDGET H DE L'ETABLISSEMENT							
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL
Titre 1 - Produits versés par l'assurance maladie	1 459 733 €	2 284 851 €	1 271 184 €	1 009 200 €	100 000 €	-	6 124 968 €
Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière	25 000 €	-	-	-	-	-	25 000 €
Titre 3 - Autres produits	-	-	-	-	-	-	0 €
TOTAL Produits	1 484 733 €	2 284 851 €	1 271 184 €	1 009 200 €	100 000 €	0 €	6 149 968 €
Titre 1 - Charges de personnel	178 433 €	-90 074 €	651 500 €	388 500 €	-25 000 €	-	1 103 359 €
Charges de personnel médical	90 267 €	-46 907 €	198 500 €	148 500 €	-	-	390 360 €
Charges de personnel non médical	88 167 €	-43 167 €	453 000 €	240 000 €	-25 000 €	-	713 000 €
Titre 2 - Charges à caractère médical	-110 000 €	-223 000 €	-111 000 €	-31 000 €	-	-	-475 000 €
Titre 3 - Charges à caractère hôtelier & général	23 000 €	-28 860 €	6 000 €	50 000 €	-	-	50 140 €
Titre 4 - Charges financières	-	28 600 €	-	-	-	-	28 600 €
TOTAL Charges	91 433 €	-313 334 €	546 500 €	407 500 €	-25 000 €	0 €	707 099 €
IMPACT SUR LE RESULTAT H	**1 393 300 €**	**2 598 185 €**	**724 684 €**	**601 700 €**	**125 000 €**	**0 €**	**5 442 869 €**
IMPACT SUR LA MARGE BRUTE H	**1 393 300 €**	**2 626 785 €**	**724 684 €**	**601 700 €**	**125 000 €**	**0 €**	**5 471 469 €**





Modification du contrat par voie d'avenant

En cas d'évolution substantielle de la situation du Centre Hospitalier ou en cas de non atteinte des objectifs, un avenant pourra être élaboré et signé par les deux parties après validation des instances internes du CH.

Forme du contrat

Le contrat prend la forme d'un avenant au Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) en application de l'article L.6143-3 du code de la santé publique.

II. Synthèse des actions et leur impact financier

IMPACT DES ACTIONS SUR LE RESULTAT DU BUDGET H DE L'ETABLISSEMENT									
référence pour formules	3	4	5	6	7	8	9	10	
ACTION	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	TOTAL
Révision du capacitaire	140 000 €	280 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	420 000 €
CAPA1 : Ajustement du nombre de lits de chirurgie digestive, spécialités et médecine programmée de 21 lits à 14 lits	140 000 €	280 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	420 000 €
Activité Ambulatoire	36 400 €	107 640 €	135 600 €	99 200 €	0 €	0 €	0 €	0 €	378 840 €
AMBU1 : Optimisation du fonctionnement de l'UMCA	0 €	35 000 €	35 000 €	35 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	105 000 €
AMBU2 : Consultations avancées en ophtalmo. Et développement de la chirurgie ambulatoire	21 400 €	57 640 €	85 600 €	64 200 €	0 €	0 €	0 €	0 €	228 840 €
AMBU4 : Développer l'activité vasculaire	15 000 €	15 000 €	15 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	45 000 €
Programme PHARE	77 000 €	85 600 €	174 000 €	50 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	386 600 €
PHARE1 : Gains achat	32 000 €	35 600 €	44 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	111 600 €
PHARE2 : Maitrise des dépenses de médicaments	45 000 €	50 000 €	55 000 €	50 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	200 000 €
PHARE3 : Laboratoire	0 €	0 €	75 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	75 000 €
Plateaux médico-techniques	10 400 €	31 200 €	50 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	91 600 €
PMT1 : Télé radiologie	10 400 €	31 200 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	41 600 €
PMT2 : Transformation salle de bloc	0 €	0 €	50 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	50 000 €
Fonctions supports	0 €	103 260 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	103 260 €
SUPPORT1 : Messagerie sécurisée et publipostage	0 €	103 260 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	103 260 €
Politique de ressources humaines	14 500 €	658 500 €	97 000 €	95 000 €	25 000 €	0 €	0 €	0 €	890 000 €
RH1 : Optimisation du temps de travail additionnel dans les services en astreinte	0 €	180 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	180 000 €
RH2 : Psychologues en psychiatrie	0 €	0 €	72 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	72 000 €
RH3 : SMUR	0 €	25 000 €	25 000 €	25 000 €	25 000 €	0 €	0 €	0 €	100 000 €
RH4 : Maternité, ajustement des ETP au regard de l'activité	14 500 €	43 500 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	58 000 €
RH5 : Optimisation du recours au temps de travail additionnel dans les services en garde sur place/temps médical continu	0 €	230 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	230 000 €
RH6 : Mise en conformité de la rémunération des IADE et IBODE	0 €	180 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	180 000 €
RH7 : Optimisation des effectifs	0 €	0 €	0 €	70 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	70 000 €
Facturation et codage	140 000 €	82 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	222 000 €
VALO1 : Améliorer le codage des actes externes	75 000 €	82 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	157 000 €
VALO2 : SMUR 2eme équipe , ajustement de la dotation	65 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	65 000 €
Développement d'activité	975 000 €	1 249 985 €	268 084 €	357 500 €	100 000 €	0 €	0 €	0 €	2 950 569 €
DEV1 : Ouverture de 15 lits de médecine polyvalente post urgence	500 000 €	1 000 001 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	1 500 001 €
DEV3 : Maintenir le taux d'occupation de l'USIC à 88%	275 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	275 000 €
DEV4 : Maintenir le taux d'occupation de la réanimation à hauteur de 86%	175 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	175 000 €
DEV5 : Augmenter l'activité du laboratoire à moyens constants	0 €	40 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	40 000 €
DEV7 : HAD	25 000 €	25 000 €	25 000 €	25 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	100 000 €
DEV6 : Néphrologie	0 €	0 €	0 €	100 000 €	100 000 €	0 €	0 €	0 €	200 000 €
DEV2 : Création d'une USP	0 €	0 €	-32 500 €	232 500 €	0 €	0 €	0 €	0 €	200 000 €
DEV8 : Développement des OCT en ophtalmologie	0 €	184 984 €	275 584 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	460 568 €
Autres thèmes									0 €
Actions spécifiques aux budgets annexes									
TOTAL DES ACTIONS	1 393 300 €	2 598 185 €	724 684 €	601 700 €	125 000 €	0 €	0 €	0 €	5 442 869 €
Répartition du PRE par année	*25,6%*	*47,7%*	*13,3%*	*11,1%*	*2,3%*	*0,0%*	*0,0%*	*0,0%*	*100,0%*

INTEGRATION DU PROGRAMME D'ACTION DANS LE PGFP

Taux d'évolution par titre hors PRE

TAUX D'EVOLUTION DES TITRES PREVISIONNELS PAR	2018	2019	2020	2021	2022
Titre 1 - Produits versés par l'assurance maladie					
Dont recettes à l'activité	0,96%	0,80%	0,80%	0,80%	0,80%
Dont MO et DMI	-2,91%	0,80%	0,80%	0,80%	0,80%
Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière	3,75%	0,80%	0,80%	0,80%	0,80%
Titre 3 - Autres produits	Renseigner les valeurs réelles dans PGFP Cible sauf pour autres produits de Titre 3				
Titre 1 - Charges de personnel	-0,20%	0,80%	0,80%	0,80%	0,80%
Titre 2 - Charges à caractère médical	0,03%	0,80%	0,80%	0,80%	0,80%
Titre 3 - Charges à caractère hôtelier & général	0,67%	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%
Titre 4 - Charges financières	Renseigner les valeurs réelles dans PGFP Cible sauf pour les autres charges de Titre 4				
Autres charges de Titre 4					

COMPTE DE RESULTAT H	2018	Impact PRE 2018	Nouvelle évolution 2018	2018 PRE	Impact PRE 2019	Nouvelle évolution 2019	2019 PRE	Impact PRE 2020	Nouvelle évolution 2020	2020 PRE	Impact PRE 2021	Nouvelle évolution 2021	2021 PRE	Impact PRE 2022	Nouvelle évolution 2022	2022 PRE
Titre 1 - Produits versés par l'assurance maladie	81 957 313	1 459 733	-153 380	83 417 046	2 284 851	667 056	86 368 953	1 271 184	691 443	88 331 580	1 009 200	707 129	90 047 908	100 000	720 830	90 868 738
Dont recettes à l'activité	55 522 400	1 424 733	525 495	56 947 093	2 281 267	455 577	59 683 937	1 269 284	477 471	61 430 692	1 005 500	491 446	62 927 638	100 000	503 421	63 531 059
Dont Lamda	0		-3 586	0		0			0			0			0	
Dont MO et DMI	4 601 000		-137 902	4 601 013		36 808	4 637 822		37 103	4 674 924		37 399	4 712 323		37 699	4 750 022
Dont forfaits (FAU, MIGAC, DAF, FIR,..) y compris les aides financières	21 833 913		-963 665	21 833 913	100 000	174 671	22 108 584		176 869	22 285 453		178 284	22 463 737		179 710	22 643 446
Dont aides financières budgétaires	0		0			0			0			0			0	
Dont aides financières investissements	0		0			0			0			0			0	
Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière	7 370 350	25 000	266 193	7 395 348	0	59 163	7 454 510	0	59 636	7 514 147	0	60 113	7 574 260	0	60 594	7 634 854
Titre 3 - Autres produits	10 291 401	0	-1 629 850	10 294 241	0	372 140	10 666 381	0	624 924	11 291 305	0	597 468	11 888 774	0	322 870	12 211 644
Rétrocession de médicaments	2 825 000		-20 194	2 825 000		22 600	2 847 600		22 781	2 870 381		22 963	2 893 344		23 147	2 916 491
g50 g52 g5	2 600 000		-24 118	2 600 000		20 800	2 620 800		20 966	2 641 766		21 134	2 662 901		21 303	2 684 204
Produits financiers	0		0	0		0	0		0	0		0	0		0	0
Dont produits exceptionnels (hors 775 et 777)	505 000		-564 073	505 000		-50 000	455 000		0	455 000		0	455 000		0	455 000
Dont produits des cessions d'actifs	0		-380 292	0		0	0		0	0		0	0		0	0
Quote part de subvention d'investissement virée au résultat de l'exercice	0		-51 557	0		0	0		0	0		0	0		0	0
Dont reprises sur amortissements, dépréciations et provisions (hors 78742)	300 000		-507 860	300 000		0	300 000		0	300 000		0	300 000		0	300 000
Dont reprises sur les provisions pour renouvellement des immobilisations	101 005		103 845	103 845		295 712	399 557		561 392	960 949		533 428	1 494 377		258 317	1 752 694
Transferts de charges	2 500		42	2 500		20	2 520		20	2 540		20	2 560		20	2 581
Dont variation des stocks à caractère médical (crédits)	1 280 157		-344 584	1 280 157		-36 006	1 244 151		0	1 244 151		0	1 244 151		0	1 244 151
Dont autres variation de stocks (crédits)	226 739		-59 254	226 739		99 406	326 145		0	326 145		0	326 145		0	326 145
Dont remboursements sur rémunérations, charges sociales ou taxes (crédits)	350 000		8 517	350 000		2 800	352 800		2 822	355 622		2 845	358 467		2 868	361 335
Dont rabais, remises et ristournes (crédits)	0		0	0		0	0		0	0		0	0		0	0
Dont atténuation de charges- portabilité compte épargne temps (CET)	0		0	0		0	0		0	0		0	0		0	0
Autres produits de Titre 3	2 101 000		209 678	2 101 000		16 808	2 117 808		16 942	2 134 750		17 078	2 151 828		17 215	2 169 043
TOTAL DES PRODUITS	**99 619 064**	**1 484 733**	**-1 517 037**	**101 106 634**	**2 284 851**	**1 098 359**	**104 489 844**	**1 271 184**	**1 376 003**	**107 137 031**	**1 009 200**	**1 364 710**	**109 510 942**	**100 000**	**1 104 293**	**110 715 235**
Titre 1 - Charges de personnel	71 356 640	178 433	-145 278	71 535 076	-90 074	572 281	72 017 282	651 500	576 138	73 244 921	388 500	585 959	74 219 380	-25 000	593 755	74 788 135
Titre 2 - Charges à caractère médical	17 909 616	-110 000	4 834	17 799 609	-223 000	142 397	17 719 006	-111 000	141 752	17 749 758	-31 000	141 998	17 860 756	0	142 886	18 003 642
Titre 3 - Charges à caractère hôtelier & général	9 129 815	23 000	61 204	9 152 815	-28 860	45 764	9 169 719	6 000	45 849	9 221 568	50 000	46 108	9 317 676	0	46 588	9 364 264
dont redevances de crédit-bail mobilier						0			0			0			0	
dont Part fonctionnement - partenariats public privé	0		0			0			0			0			0	
dont crédit-bail immobilier						0			0			0			0	
Titre 4 - Charges financières	4 438 984	0	-1 518 806	4 467 584	28 600	1 190 106	5 686 290	0	854 324	6 540 614	0	1 024 504	7 565 118	0	389 308	7 954 426
Dont charges financières	490 984		-12 435	490 984		185 477	676 461		236 508	912 969		269 434	1 182 403		-38 446	1 143 957
Dont charges exceptionnelles (hors 675)	400 000		-93 216	400 000		100 000	500 000		-100 000	400 000		0	400 000		0	400 000
Dont valeur comptable des éléments d'actifs cédés	0		-435 000	0		0			0			0			0	
Dont dotations aux amortissements et provisions (hors 6811et 68742)	300 000		-1 637 690	300 000		0	300 000		0	300 000		0	300 000		0	300 000
Dont dotations aux amortissements des immobilisations incorporelles et corporelles	3 248 000		727 136	3 276 600	28 600	904 629	4 209 829		717 816	4 927 645		755 070	5 682 715		427 754	6 110 469
Dont dotations aux provisions pour renouvellement des immobilisations	0		0	0		0			0			0			0	
Autres charges de Titre 4	0		-67 601	0		0	0		0	0		0	0		0	0
TOTAL DES CHARGES	**102 835 055**	**91 433**	**-1 598 045**	**102 955 084**	**-313 334**	**1 950 548**	**104 592 298**	**546 500**	**1 618 063**	**106 756 861**	**407 500**	**1 798 569**	**108 962 930**	**-25 000**	**1 172 537**	**110 110 467**
RESULTAT H	**-3 215 991**	**1 393 300**	**81 008**	**-1 848 450**	**2 598 185**	**-852 189**	**-102 453**	**724 684**	**-242 060**	**380 171**	**601 700**	**-433 859**	**548 012**	**125 000**	**-68 244**	**604 768**
Charges de fonctionnement H (T1 + T2 + T3 - 7087 - 603 - RRR - (	93 939 175	91 433	340 200	94 030 604	-341 934	673 442	94 362 112	546 500	739 950	95 648 562	407 500	750 086	96 806 148	-25 000	759 059	97 540 206
Produits de fonctionnement H (T1 + T2 +T3 - 7087 - 76 - 77 - 78 - 7	94 253 663	1 484 733	302 297	95 738 393	2 284 851	765 627	98 788 871	1 271 184	790 802	100 850 857	1 009 200	807 283	102 667 340	100 000	821 785	103 589 125
Marge brute du CRPP	**314 488**	**1 393 300**	**-37 903**	**1 707 789**	**2 626 785**	**92 185**	**4 426 760**	**724 684**	**50 852**	**5 202 296**	**601 700**	**57 197**	**5 861 192**	**125 000**	**62 727**	**6 048 919**
Taux de marge brute CRPP	**0,3%**			**1,8%**			**4,5%**			**5,2%**			**5,7%**			**5,8%**
Marge brute du CRPP hors aides	**314 488**			**1 707 789**			**4 426 760**			**5 202 296**			**5 861 192**			**6 048 919**
Taux de marge brute CRPP hors aides	**0,3%**			**1,8%**			**4,5%**			**5,2%**			**5,7%**			**5,8%**

Tableau de financement sur 5 ans

TABLEAU DE FINANCEMENT	2018	Impact PRE 2018	Nouvelle évolution 2018	2018 PRE	Impact PRE 2019	Nouvelle évolution 2019	2019 PRE	Impact PRE 2020	Nouvelle évolution 2020	2020 PRE	Impact PRE 2021	Nouvelle évolution 2021	2021 PRE	Impact PRE 2022	Nouvelle évolution 2022	2022 PRE
CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT	968 610	0	0	2 444 610	0	590 275	4 342 535	0	0	4 993 767	0	83 664	6 094 074	0	153 376	6 328 118
Titre 1 - Emprunts	0		0			10 000 000	10 000 000		0	10 000 000		0	10 000 000		-10 000 000	
Titre 2 - Dotations et subventions	0		-473 982			0			0			0			0	
Titre 3 - Autres ressources	0		-380 292			0			0			0			0	
TOTAL Ressources	**968 610**	**0**	**-854 274**	**2 444 610**	**0**	**10 590 275**	**14 342 535**	**0**	**0**	**14 993 767**	**0**	**83 664**	**16 094 074**	**0**	**-9 846 624**	**6 328 118**
INSUFFISANCE D'AUTOFINANCEMENT	0	0	0	0	0	0	0	0	41 826	0	0	0	0	0	0	0
Titre 1 - Remboursement des dettes financières	596 147		8 340	596 147		365 938	962 085		170 882	1 132 967		303 073	1 436 040		40 071	1 476 111
Titre 2 - Immobilisations	8 431 600		4 861 299	8 770 551		6 671 104	15 441 655		3 211 308	18 652 963		-5 279 526	13 373 437		-7 966 022	5 407 415
Titre 3 - Autres emplois	0		-467 623			0			0			0			0	
TOTAL Emplois	**9 027 747**	**0**	**4 402 016**	**9 366 698**	**0**	**7 037 042**	**16 403 740**	**0**	**3 424 016**	**19 785 930**	**0**	**-4 976 453**	**14 809 477**	**0**	**-7 925 951**	**6 883 526**
Fonds de roulement net global (FRNG)	**22 673 374**	**32 421 659**	**27 981 139**	**23 810 423**	**22 673 374**	**35 974 892**	**21 749 218**	**23 810 423**	**19 249 358**	**16 957 055**	**21 749 218**	**28 870 540**	**18 241 652**	**16 957 055**	**19 828 545**	**17 686 244**
Apport ou prélèvement sur le fonds de roulement	**-8 059 137**	**0**	**-5 256 290**	**-6 922 088**	**0**	**3 553 233**	**-2 061 205**	**0**	**-3 424 016**	**-4 792 163**	**0**	**5 060 117**	**1 284 597**	**0**	**-1 920 673**	**-555 408**