



PROJET D'ÉTABLISSEMENT > 2016-2020



SOMMAIRE

ÉDITO	2	3. UN CHRU DE RATTACHEMENT	32	> La prise en charge de la femme, de la mère & de l'enfant	56	> Accueil & intégration	74
MIEUX CONNAÎTRE L'ÉTABLISSEMENT	3	• Les fédérations médicales interhospitalières	32	> La prise en charge des troubles du comportement & des conduites addictives	57	> Mobilité, promotion et formation	74
Les sites	3	• La construction des parcours professionnels	33	> La prise en charge des populations fragilisées	59	• Améliorer les conditions de travail	74
Les activités	4	• La recherche	35	> Les soins de support	62	> Une politique préventive de détection des risques professionnels	74
Les moyens techniques	9	PARTIE 2 : DES PARCOURS DE SANTÉ OUVERTS SUR LEUR ENVIRONNEMENT	36	3. DES RÉPONSES AU DÉFI DU VIEILLISSEMENT	64	> Le redimensionnement du service de médecine au travail	75
Les ressources humaines	12	1. UN BESOIN D'ADAPTABILITÉ DES PROJETS DE SOINS	37	• Formaliser l'existence d'une filière gériatrique	64	> La démarche en faveur du présentéisme	75
PARTIE 1 : UN ESPACE TERRITORIAL À CONFORTER	15	• Sécuriser le passage d'une organisation de séjours à une organisation de parcours	37	• Organiser la prise en charge des personnes âgées dans tous les pôles	65	> Une analyse fine de la charge de travail	75
1. LE CONTEXTE TERRITORIAL DE LA HAUTE-SAÔNE	16	• Structurer la continuité des soins	37	• Gérer le parcours de soins de la personne âgée	65	> L'optimisation de la gestion du temps de travail	75
• L'environnement démographique & économique	16	• Favoriser la synergie entre les différents acteurs des parcours de soins	38	• Adapter le programme capacitaire en gériatrie	66	• Fédérer les équipes par un projet managérial	76
• L'état de santé de la population	18	• Rendre la personne actrice de sa prise en soins dans une relation de confiance	39	PARTIE 3 : UNE CULTURE DE L'EFFICIENCE À PARTAGER	67	• Faire évoluer le management des pôles	76
• Une offre de soins moins dense	20	2. UNE NÉCESSAIRE ÉVOLUTION DANS NOS PRISES EN CHARGE	40	1. METTRE LA QUALITÉ AU SERVICE DES PRATIQUES	68	3. SOUTENIR LA PERFORMANCE DE GESTION	79
2. UN GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE EN PERSPECTIVE	21	• Maîtriser les parcours de soins	40	• Respecter les droits des usagers	68	• Fiabiliser, sécuriser les politiques et outils de gestion	79
• Une zone d'attractivité bien ancrée sur son territoire	21	> Consolider les liens entre la ville et l'hôpital	40	> Le respect des droits des patients et des résidents	68	> Une recherche permanente d'optimisation des recettes d'activité	79
• Des activités de référence répondant aux exigences du projet régional de santé	25	> Créer une unité de régulation	41	> La réflexion éthique clinique	69	> La sécurisation de l'achat	80
> Les activités médicales	25	> Organiser la sortie du patient	43	• Manager la gestion des risques	69	> Les outils de pilotage	80
> Les activités chirurgicales	26	> Faciliter l'accès aux services de soins de suite & de réadaptation	44	> Qualité et sécurité des soins	69	• Adapter nos moyens aux activités	81
> Les activités périnatales	26	• Privilégier l'accès aux prises en charge ambulatoires	46	> Les démarches de gestion des risques	70	> Adapter les moyens humains et les compétences	81
> Les activités de réanimation, de soins intensifs & de surveillance continue	27	> Les plateaux de consultations	46	> Les démarches d'analyse des risques	70	> Harmoniser les pratiques avec chacun de nos interlocuteurs, puis adapter l'infrastructure logistique	81
> Les activités de médecine d'urgence	27	> La chirurgie ambulatoire	47	> Le management de la gestion du risque infectieux	70	> Définir des actions en faveur d'une politique de développement durable	81
> L'insuffisance rénale chronique	27	> Les hôpitaux de jour	48	> Le management de la prise en charge médicamenteuse (PECM)	70	• Rendre pertinents nos choix d'investissement	82
> Les missions d'intérêt général	29	• Préparer les activités de soins à la constitution de filières territoriales	50	• Garantir la pertinence des prescriptions & des actes	71	4. UN SYSTÈME D'INFORMATION ACCESSIBLE & COMMUNIQUE	83
• Le GH70 : établissement support d'un GHT	29	> Les urgences et consultations non programmées	50	2. MOBILISER & ACCOMPAGNER LES PROFESSIONNELS	73	• Développer une culture sécurité	83
> La création d'un GHT en Haute-Saône	30	> Les prises en charge neurovasculaires	52	• Accompagner les professionnels tout au long de la carrière	73	• S'engager dans l'hôpital numérique	83
> Le projet médical partagé	30	> La prise en charge du cancer	54	> Recrutement ciblé	73	• Harmoniser et partager le système d'information	85
						• Offrir de nouveaux outils de communication	86
						• Agir sur la circulation de l'information	87
						GLOSSAIRE	89





ÉDITO

Rédiger un projet d'établissement, c'est prendre du recul sur le chemin parcouru et plus globalement, situer notre établissement sur le territoire de santé tout entier. Mais c'est aussi faire un focus sur les grands thèmes qui nous animent au quotidien afin de mesurer nos marges de progression, de mettre à jour des nouveaux programmes et nous inscrire ainsi en cohérence avec les grands enjeux médicaux et médico-sociaux de demain. Rédiger un projet d'établissement, c'est évidemment un travail d'équipe. Une équipe qui pose ici un regard sur la réalité, et qui s'engage à mettre en œuvre ce qu'elle ambitionne et annonce. Autant dire l'importance cruciale de cette feuille de route pour nous tous, pour nos partenaires, mais aussi et surtout, pour les Haut-Saônois.

Nous avons beaucoup construit depuis 15 ans. Un parcours jalonné d'étapes majeures, de la création d'un plateau technique unique en Haute-Saône, à la fusion de tous nos établissements depuis janvier 2016. Nous sommes allés très loin dans nos actions de coopération et de mutualisation et nous sommes désormais prêts à aborder la question de la territorialisation édictée par la loi de santé.

Le dialogue, comme la circulation fluide et sécurisée de l'information, améliorent constamment le travail pluridisciplinaire de nos équipes. Une réalité pour le groupe hospitalier de la Haute-Saône qui constitue un levier important vers la nouvelle dimension territoriale de l'établissement, au cœur de la grande région Bourgogne Franche-Comté.

Mieux travailler ensemble, privilégier la logique de parcours, c'est améliorer la qualité de prise en charge des usagers où proximité se conjugue avec compétence et expertise. Une bonne organisation, au plus près de la population, s'appuyant sur la confiance des acteurs de première intention que sont les médecins et infirmiers libéraux, permet de faire accéder l'usager au niveau de soin le plus approprié.

Le GH 70 doit donc incarner sa mission d'établissement référent de son territoire et afficher mieux encore sa filiation effective avec le CHRU de Besançon.

Une question d'attractivité et d'efficacité, qui passe notamment par la performance des formations de nos professionnels, par la mise en avant de gestes et techniques de pointe, par la qualité de nos prestations et la diffusion des bonnes pratiques.

Sur l'ensemble de ses activités, le GH70 a besoin de déterminer des pistes d'amélioration et se fixer de nouveaux objectifs. Tel est l'objet de ce projet d'établissement. C'est aujourd'hui l'affaire de tous, le gage d'un territoire de santé solide, fiable et pérenne. Au service de chacun d'entre nous.

Pascal Mathis,
directeur du GH70

Alain Joyandet,
président du conseil d'administration du GH70

Toufiq El Cadi,
président de la commission médicale d'établissement

MIEUX CONNAÎTRE L'ÉTABLISSEMENT

LES SITES

LE GROUPE HOSPITALIER DE LA HAUTE-SAÔNE : SE REGROUPER POUR PLUS D'EFFICACITÉ & DE PROXIMITÉ

Dès 2001, les hôpitaux publics de la Haute-Saône ont engagé avec succès des regroupements indispensables au maintien d'activités de très grande qualité autour d'un seul plateau technique : le centre hospitalier intercommunal de Haute-Saône, à Vesoul.

Ces regroupements ont été menés avec l'aval des élus, au bénéfice des 240 000 habitants du territoire.

C'est une véritable synergie qui s'est développée autour du CHI70. De quoi stimuler la complémentarité de ses missions, attirer des compétences pluri-professionnelles et optimiser le déploiement de son système d'information.

À cette évolution organisationnelle sont venus se superposer des enjeux liés au vieillissement de la population, aux contraintes de la démographie médicale et au besoin de garantir l'accès à l'offre de soins et médico-sociale dans l'ensemble des bassins de vie.

C'est en ce sens que le centre hospitalier intercommunal de la Haute-Saône, la MASPA et l'EHPAD Griboulard à Villersexel ont fusionné le 1^{er} janvier 2016 créant le **groupe hospitalier de la Haute-Saône**.

Une dénomination et une image nouvelle qui donnent une meilleure lisibilité au dispositif d'accueil et de prise en charge des usagers et révèlent une culture et une dynamique communes à l'ensemble des établissements.

L'ORGANISATION D'UN TERRITOIRE DE SANTÉ

Le groupe hospitalier de la Haute-Saône se déploie sur 8 sites géographiques desservant des activités sanitaires et médico-sociales :

- > le site de Vesoul : un plateau technique complet, un SAMU, des activités chirurgicales, d'obstétrique et médicales de spécialités ;
- > les sites de Lure et Luxeuil-les-Bains : des services de médecine polyvalente, soins de suite et de réadaptation (SSR), consultations non programmées (CNP) et consultations avancées pour certaines spécialités ;
- > des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) à Lure, Luxeuil-les-Bains, Héricourt, Neurey-lès-la-Demie, Gy, Saint-Loup-sur-Semouse et Villersexel.



territoire, établissement généraliste & proximité

LES SITES DU GH70



« La cohérence territoriale comme champ d'action de notre stratégie. »

Alain Joyandet

Nos capacités d'accueil

ACTIVITÉS SANITAIRES : 493 LITS & 53 PLACES

> **MÉDECINE : 305 LITS**
en hospitalisation complète à Vesoul (223 lits), Lure (57 lits) et Luxeuil-les-Bains (25 lits) et 35 places réparties dans 4 hôpitaux de jour.

> **CHIRURGIE : 78 LITS**
en hospitalisation complète et une unité de chirurgie ambulatoire de 18 places à Vesoul.

■ **GYNÉCOLOGIE / OBSTÉTRIQUE : 35 LITS**
à Vesoul.

■ **SOINS DE SUITE & RÉADAPTATION : 75 LITS**
à Lure (47 lits) et Luxeuil-les-Bains (28 lits).

ACTIVITÉS MÉDICO SOCIALES : 687 PLACES

> **UN CENTRE D'ACTION MÉDICO-SOCIALE PRÉCOCE DE 60 PLACES À VESOUL**

- > **11 EHPAD : 627 LITS**
- Mont-Châtel à Lure : 56 lits
 - Marie-Richard à Lure : 40 lits
 - 2 UHR à Lure : 24 lits
 - La Source à Luxeuil : 72 lits
 - Château Grammont à Luxeuil : 30 lits
 - à Saint-Loup : 80 lits
 - à Gy : 30 lits
 - à Héricourt : 80 lits
 - à Neurey-lès-la-Demie : 155 lits
 - à Griboulard à Villersexel : 60 lits

un total de 1 233 lits et places

LES ACTIVITÉS

Au cœur du dispositif hospitalier départemental, le GH70 a réalisé 44 823 séjours et séances en 2015 affichant un taux de croissance annuel moyen de 4,6 % depuis 5 ans. C'est 80 % de l'ensemble de l'activité hospitalière (hors psychiatrie) des établissements du département.

Le GH70 comptabilise également 865 admissions pour les activités de soins de suite et de réadaptation et 80 759 journées de prise en charge dans ses EHPAD.

« Un projet d'établissement fédérateur servi par un dialogue permanent et constructif. »

Pascal Mathis

« Une volonté pour nos patients de faire étape dans des parcours lisibles, sécurisés et coordonnés. »

Dr Toufiq El Cadi



DES COMPÉTENCES EN PHASE AVEC LES BESOINS TERRITORIAUX

Le groupe hospitalier de la Haute-Saône organise ses ressources et développe ses activités sanitaires et médico-sociales selon les besoins de son territoire. C’est un établissement pivot qui

prend en charge des patients dont les motifs d’hospitalisation sont classés selon les catégories majeures de diagnostic (CMD) se déclinant comme suit :

CMD	Libellé	Effectif	%
06	Affections du tube digestif	3 343	11,56 %
05	Affections de l'appareil circulatoire	2 736	9,46 %
01	Affections du système nerveux	2 505	8,66 %
04	Affections de l'appareil respiratoire	2 185	7,56 %
08	Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	2 012	6,96 %
14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	1 889	6,53 %
20	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	1 693	5,86 %
02	Affections de l'oeil	1 617	5,59 %
11	Affections du rein et des voies urinaires	1 416	4,90 %
03	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	1 320	4,57 %
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	1 278	4,42 %
15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	1 192	4,12 %
09	Affections de la peau, des tissus sous cutanés et des seins	976	3,38 %
07	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	957	3,31 %
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	746	2,58 %
19	Maladies et troubles mentaux	697	2,41 %
13	Affections de l'appareil génital féminin	687	2,38 %
21	Traumatismes, allergies et empoisonnements	458	1,58 %
16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques	381	1,32 %
12	Affections de l'appareil génital masculin	358	1,24 %
18	Maladies infectieuses et parasitaires	296	1,02%
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	137	0,47 %
22	Brûlures	17	0,06 %
26	Traumatismes multiples graves	13	0,04 %
25	Maladies dues à une infection par le VIH	2	0,01 %
	Total hors séances	28 911	100,00 %
28	Séances	15 912	

- **Les services d’urgences**
 - > SAU Vesoul - CNP Lure-Luxeuil : 49 975 passages pour les 3 sites (Vesoul : 31 384 passages, Lure : 9 548 passages, Luxeuil : 9 043 passages) ;
 - > SMUR Vesoul-Lure-Luxeuil : 2 434 interventions SMUR.
- **Les plateaux de consultations**

204 516 consultations externes sur les 3 sites dans toutes les disciplines de spécialités médicales et chirurgicales :

 - > consultations anti-douleur
 - > soins palliatifs
 - > psychologues
 - > consultations en addictologie
 - > consultations diététiques
 - > centre gratuit d’information, dépistage et diagnostic des infections (CeGIDD)
 - > chirurgie digestive et vasculaire
 - > urologie et exploration (biopsie de prostate et cystoscopie)
 - > ORL - stomatologie
 - > dermatologie
 - > endocrinologie
 - > gériatrie
 - > hématologie
 - > hépato-gastro-entérologie
 - > néphrologie
 - > médecine du voyage
 - > stomathérapie
 - > consultations de pneumologie et exploration respiratoire (EFR)
 - > tabacologie
 - > diététique
 - > consultations de cardiologie et échocardiographie transœophagienne (ETO), épreuves d’effort
 - > allergologie
 - > consultations de neurologie et électroencéphalographie (EEG)

- > neuropsychologue
- > consultations d’anesthésie
- > consultations d’orthopédie-traumatologie
- > consultations d’hoptalmologie, explorations diverses

- **Les séances**

Séances (PMSI 2015) : 15 912
Hémodialyse : 6 611
Chimiothérapies pour tumeur : 4 407
Chimiothérapies pour affection non tumorale : 4 518
Transfusions : 365
Autres : 11

41 % des séances réalisées par le GH70 concernent l'hémo-dialyse des insuffisants rénaux chroniques. Le traitement des cancers par chimiothérapie (28 %) et des pathologies neurologiques (28 %) constitue l’essentiel des consommations de molécules onéreuses.

- **Les séjours en hospitalisation (médecine-chirurgie-obstétrique)**

En 2015, sur 28 911 séjours en hospitalisation, le tiers est réalisé en ambulatoire (7 924 séjours d’hospitalisation sans nuitée) pour la prise en charge de pathologies médicales et chirurgicales.

Révéléateur de son caractère généraliste, l’établissement traite 1 452 groupes homogènes de malades (GHM) de nature différente.

Sur l’ensemble des séjours, 11 % des patients ont moins de 20 ans, 59 % entre 20 et 75 ans et 30 % plus de 75 ans.

L’âge moyen des patients est de **59 ans** et la durée moyenne de séjour (DMS) est de **4,3 jours**.



Rhumatologie (traitement)

La rhumatologie hospitalière a pour point d’appel la douleur fréquemment ostéo-articulaire mécanique, mais également la douleur inflammatoire qui bénéficie depuis peu de l’avènement des biothérapies. Il s’agit de molécules ciblant de différentes façons le système immunitaire pro-inflammatoire. La plupart d’entre elles relèvent d’une prescription initiale hospitalière, et certaines ne peuvent s’administrer qu’en hôpital de jour. Ce que nous pratiquons ici.

Docteur Olivier Messica, médecin rhumatologue



Prélèvement des tissus (identification des donneurs)

En 2015, la coordination pour les prélèvements d'organes s'est engagée dans différents projets qui permettent une optimisation et une diversification des prélèvements.

En partenariat avec l'agence de biomédecine, nous adhérons au protocole cristal action avec les services de réanimation, des urgences et de la radiologie afin d'améliorer le recrutement de donneurs en mort encéphalique.

Dans le cadre d'un protocole de coopération professionnelle, l'infirmière technicienne réalise l'explantation des cornées sur patient décédé. Une organisation qui nous permet de figurer parmi les 3 plus grands centres préleveurs de l'Est de la France pour les coordinations de catégorie C.

En collaboration avec les services de chirurgie orthopédique et de la maternité, nous avons mis en place des procédures de prélèvements de tête fémorale et de membrane amniotique pour la banque de tissus de Besançon.

Nous sommes très actifs dans le réseau franc-comtois de prélèvement au sein duquel nous collaborons et participons au dynamisme de l'équipe régionale.

Enfin, nous organisons des formations et informations auprès des personnels de santé et du grand public sur des thématiques très diversifiées avec le soutien logistique de l'agence de biomédecine.

Docteur Christophe Bein,
médecin réanimateur,
coordonnateur de l'activité de prélèvement



Naissances :
la maternité du GH70
a réalisé en 2015,
1 140 accouchements pour
1 155 naissances. Un service de
néonatalogie de 6 lits contigu à
la maternité permet la prise en
charge spécifique des
nouveau-nés. Ce service de
néonatalogie accueille en
moyenne 180 nouveau-
nés par an.

La
chirurgie
ophtalmologique
concerne un taux impor-
tant de cataractes. Cette
intervention consiste en la
mise en place d'un implant en
remplacement du cristallin
d'origine devenu opaque.
1 500 séjours par an sont
enregistrés, dont 80 %
sont réalisés en
ambulatoire.

8 091
interventions
chirurgicales
en 2015.

■ Le CAMSP

Le CAMSP (centre d'action médico-sociale précoce) dispose de 60 places pour accueillir des enfants de 0 à 6 ans sur le site de Vesoul ; la file active en 2014 est de 86 enfants. Ici, pas d'hospitalisation, mais des salles de consultations et de rééducation où sont accueillis les enfants sur rendez-vous

dans le cadre d'un protocole d'accueil. Une prise en charge globale du petit patient et de sa famille qui mobilise une équipe pluridisciplinaire et détermine un programme de soins adapté aux besoins spécifiques de chaque enfant. Pédiatres, psychologues, psychomotriciennes, orthophoniste, éducatrice spécialisée, assistante sociale, médecin de rééducation fonctionnelle... autant de spécialistes s'intégrant dans le dispositif auxquels s'ajoutent selon les besoins des kinésithérapeutes libéraux et autres spécialistes extérieurs à l'établissement.

Le CAMSP travaille en collaboration avec un important réseau de partenaires du département (PMI, MDPH, ASEF, AEMO, AED, MEF, lieux d'accueil petite enfance, éducation nationale, services et établissements médico-sociaux) ainsi qu'avec l'association hospitalière de Bourgogne Franche-Comté (AHBFC) et les hôpitaux périphériques.

■ Les EHPAD

Avec 627 lits regroupés dans 11 EHPAD, le groupe hospitalier de la Haute-Saône dessert 7 sites géographiques bien répartis sur les 2/3 du département.

Le pilotage commun de l'ensemble de ces établissements permet d'harmoniser la mise en œuvre des projets de vie des résidents et de coordonner l'animation des différents sites.

Ici, la priorité accordée à la prise en charge des troubles cognitifs a permis le développement progressif des pôles d'activités et de soins adaptés, et la création de deux unités d'hébergement renforcé.

> PASA

Le pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) accueille à la journée les résidents de l'EHPAD (14 personnes au plus) présentant des troubles cognitifs accompagnés de troubles du comportement modérés. Grâce à la présence d'un personnel qualifié, formé et volontaire, des activités sociales et thérapeutiques sont proposées aux résidents. L'objectif : maintenir ou réhabiliter leurs capacités cognitives, fonctionnelles, sensorielles et leurs liens sociaux.

Le GH70 dispose de 3 PASA (EHPAD de Neurey, Luxeuil, Saint-Loup). Deux sont en projet pour 2016 (EHPAD de Villersexel et d'Héricourt).

> UHR

L'unité d'hébergement renforcé (UHR) propose en EHPAD un hébergement adapté pour des résidents (14 personnes au plus) présentant des troubles cognitifs accompagnés de troubles du comportement sévères. Outre la présence d'un personnel qualifié, formé et volontaire, la conception architecturale de l'UHR respecte un environnement spécifique au projet de vie et de soins des personnes.

Le GH70 dispose de 2 unités UHR, respectivement de 14 et 10 places, regroupées sur le site de Lure.



Accident vasculaire cérébral aigu (AVC)

L'accident vasculaire cérébral est, dans la majorité des cas, un infarctus cérébral : une lésion de la structure neurologique du cerveau, due à une interruption de la circulation sanguine artérielle. 517 cas ont été pris en charge (source : PMSI 2014), dans une durée moyenne de séjour de 9 jours.

Par ailleurs, certains de ces séjours ont bénéficié d'une thrombolyse intraveineuse, visant à dissoudre le caillot sanguin, origine de l'arrêt circulatoire.

Parmi ces séjours, 17 % des hospitalisations ont un niveau de gravité élevé ou très élevé. 42 séjours (8 %) font l'objet d'un transfert après une hospitalisation initiale au GH70 vers le CHRU de Besançon pour réaliser des procédures de soins complémentaires.

Concomitamment à ces AVC constitués (non transitoires), il y a aussi des AVC transitoires : 119 séjours (23 %) nécessitant une prise en charge active.



Quelques chiffres

Dépenses de la pharmacie hospitalière : 20 M€
> 15 M€ médicaments
> 5 M€ dispositifs médicaux stériles

33 400 lignes de commandes
60 armoires de service à gérer
pour 1 200 lits.

LES MOYENS TECHNIQUES

UN PLATEAU TECHNIQUE EN PHASE AVEC LES ACTIVITÉS : FOCUS SUR LE SITE DE VESOUL

■ Une unité de réanimation

Unité de 12 lits, accolée à une unité de surveillance continue de médecine de 6 lits. Ce dispositif mutualise les moyens humains et matériels des services. Le tout au rez-de-chaussée, à proximité des urgences.

■ Un service d'imagerie médicale

Dans le cadre d'une fédération médicale interhospitalière avec le CHU de Besançon, il réalise des examens d'imagerie conventionnelle et en coupes et pratique des actes interventionnels.

Le service comprend 3 salles de radiologie, une tomodesitométrie (un scanner), 2 salles d'échographie, 1 salle de mammographie, 1 salle d'orthopantomogramme. 2 équipements d'imagerie par résonance magnétique sont gérés par un groupement d'intérêt économique (GIE-IRM70) en lien avec des médecins libéraux et un cabinet libéral d'imagerie (à noter que les sites de Lure et de Luxeuil disposent également d'un plateau d'imagerie composé de salles de radiologie, d'échographie et d'orthopantomogramme)

■ Un bloc opératoire

Au premier niveau, 10 salles d'interventions polyvalentes.

Une unité de surveillance post-interventionnelle de 14 lits (salle de réveil) et une unité de surveillance continue de chirurgie de 6 lits, sous la compétence d'une équipe d'anesthésistes.

Un bloc obstétrical composé d'une salle de pré-travail, 4 salles de naissance, une salle de césarienne, ainsi que 2 salles de réanimation néonatale.

■ La pharmacie hospitalière

Elle assure, pour le compte des patients et résidents de tous les sites du GH70, les missions de validation pharmaceutique des prescriptions médicamenteuses nominatives

Laboratoire (prestations, unité de prélèvements)

Depuis de nombreuses années l'établissement hospitalier possède un laboratoire de biologie médicale. Ce service a évolué au fil du temps et s'est inscrit dans la démarche d'accréditation en 2012. Cette approche de la qualité au sein du laboratoire a été récompensée en 2015 par la reconnaissance du COFRAC, organe de vérification de la norme ISO NF 15 189. Ce travail continu permettra l'évolution vers l'accréditation de toutes les analyses réalisées par le laboratoire. L'ensemble de l'équipe participe activement à cette démarche.

L'activité du laboratoire initialement réservé aux analyses du GH70 a enrichi sa production pour d'autres établissements du département (AHBFC, clinique Saint-Martin, CRF de Navenne). Pour cela, l'établissement s'est doté d'une chaîne robotisée, matériel innovant et performant.

Le rôle du laboratoire est associé à une activité de dépôt de PSL (produits sanguins labiles), qui délivre plus 4 500 produits par an pour l'établissement.

Actuellement, la gestion informatisée de la délivrance de ces PSL est assurée par un logiciel régional, dont le contrôle est sous la responsabilité du responsable du dépôt de Vesoul, en partenariat avec le CCS Emosist.

Enfin, les patients externes peuvent être prélevés dans le laboratoire. En raison d'une plage horaire réduite, cette activité couplée à un centre de prélèvement au sein de l'institution devrait se développer dans un futur proche, permettant ainsi aux consultants de disposer d'une solution adaptée à leurs besoins.

informatisées et la fourniture de médicaments, de dispositifs médicaux stériles et de pansements.

Elle réalise l'achat et la traçabilité des implants et prothèses stériles pour les interventions chirurgicales effectuées au bloc opératoire.

Pour le compte de la population, elle rétrocède des médicaments non disponibles en officine de ville pour un montant total annuel de 4,5 M€.

La pharmacie assure encore dans le respect des bonnes pratiques la préparation des médicaments anticancéreux sous hotte à flux laminaire ; 7 500 poches ainsi préparées et sécurisées sont administrées par perfusion.

■ Le service de stérilisation centrale

Il est une activité complémentaire de la pharmacie hospitalière. Sa mission principale consiste à prendre en charge des dispositifs médicaux réutilisables dès la fin de l'intervention jusqu'à leur stérilisation, dans le respect et la maîtrise d'un processus défini et identifié. La prise en charge du traitement des endoscopes souples utilisés au bloc opératoire pour le traitement des calculs rénaux par laser, est également réalisée dans le service de stérilisation.

■ Un laboratoire de biologie médicale

L'établissement dispose d'un laboratoire de biologie médicale centralisé sur le site de Vesoul avec des antennes délocalisées à Lure et Luxeuil.

■ Médecine nucléaire

Le service de médecine nucléaire est équipé d'une gamma caméra hybride (qui sert à la réalisation et aux traitements des images), d'une hotte blindée à flux laminaire (pour la préparation des produits radio-pharmaceutiques).

Les examens les plus fréquents sont :

- > les scintigraphies osseuses (dans le cadre de la cancérologie, la traumatologie et la rhumatologie).
- > les scintigraphies à la recherche de ganglions sentinelles avant passage au bloc opératoire (dans le cadre de la prise en charge chirurgicale du cancer du sein).

- > les scintigraphies cardiaques avec test d'effort (dans le cadre de la recherche de cardiopathie ischémique à visée diagnostique et pronostique).
- > les scintigraphies thyroïdiennes et parathyroïdiennes (dans le cadre de pathologies endocriniennes).
- > les scintigraphies rénales aussi bien chez les adultes que les enfants.
- > les scintigraphies pulmonaires de ventilation et perfusion en urgence (pour recherche d'embolie pulmonaire). Sensibilité et spécificité identique à l'Angioscanner avec une irradiation moindre, cet examen peut être pratiqué chez les femmes enceintes.

D'autres examens sont également réalisés par le service, tels que : scintigraphie à l'octréoscan, scintigraphie des voies biliaires, des glandes salivaires, cystographie par voie rétrograde.

■ Explorations fonctionnelles

En pneumologie, le plateau technique dispose de cabines d'épreuves fonctionnelles, de matériels d'endoscopie et de deux polysomnographes. On réalise ici des EFR, des endoscopies à visée diagnostique et interventionnelle, et des explorations de l'activité de sommeil.

En gastro-entérologie l'acquisition de matériel de dernière génération conjuguée à la compétence des médecins permettent des vidéo-explorations de l'ensemble du tube digestif avec possibilité de mise en place de prothèses digestives et biliaires.

En cardiologie, l'équipe médicale et paramédicale réalise :

- > des épreuves d'effort,
- > la pose de holter pour l'enregistrement d'électrocardiogrammes,
- > des échographies transoesophagiennes,
- > des explorations endocavitaires,
- > la pose de stimulateurs cardiaques.



l'établissement dispose d'un laboratoire de biologie médicale labellisé COFRAC en 2015.





La scintigraphie

La scintigraphie est une méthode qui produit une image fonctionnelle par l'administration d'un médicament radiopharmaceutique (MRP) couplé à un isotope radioactif. Cette préparation constitue un traceur que l'on administre au patient, la plupart du temps en intraveineux. Le traceur se fixe sur les organes ou les tissus à explorer. Ensuite une gamma-caméra, détecte les rayons émis par le corps. (Une scintigraphie osseuse n'irradie pas plus que d'autres examens d'imagerie comme une radiographie ou un scanner). La scintigraphie peut être utilisée pour visualiser plusieurs parties du corps, selon le traceur utilisé et ce que l'on veut voir. Elle permet de voir la forme et le fonctionnement de l'organe, la présence de tumeurs primaires ou secondaires, l'origine de douleurs ou de maladies. Elle peut aussi servir à confirmer un diagnostic incertain.

Ce traceur n'a pas d'effet sur l'organisme étant donné les très faibles doses massiques utilisées. Il émet un rayonnement adapté à sa détection.

La scintigraphie est une imagerie d'émission (c'est-à-dire que le rayonnement vient du patient après injection du traceur), par opposition à l'imagerie radiographique qui est une imagerie de transmission (le faisceau est externe et traverse le patient).

En bref

ACTIVITÉS CLINIQUES & MÉDICO-TECHNIQUES

- > 1 155 naissances
- > 8 091 interventions chirurgicales
- > 81 040 actes de radiologie conventionnelle
- > 4 657 forfaits IRM
- > 17 187 forfaits scanner
- > 20 076 actes d'échographie
- > 25 769 289 actes NGAP de laboratoire

ACTIVITÉS LOGISTIQUES

- > 895 000 repas servis (aux patients et professionnels)
- > 1 400 tonnes de linge traité
- > 445 000 km réalisés par la flotte logistique (hors transport des patients)
- > 98 000 m² de bâtiments à entretenir

INVESTISSEMENTS

L'établissement enregistre une moyenne annuelle de 3,5 M€ consacrés à l'investissement dont 1,5 M€ pour les équipements biomédicaux (imagerie, laboratoires, stérilisation, bloc opératoire, réanimation, explorations fonctionnelles, plateaux techniques de consultations...).

LES RESSOURCES HUMAINES

Le GH70 comptait au 1^{er} janvier 2016, 2 092 professionnels médicaux et non médicaux répartis comme suit :
> professionnels médicaux : 164 médecins et 41 internes (12 %),
> professionnels non médicaux : 1 887 agents (90 %).

LES EFFECTIFS NON MÉDICAUX

- Les effectifs par sites et par secteurs
Total GH 70 : 1 887 agents

Total activités sanitaires : 1 402 agents (74 % des effectifs)

- > Vesoul : 1128
- > Lure : 167
- > Luxeuil : 107

Total EHPAD : 485 agents (26 % des effectifs)

- > Neurey : 150
- > Lure : 96
- > Luxeuil : 72
- > Saint-Loup : 49
- > Villersexel : 49
- > Héricourt : 45
- > Gy : 24

- Répartition des emplois non médicaux par catégorie professionnelle

CAE	63
Assistants médico-administratifs	87
Personnels direction et administratifs	110
Personnels éducatifs et sociaux	46
Personnels médico-techniques	69
Personnels soignants	1 344
Personnels techniques et ouvriers	168



Formation continue

Quelles sont les missions de la formation continue au sein de la direction commune ?

- Anticiper, favoriser le développement des compétences et des pratiques et accompagner les évolutions techniques et organisationnelles (chiffres 2014). La formation continue compte 1 963 départs et 38 162 heures pour un effectif de 1 873 agents.

924 h, soit près de 3 %, sont assurées par les formateurs internes.

54,72 % des agents (1 025 personnes sur un effectif de 1 873 agents) ont bénéficié d'au moins une action de formation dans l'année.

- Encourager la promotion professionnelle.

En 2015, 45 % du budget formation de la direction commune, soit 400 000 euros, sont consacrés au financement d'études promotionnelles. 32 agents ont pu en bénéficier.

- Faciliter la mise en œuvre de projets innovants.

Pour promouvoir la mise en œuvre de projets innovants, le plan de formation prévoit parallèlement aux axes institutionnels, le financement d'actions telles que :

- > l'initiation à la méthode de validation Naomi Feil,
- > la gestion du stress par la sophrologie,
- > la pratique du toucher conscient, de la réflexologie et de l'hypnose au bloc opératoire et en salle de naissances,
- > l'initiation à l'aromathérapie en EHPAD,
- > la prise en charge des défunts et l'accueil des familles au funérarium.

Répartition des professionnels par tranche d'âge au sein du GH70

55 % des agents du GH70 ont moins de 45 ans.

- > Moins de 30 ans : 282 (15 %)
- > 30 à 44 ans : 757 (40 %)
- > 45 à 54 ans : 604 (32 %)
- > 55 à 59 ans : 212 (11 %)
- > 60 ans et + : 32 (2%)

L'âge moyen est de 43,71 ans pour les hommes et de 41,52 ans pour les femmes.



EFFECTIFS MÉDICAUX AU 1^{er} JANVIER 2016

- Tous les sites : 164 praticiens (hors internes)

Répartition par grandes disciplines tous les sites				
Spécialité	Effectifs physiques	PH	Assistants	Attachés
Médecine interne	9	4	2	3
Médecine gériatrique (y compris EHPAD tous sites)	14	10	0	4
Gastro-entérologie	7	3	1	3
Chirurgie ortho-traumatologie	8	6	2	0
Chirurgie générale et viscérale	5	4	0	1
Chirurgie urologie	3	3	0	0
Cardiologie	5	3	1	1
Neurologie	4	4	0	0
Urgences / CNP / SMUR	23	22	0	1
Pédiatrie néonatal CAMPS	7	5	1	1
Gynéco-obstétrique	11	9	0	2
Pneumologie	6	4	0	2
ORL	5	5	0	0
OPH	7	4	2	1
Réanimation	8	8	0	0
Anesthésie	9	8	1	0
UMAO	2	2	0	0
Radiologie	10	6	1	3
Laboratoire	3	3	0	0
Pharmacie	6	5	1	0
SSR Lure / Luxeuil	10	6	0	4
Addictologie	2	2	0	0
Total général	164	126	12	26



▪ Nombre d'internes : 41

Depuis novembre 2015, 41 internes sont accueillis au GH70. Un chiffre en progression constante qui démontre une bonne coopération entre le CHRU et le GH70, et traduit l'attractivité des différents services.

> 20 internes de spécialité

- Réanimation
- Chirurgie digestive
- Pédiatrie
- Médecine interne
- Chirurgie orthopédie
- Radiologie
- OPH
- Gastro-entérologie
- Cardiologie
- Pneumologie
- Neurologie
- Gynécologie-obstétrique

> 21 internes de médecine générale

▪ Répartition des effectifs médicaux par tranche d'âge

La moyenne d'âge des praticiens au GH70 est de 46,5 ans (51,5 ans au niveau national).

37 % des effectifs médicaux a plus de 55 ans.

20,7 % des médecins ont plus de 60 ans ;

- > 20 à 30 ans : 5 (3 %)
- > 30 à 44 ans : 57 (34,76 %)
- > 45 à 54 ans : 41 (25 %)
- > 55 à 59 ans : 27 (16,46 %)
- > 60 à 70 ans : 34 (20,73 %)



UN ESPACE TERRITORIAL À CONFORTER

Le territoire de santé se réfère à l'homogénéité d'indicateurs démographiques, socio-économiques, de morbidité et d'habitudes de vie, à l'organisation de l'offre de soins dans un rayon d'action accessible pour la population et à la volonté des acteurs institutionnels et libéraux de tisser ensemble des liens étroits.

En ce sens, le département de la Haute-Saône constitue un espace de dimension suffisante pour que s'y déploie une offre de soins diversifiée et cohérente en relation étroite, pour certaines spécialités, avec l'échelon régional, voire interrégional.

Le projet d'établissement 2016-2020 est l'occasion d'inscrire le GH70 dans une démarche entièrement territoriale. Les caractéristiques géographiques et les moyens de communication d'une grande partie de l'espace départemental exigent d'organiser une offre de soin satisfaisante desservant l'essentiel des besoins de santé.

1. LE CONTEXTE TERRITORIAL DE LA HAUTE-SAÔNE

Le repérage des principaux indicateurs démographiques, économiques et sociaux de la Haute-Saône et l'analyse de l'état de santé de la population, préfigurent les besoins de prise en charge auxquels seront confrontés les différents opérateurs ces prochaines années.

L'ENVIRONNEMENT DÉMOGRAPHIQUE & ÉCONOMIQUE

UN TERRITOIRE RURAL, PARTAGÉ ENTRE VALLÉE DE L'OGNON, PLAINE DE SAÔNE & MASSIF VOSGIEN

L'importance des surfaces boisées et agricoles confère à la Haute-Saône un vrai profil rural et détermine la faible densité de population (45 habitants / km²). Sur ces territoires ruraux se concentrent 70 % des 240 000 habitants du département.

L'INDUSTRIE POURVOYEUSE D'EMPLOIS

Si la ruralité domine, seuls 5 % des emplois concernent le secteur agricole. C'est l'industrie qui emploie le plus de Haut-Saônois avec 21 % des emplois contre 17 % pour des départements similaires.

UNE POPULATION MOINS ISOLÉE QUE CELLE DE DÉPARTEMENTS COMPARABLES

Dans ce territoire rural, le rôle des bourgs est essentiel par les équipements et services qu'ils offrent. L'accès des habitants aux équipements les plus courants s'organise autour de 13 bassins de vie ce qui contribue à maintenir un réel dynamisme démographique et participe au maintien à domicile des personnes âgées.

UN TERRITOIRE QUI CONNAIT UN REGAIN D'ATTRACTIVITÉ & DE CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE ASSOCIÉE

Depuis le début de la précédente décennie, la Haute-Saône connaît un regain d'attractivité (+ 10 000 habitants entre 1999 et 2014 - Source INSEE) en raison de sa proximité avec des pôles urbains majeurs de la région. Cet afflux de familles maintient un taux de natalité (10,5 naissances pour 1 000 habitants) équivalent à celui enregistré en France métropolitaine.

UNE POPULATION JEUNE CROISSANTE QUI CÔTOIE UNE POPULATION VIEILLISSANTE

Le département de la Haute-Saône présente une structure de population plus jeune que celle de départements comparables, et équivalente à celle constatée en moyenne au niveau national : 28 % de la population a moins de 24 ans et 10 % a plus de 75 ans.

Si la tendance démographique se maintient, la Haute-Saône comptera 258 000 habitants en 2030, soit plus de 18 000 habitants qu'aujourd'hui.

Si la tendance démographique se maintient, la Haute-Saône comptera 258 000 habitants en 2030, soit plus de 18 000 habitants qu'aujourd'hui.



En projection, et selon le modèle OMPHALE de l'INSEE, la population âgée de plus de 60 ans progresserait de 25 000 habitants (+ 8 000 pour les personnes âgées de plus de 80 ans), alors que la population des moins de 20 ans resterait stable.

UNE PÉRIURBANISATION DES GRANDES AGGLOMÉRATIONS LIMITROPHES DE BESANÇON & DE BELFORT-MONTBÉLIARD AVEC DES FLUX QUOTIDIENS DOMICILE-TRAVAIL

110 000 actifs résident en Haute-Saône alors que 82 000 emplois seulement y sont offerts.

Chaque jour, 28 000 Haut-Saônois, soit 24% des actifs résidents occupés, travaillent hors du département. Dans le même temps, 8 000 actifs résidant hors du département, viennent travailler en Haute-Saône.

Ces flux professionnels varient sensiblement selon la proximité géographique des grands pôles urbains. Ainsi les aires économiques de Vesoul et de Luxeuil-Saint-Loup sont fortement attractives dans les déplacements domicile-travail, y compris en provenance de Besançon.

UN DÉPARTEMENT SENSIBLE AUX MUTATIONS ÉCONOMIQUES

En période de crise économique durable, la baisse de l'emploi et la hausse du chômage sont particulièrement marquées en Haute-Saône. Avec plus d'un tiers d'emplois dans les secteurs potentiellement fragiles (fabrication, transport, logistique), l'emploi salarié a baissé de 10 % entre 2002 et 2012.

Le taux de chômage demeure néanmoins proche des tendances nationales, avec un taux de 10 % au 1^{er} semestre 2015.

VESOUL, MOTEUR ÉCONOMIQUE INTERNE DU DÉPARTEMENT

Le pôle d'emploi de Vesoul est au cœur des échanges économiques du département, même si les unités urbaines de Luxeuil, Lure et Gray assurent également une fonction structurante pour la population active.

Il offre plus de 22 000 emplois, soit le quart des emplois de la Haute-Saône ce qui contribue à fixer une grande partie de la population résidentielle sur l'agglomération (35 000 habitants).

DAVANTAGE DE POPULATIONS POTENTIELLEMENT FRAGILES DANS LES VILLES & LES ZONES RURALES ISOLÉES

En 2012, 14,1 % des Haut-Saônois vivaient en dessous du seuil de pauvreté, soit 34 000 habitants environ. Proportion équivalente à la moyenne des départements français.

Les jeunes, les femmes et les seniors rencontrent cependant davantage de difficultés d'insertion sur le marché du travail et d'accès à l'autonomie. Une précarité plus marquée encore dans les villes et bourgs que dans les zones rurales, notamment au nord du département (bassins de Saint-Loup et Jussey) où les difficultés rencontrées par les jeunes semblent plus marquées.

L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

UNE ESPÉRANCE DE VIE INFÉRIEURE AUX RÉFÉRENCES RÉGIONALES ET NATIONALES ET UN TAUX DE MORTALITÉ SUPÉRIEUR

Espérance de vie (INSEE)				
Année 2013	Espérance de vie à la naissance		Espérance de vie à 60 ans	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Haute-Saône	78,4	84,5	22,6	26,6
Franche-Comté	78,9	84,8	22,8	27,0
France (métropole)	78,8	85,0	22,8	27,3

Taux de mortalité (INSEE)			
Année 2013	Décès	Taux de mortalité pour 1 000 habitants	Taux de mortalité infantile pour 1000 enfants nés vivants
Haute-Saône	2 336	9,7	4,1
Franche-Comté	10 454	8,9	4,2
France (métropole)	556 406	8,7	3,3

LES TUMEURS CONSTITUENT LA PREMIÈRE CAUSE DE DÉCÈS SUIVIES DES MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE

Taux brut de mortalité pour 100 000 habitants selon les causes principales (INSEE)						
Année 2011	Tumeurs	Maladies appareil			Maladies infectieuses	Suicides
		Circulatoire	Respiratoire	Digestif		
Haute-Saône	271,5	269,8	72	37,9	26,2	23,7
Franche-Comté	252,9	237	58,8	34,1	18,7	19,9
France (métropole)	249,5	217	53,4	35,2	17,9	16,3

Ces indicateurs de santé sont fortement défavorables en Haute-Saône dont les taux de mortalité sont les plus élevés, avec un écart significatif pour les décès par suicide.





UN TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PRÉMATURÉE SUPÉRIEUR AUX AUTRES DÉPARTEMENTS DE LA RÉGION

Sur les années 2008 à 2010, les données de l'INSERM font état d'un taux de mortalité prématurée (taux de décès avant 65 ans pour 100 000 habitants) très supérieur en Haute-Saône par rapport aux taux moyens constatés en Franche-Comté et en France métropolitaine. Principalement en cause, les tumeurs, les suicides et les accidents de transport.

Taux de mortalité prématurée (INSERM)		
Années 2008-2009-2010	Hommes	Femmes
Haute-Saône	283,5	127,7
Franche-Comté	266,1	124,8
France (métropole)	274,8	125,3

UN PHÉNOMÈNE FRÉQUENT DE SURPOIDS & D'OBÉSITÉ

L'étude menée en 2010 par les services de PMI départementaux de la région a mis en avant que 4,19 % des enfants scolarisés en classe de 6^e étaient en situation d'obésité contre 2,83 % pour le Doubs, 3,55 % pour le territoire de Belfort et 3,59 % pour le Jura.

UNE ACCIDENTOLOGIE ROUTIÈRE FORTEMENT MEURTRIÈRE

Le nombre moyen de tués pour 100 accidents routiers était pour la Haute-Saône de 15,5 en 2013 contre 11,9 pour la Franche-Comté et 5,8 pour la moyenne nationale.



UNE DÉPENDANCE PLUS TARDIVE QUI S'ACCROIT FORTEMENT ENTRE 2011 & 2020 EN RAISON DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION.

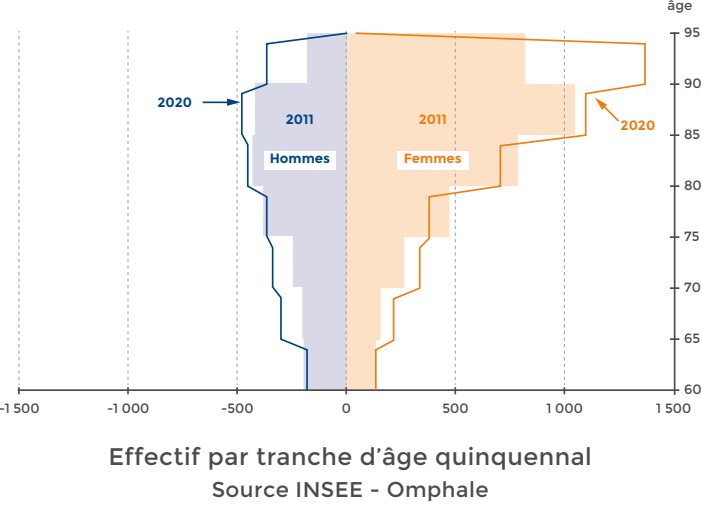
Selon le diagnostic territorial de Haute-Saône produit par l'INSEE en 2013, le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus progresserait de + 32 % d'ici 2020. À l'inverse, les effectifs de la tranche d'âge intermédiaire, celle des 75-84 ans, décroitraient légèrement.

Ainsi, en 2020, 7 450 personnes âgées seraient en situation de dépendance en Haute-Saône. Le département devrait faire face à la prise en charge de 1 300 personnes âgées dépendantes supplémentaires par rapport à 2011, dont 550 en situation de dépendance lourde.

Avec un scénario qui privilégierait l'accueil en EHPAD pour les personnes les plus lourdement dépendantes, le besoin en nombre de places supplémentaires devrait augmenter de 21 % (+ 500 places) pour passer de 2 600 places à 3 100.

De plus en plus de dépendants de grand âge

Répartition par âge et par sexe des personnes âgées dépendantes en 2011 et en 2020



UNE OFFRE DE SOINS MOINS DENSE

La construction du nouvel établissement vésulien qui concentre l'essentiel des activités sanitaires a eu pour effet de limiter le nombre de lits et places sur les autres sites haut-saônois. Pour 1 000 habitants, on compte 1,7 places en médecine, 0,7 en chirurgie et 0,3 en obstétrique. Une densité en déficit de 50 % en chirurgie et 30 % en médecine par rapport aux moyennes régionales et nationales.

L'offre de prise en charge en EHPAD est bien répartie et conforme à la moyenne régionale mais reste très limitée en hébergement temporaire et en accueil de jour.

La faiblesse du nombre de lits d'hospitalisation explique en partie la carence de professionnels médicaux exerçant en Haute-Saône.

Avec une densité de 99 médecins généralistes pour 100 000 habitants, le département est en retrait par rapport à la moyenne nationale (106 / 100 000 habitants). Un chiffre d'autant plus critique pour l'avenir qu'un médecin sur deux a plus de 50 ans.

Les données sont alarmantes en ce qui concerne les médecins spécialistes dont la densité représente le tiers de celle constatée en France métropolitaine (94 / 100 000 habitants).

On observe de surcroît de fortes disparités intra départementales ; sur certaines zones territoriales, l'offre médicale est totalement absente. Une carence suppléée par la proximité des sites hospitaliers du GH70 qui organisent des activités de consultations programmées et un accès immédiat à un SMUR.

Le projet de création d'un pôle de santé libéral à Lure, contigu au site de l'hôpital, constitue une réelle perspective pour favoriser l'attractivité de nouveaux professionnels libéraux et accueillir des internes de médecine générale. Une perspective d'autant plus pertinente que la quasi totalité des généralistes du secteur prendra sa retraite au cours des prochaines années.

Complémentaires...

C'est ce que sont, dans leur souci quotidien d'efficacité et de qualité, médecins hospitaliers et médecins libéraux.

La démographie médicale que nous connaissons - que nous subissons ! -, impose une collaboration étroite entre tous les acteurs du monde de la santé.

Une présence médicale, bien nécessaire, dans les secteurs « difficiles » de notre département ne sera assurée que si nos jeunes confrères libéraux savent bénéficier de l'apport technique des spécialistes, tel qu'ils l'ont connu tout au long de leur formation.

Les différents sites du CH70 doivent être en mesure de fournir cette assistance, permettant une prise en charge de nos patients conforme aux impératifs de qualité qui sont les nôtres...

Jean-Yves Bacus, président du conseil de l'Ordre des médecins de la Haute-Saône



2. UN GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE EN PERSPECTIVE

L'ambition du GH70 est d'être le plus attractif possible sur ses champs de compétences. Ici, le critère de proximité géographique est essentiel. C'est sur cet axe que s'articule le bassin d'attractivité de l'ensemble des activités sanitaires et médico-sociales du GH70 qui permet à la population d'accéder en moins de 30 minutes à un SMUR, à des activités de consultation et d'hospitalisation. Un objectif possible grâce aux 3 sites hospitaliers de Vesoul, Lure et Luxeuil.

UNE ZONE D'ATTRACTIVITÉ BIEN ANCRÉE SUR SON TERRITOIRE

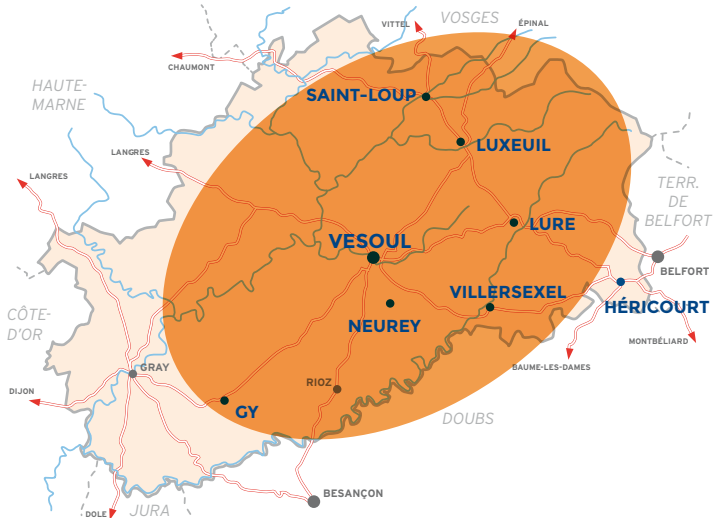
Le bassin d'attractivité du GH 70 se fonde selon plusieurs critères parmi lesquels :

- > l'analyse des séjours d'hospitalisation en fonction de la domiciliation des patients,
- > les flux des différentes zones de population,
- > les modèles de projection démographique (posant notamment le vieillissement de la population).

Ces éléments déterminent la zone d'attractivité principale de l'ensemble des activités sanitaires, ce qui représente 60 % de la population totale du département.

Selon les disciplines, 55 % à 75 % des séjours d'hospitalisation de la zone d'attractivité sont réalisés au GH70.

Le cumul des activités réalisées au GH70 et à la clinique Saint-Martin à Vesoul représente 70 % des séjours en hospitalisation complète de la zone d'attractivité.



Parts de marché du GH70 dans la zone d'attractivité (Sources BDHF et Hospidiag)

Années	2010	2011	2012	2013	TCAM
Médecine	60,3 %	60,8 %	60,1 %	60,4 %	+ 0 %
Chirurgie (HC)	43,2 %	40 %	39,5 %	40,7 %	- 2%
Obstétrique	74,5 %	74,3 %	73,6 %	73,1%	- 1 %
Chirurgie ambulatoire	33,7 %	36,7 %	37,5 %	39,8 %	+ 6 %
Cancérologie (hors séances)	-	42,5 %	42,6 %	47 %	+ 5 %
Séances de chimiothérapie	49,5 %	58,4 %	65,9 %	67,2 %	+ 11 %

On constate que :

- > les parts de marché du GH70 sont stables en médecine,
- > elles augmentent en chirurgie pour l'ambulatoire (+ 6 %),

- > elles demeurent très élevées en obstétrique (73,1 %),
- > l'activité de chimiothérapie en cancérologie progresse de 11 % par an en moyenne.

UNE CONCURRENCE LOCALE AFFIRMÉE DANS LES DISCIPLINES CHIRURGICALES

Parts de marché du GH70 et de la clinique Saint-Martin dans la zone d'attractivité (Sources BDHF)

Années	2013	2014
Médecine (GH70)	60,4 %	62,7 %
Médecine (clinique Saint-Martin)	11,5 %	10,9 %
Chirurgie (GH70)	40,7 %	40,0 %
Chirurgie (clinique Saint-Martin)	23,7 %	22,4 %

- > Chirurgie digestive majeure : 53,6 %
- > Chirurgie majeure de l'appareil locomoteur : 26,6 %
- > Traumatologie : 73,4 %
- > Ophtalmologie : 58,7 %
- > ORL, stomatologie : 45,3 %
- > Chirurgie viscérale : 41,0 %

- > Chirurgie hépato-biliaire : 54,6 %
- > Pose de stimulateurs : 49,7 %
- > Gynécologie : 55,5 %
- > Urologie : 52,9 %
- > Thyroïde : 43,9 %





UNE ACTIVITÉ
EN AUGMENTATION CONSTANTE

Entre 2010 et 2014, l'activité du GH70 s'est accrue de 4,6 % en moyenne annuelle en partie grâce à la progression cumulée

des séjours d'hospitalisation (+ 1,8 % en moyenne par an) et des séances (+ 11,8 % en moyenne par an).

Années	2010	2011	2012	2013	2014	TCAM
Total RSA et séances	34 604	35 862	36 458	38 579	41 497	4,6 %

Années	2010	2011	2012	2013	2014	TCAM
Nombre de RSA de médecine (HC)	14 144	14 602	14 171	14291	15 066	1,6 %
Nombre de RSA de chirurgie (HC)	4 755	4 377	4 196	4 293	4 285	- 2,6 %
Nombre de RSA d'obstétrique (HC)	1 757	1 660	1 674	1 582	1 608	- 2,2 %
Nombre de RSA de médecine (ambulatoire)	2 442	2 372	2 491	2 762	3 049	5,7 %
Nombre de RSA de chirurgie (ambulatoire)	1 825	2 214	2 363	2 691	2 892	12,2 %
Nombre de RSA d'obstétrique (ambulatoire)	353	330	312	344	280	- 5,7 %
TOTAL RSA	25 276	25 555	25 207	25 963	27 180	1,8 %

La forte progression des activités réalisées en ambulatoire explique en grande partie la croissance des hospitalisations. Le très bon niveau atteint par l'établissement en chirurgie

ambulatoire (50 %) ainsi que l'ouverture des hôpitaux de jour à Lure contribuent fortement au développement des prises en charge alternatives à l'hospitalisation complète.

Années	2010	2011	2012	2013	2014	TCAM
Nombre de séances de chimiothérapie	2 607	3 219	3 902	4 123	4 332	13,5 %
Nombre de séances d'hémodialyse	5 983	5 996	6 243	6 452	6 572	2,3 %
Nombre de séances autres	738	1 092	1 106	2 041	3 713	49 %
TOTAL SÉANCES	9 328	10 307	11 251	12 616	14 617	11,8 %

Entre 2010 et 2014, les séances produites sur nos sites ont augmenté de 56 % (11,8 % par an). Elles caractérisent d'une part, la demande croissante de prise en charge dans le ter-

ritoire, et d'autre part, la performance de l'attractivité des professionnels qualifiés et des organisations mises en place.

Années	2010	2011	2012	2013	2014	TCAM
IP-DMS médecine	1,13	1,14	1,13	1,11	1,11	- 0,6 %
IP-DMS chirurgie	1,21	1,23	1,21	1,15	1,17	- 0,9 %
IP-DMS obstétrique	1,06	1,11	1,09	1,07	1,07	0

La durée moyenne de séjour dans les services d'hospitalisation de médecine et de chirurgie est fortement défavorable au GH70 et se traduit par un nombre de journées réalisé de 10 % supérieur à l'objectif national cible.

Potentiellement, la durée moyenne de séjour devra être diminuée d'une journée et favoriser le déploiement de nou-

velles admissions. Cet objectif sera inscrit dans les contrats de pôles pour permettre les adaptations indispensables du programme capacitaire au développement de l'ambulatoire et au vieillissement de la population.

LES PROJECTIONS D'ACTIVITÉ
(Projections à 5 ans de la structure démographique à partir du case mix)

> Une croissance de 4,6 % de l'activité MCO en hospitalisation complète à prévoir d'ici 5 ans avec, en revanche, une baisse de 2,8 % de l'activité d'obstétrique et de 3,3 % de l'activité de prise en charge des nouveau-nés.

> Une augmentation de 4 % de l'activité MCO en ambulatoire.

Les évolutions les plus favorables concerneraient l'hématologie, la cardiologie, l'uro-néphrologie, l'orthopédie-traumatologie, la pneumologie, l'endocrinologie, l'ophtalmologie et les affections du système nerveux, avec des évolutions comprises entre 6 % et 11 %.



Potentiellement, la durée moyenne de séjour devra être diminuée d'une journée et favoriser le déploiement de nouvelles admissions. Cet objectif sera inscrit dans les contrats de pôles pour permettre les adaptations indispensables du programme capacitaire au développement de l'ambulatoire et au vieillissement de la population.



Neurologie

Un certain nombre de maladies des nerfs (polynévrites inflammatoires, atteintes de la myéline), des muscles et d'affections cérébrales dégénératives (sclérose en plaque, Parkinson...) et inflammatoires peuvent bénéficier de traitements médicamenteux spécifiques (immunoglobulines par exemple) réalisés lors d'une hospitalisation de jour sur les sites de Vesoul et de Lure.

En 2015, 3 200 traitements ont été réalisés :
> 2 500 traitements au bénéfice de patients atteints par des polynévrites inflammatoires
> 700 traitements pour des patients porteurs d'une sclérose en plaque.

Une courbe en nette croissance sur notre territoire. Comme pour nombre de maladies chroniques, l'éducation thérapeutique des malades et le lien avec les associations de patients sont ici très importants.

DES ACTIVITÉS DE RÉFÉRENCE RÉPONDANT AUX EXIGENCES DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

La présence d'un grand nombre de spécialités, le croisement des éléments issus de l'analyse des flux et des critères de classification en niveaux de soins confèrent au GH70 le niveau d'établissement de référence de son territoire.

Il comporte la quasi-totalité des spécialités médicales et chirurgicales, un service d'accueil des urgences et dispose d'un plateau technique de diagnostic, d'explorations fonctionnelles et de techniques interventionnelles fonctionnant 24 h / 24 h. Il concentre l'essentiel de la permanence des soins hospitaliers et s'appuie sur deux établissements de proximité : Lure et Luxeuil satisfont la demande de première intention pour des soins non programmés, des consultations avancées et des activités d'hospitalisation de médecine et de soins de suite et de réadaptation.

Les 3 sites ont organisé des liaisons appropriées avec d'autres opérateurs (professionnels libéraux, établissements de psychiatrie et de rééducation, établissements et services sociaux et médico-sociaux) pour s'assurer des relais nécessaires, tant en amont qu'en aval du recours à leurs services.

Le projet régional de santé, dans son volet spécifique sur l'organisation des soins, précise la nature et les obligations qui sont confiées au GH70.

LES ACTIVITÉS MÉDICALES

La gradation des soins est organisée en médecine en niveaux de proximité (sites de Lure et Luxeuil) et de plateau technique de recours infrarégional (site de Vesoul) garantissant l'accès 24 h / 24 aux activités d'urgences, de médecine, de pédiatrie, d'imagerie et de biologie.

Dans ce schéma, l'articulation avec la médecine de ville et le champ médico-social est essentielle. Il est donc nécessaire de renforcer l'offre de proximité et d'organiser des filières de prise en charge spécialisées en tissant des liens entre les professionnels de santé au sein de chacune des spécialités.

Une attention particulière sera portée à la gériatrie avec notamment :

- > une régulation de l'accès direct des personnes âgées aux urgences,
- > une meilleure organisation de la gradation des prises en charge entre les niveaux de recours en médecine (Vesoul, Lure et Luxeuil) mais aussi avec les soins de suite et de réadaptation (1 SSR non spécialisé et 1 SSR spécialisé pour les affections du système nerveux à Lure),
- > les hospitalisations de jour (1 HDJ à Vesoul et 2 HDJ à Lure),
- > les consultations externes dont les consultations avancées,
- > les équipes mobiles (1 équipe mobile soins palliatifs et 1 équipe mobile de gériatrie),
- > les soins de support.

La création de l'hôpital de jour d'addictologie à Lure a répondu aux objectifs du PRS pour la prise en charge des patients ayant une dépendance et/ou des complications sévères nécessitant un cadre de soins adapté à leurs besoins en lien avec leur environnement.

Outre les implantations précitées, le projet régional de santé évoque la possibilité de création d'une unité de médecine polyvalente à orientation Alzheimer de 10 lits à Lure qui pourra être éventuellement déplacée à Luxeuil, consécutivement à l'ouverture, depuis février 2016, d'une unité cognitivo-comportementale de 10 lits en soins de suite et de réadaptation.

Pour le suivi des patients chroniques, le développement de l'éducation thérapeutique a été encouragé par la reconnaissance de 6 programmes d'ETP :

- > obésité infantile,
- > asthme,
- > insuffisance cardiaque,
- > diabète,
- > douleur,
- > lombalgies chroniques.

Les moyens de financement accordés en limitent cependant le parfait déploiement, alors même que la couverture des besoins est insuffisante en Haute-Saône.

LES ACTIVITÉS CHIRURGICALES

La construction d'un plateau technique unique à Vesoul pour le département de la Haute-Saône répond au besoin de structurer l'offre chirurgicale publique au côté de la structure privée, également implantée à Vesoul sur des activités inévitablement mises en concurrence (ORL, urologie, chirurgie viscérale).

Toutefois, la permanence des soins est assurée uniquement par le GH70 grâce à l'ouverture 24 h / 24 de l'accueil du service des urgences, du bloc opératoire et des activités associées (imagerie, biologie, pharmacie).

Permanence des soins également assurée par une garde et une astreinte d'anesthésie-réanimation, ainsi qu'une astreinte dans chacune des disciplines suivantes :

- > traumatologie,
- > chirurgie viscérale,
- > urologie,
- > gynécologie,
- > ophtalmologie,
- > ORL.

De quoi garantir une prise en charge chirurgicale significative tout au long de l'année pour l'ensemble du territoire.

Au titre de la chirurgie des cancers, le GH70 est autorisé à pratiquer les interventions en sénologie (chirurgie du sein), en digestif et en urologie.

La stomatologie fait désormais également partie des disciplines couvertes par le GH70 depuis novembre 2015. Un accès à l'odontologie est également envisagé.

Des consultations avancées sont également accessibles sur les sites de Lure et Luxeuil.

Avec 50 % des interventions réalisées en ambulatoire, l'objectif du PRS de développer une culture de la programmation ambulatoire est bien engagé.

LES ACTIVITÉS PÉRINATALES

En raison du niveau de naissances (1 200 / an), du positionnement géographique et des besoins induits par la prématurité, la maternité du GH70 dispose d'une unité de néonatalogie sans soins intensifs.

Les normes requises par le PRS en matière de locaux, matériels et personnels sont respectés.

Outre la présence des sages-femmes, la permanence des soins est assurée par une garde, sur place, d'un gynécologue-obstétricien.

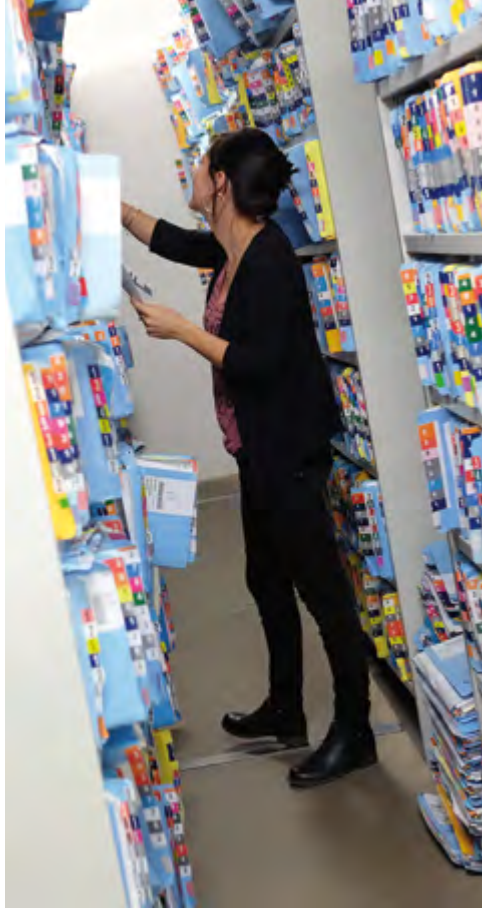
Sont également implantés à Lure et à Luxeuil deux centres périnatals de proximité. Leurs missions sont confiées à des gynécologues et sages-femmes sur chacun des sites.

Pour répondre aux recommandations régionales, le service de gynécologie-obstétrique et le service de pédiatrie-néonatalogie collaborent avec le CHRU de Besançon pour accéder dans les meilleures conditions aux sur-spécialités et à la réanimation néonatale.

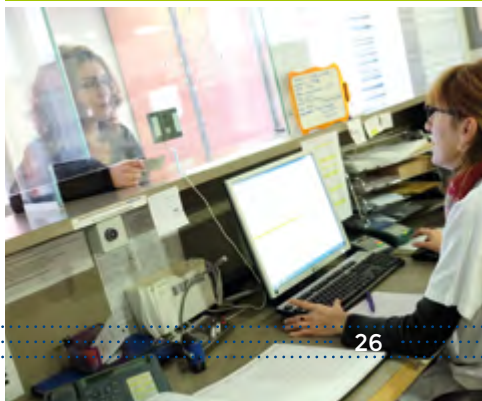
La convention de transport néonatal et pédiatrique organise les conditions de transfert vers le CHRU, par l'intermédiaire du centre 15.

Dans le cadre de ses autorisations liées à la prise en charge de la mère et de l'enfant, le GH70 s'est engagé à :

- > organiser les moyens de prise en charge des hémorragies graves de la délivrance,
- > améliorer les transferts in utéro,
- > conforter les liens avec le réseau de périnatalité,
- > promouvoir l'entretien périnatal précoce,
- > favoriser le repérage des difficultés psychologiques et psychiatriques,
- > promouvoir l'allaitement maternel,
- > développer le soutien à la parentalité,
- > assurer la prise en charge des IVG.



L'articulation avec la médecine de ville et le champ médico-social est essentielle.





Conformément aux prescriptions du PRS, l'équipe de réanimation est inscrite au réseau régional des prélèvements auprès de l'agence de biomédecine.



LES ACTIVITÉS DE RÉANIMATION, DE SOINS INTENSIFS ET DE SURVEILLANCE CONTINUE

Dans son rôle d'établissement de référence de son territoire, le GH70 dispose d'une unité de réanimation de 12 lits et d'une unité de soins intensifs de cardiologie de 8 lits. Une conformité au PRS qui précise que ces activités sont concentrées sur un site pivot afin de garantir une utilisation effective et pérenne, dotées des ressources médicales requises et d'un plateau technique significatif.

Deux unités de surveillance continue de 6 lits, adjointes respectivement à l'unité de réanimation et à l'unité d'anesthésie, sont placées sous la responsabilité de chacune de ces équipes, favorisant les mutualisations de moyens et la continuité de prise en charge du patient.

Conformément aux prescriptions du PRS, l'équipe de réanimation est inscrite au réseau régional des prélèvements auprès de l'agence de biomédecine.

LES ACTIVITÉS DE MÉDECINE D'URGENCE

Pour chacun de ses sites, le GH70 dispose des autorisations suivantes :

- **à Vesoul :**
 - > 1 SAMU sans l'activité de régulation
 - >1 structure des urgences
 - >1 site SMUR avec 2 lignes de garde
 - >1 CESU
- **à Lure :**
 - >1 site SMUR (24 h / 24)
 - >1 site de consultations non programmées
- **à Luxeuil :**
 - >1 site SMUR (9 h / 19 h)
 - >1 site de consultations non programmées

Toutes les préconisations du schéma régional d'organisation des urgences sont respectées en ce qui concerne notamment :

- > la réponse aux urgences pré-hospitalières par l'intermédiaire des 3 SMUR terrestres et de l'héliSMUR ;
- > l'agrément du centre d'enseignement des soins d'urgences (CESU) ;
- > la création d'un poste d'infirmière d'accueil et d'orientation ;
- > la traçabilité et la gestion des flux de patients dans un système d'information ;
- > l'adhésion du GH70 au réseau régional des urgences ;
- > la participation du SAMU 70 à la constitution de filières spécifiques de prise en charge (AVC, traumatisés graves, obstétrique, néonatalogie) ;
- > l'accès à l'imagerie et au laboratoire 24 h / 24 ;
- > la prise en charge des détresses vitales en moins de 30 minutes ;
- > l'accueil des urgences psychiatriques 24 h / 24.

L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE

La prise en charge du patient dans le cadre de la suppléance peut être effectuée par l'épuration extra-rénale en hémodialyse.

Le GH70 dispose des autorisations pour assurer l'hémodialyse en centre, en unité de dialyse médicalisée et en unité d'autodialyse, avec une capacité totale de 14 postes dont le fonctionnement est garanti par la présence permanente de néphrologues et d'infirmières de spécialité.

La prévention et l'éducation thérapeutique sont prises en compte pour :

- > dépister des patients à risque d'insuffisance rénale chronique,
- > retarder la survenue de l'insuffisance rénale chronique terminale,
- > améliorer le suivi des patients diabétiques,
- > assurer une continuité de traitement en hospitalisation dans le service de néphrologie.

Dialyse

Le service de dialyse fonctionne du lundi au samedi inclus, de 6 h 30 à 19 h, jours fériés compris. Il dispose de 14 postes dont 2 en box fermés pour une isolation totale, et 1 poste de repli pour les urgences. Les 14 postes de dialyse sont raccordés à un osmoseur pour la réalisation de séances d'hémodialyse et d'hémodiafiltration du dialysat ultrapur.

Le service de dialyse péritonéale comprend deux salles de consultation et mobilise des infirmières réalisant aussi bien la dialyse péritonéale que l'hémodialyse. Sont pratiquées les dialyses péritonéales continues ambulatoires et automatisées.

Les consultations de néphrologie sont assurées par 3 médecins temps plein et un médecin assistant partagé avec le CHRU de Besançon. Les 7 plages de consultation permettent d'absorber l'accroissement des demandes. Les consultations de dialyses péritonéales sont quant à elles réalisées au sein du service de dialyse.

Actuellement, la moitié des patients pris en charge en hémodialyse, sont en hémodiafiltration. Cette technique n'est possible qu'avec des générateurs spécifiques. Il est prévu l'achat de nouveaux générateurs double technique : hémodialyse et hémodiafiltration. De quoi augmenter le nombre de prises en charge HDF, notamment pour les sujets âgés, instables sur le plan hémodynamique, diabétique et surtout polyvasculaire.

L'objectif est également d'accroître le nombre de patients nécessitant des dialyses péritonéales afin d'éviter les hospitalisations dans le service de dialyse. C'est également la voie vers une meilleure préparation de ces patients à l'inscription sur un listing de greffe rénale.

Les médecins néphrologues du GH70 interviennent également dans l'unité de dialyse médicalisée et d'auto-dialyse de SANTELYS, située dans les anciens locaux de l'hôpital de Vesoul. Une organisation médicale qui conforte les liens entre les deux structures et sécurise les patients.

Docteur Karim Khellaf,
chef du service de néphrologie-dialyse



L'objectif du GH70 est de poursuivre l'exercice de ses missions d'intérêt général et d'en développer leur pleine capacité au niveau territorial.



Dans cette perspective, il est légitime de préparer les établissements de santé et médico-sociaux de Haute-Saône à s'engager dans la constitution d'un GHT.

LES MISSIONS D'INTÉRÊT GÉNÉRAL

Au titre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé avec l'ARS, le GH70 est habilité à exercer les missions suivantes :

- > une équipe hospitalière de liaison en addictologie pour faciliter le repérage des patients hospitalisés et leur orientation dans le système de soins avec l'AHBFC ;
- > une équipe mobile de soins palliatifs pour organiser et accompagner la démarche palliative ;
- > un centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic du VIH, des hépatites et des infections sexuellement transmissibles ;
- > des actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques ;
- > des consultations mémoire pour diagnostiquer un syndrome démentiel et mettre en place un projet de soins personnalisé ;
- > des consultations hospitalières d'addictologie ;

LE GH70 : ÉTABLISSEMENT SUPPORT D'UN GHT

La loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé a rendu obligatoire la coopération entre les acteurs de santé d'un même territoire pour maintenir une offre de qualité, répondre aux inégalités d'accès aux soins, et organiser une approche coordonnée de la prise en charge des patients.

Ainsi, au sein d'un territoire de santé, les établissements sanitaires et médico-sociaux auront à se constituer en groupement hospitalier de territoire, autour d'un établissement support, pour bâtir un projet médical partagé, garant des missions de proximité ainsi que de l'accès à une offre de référence et de recours.

À ce titre, et pour le compte des établissements membres, les GHT organiseront la gestion d'un système d'information, la gestion d'un département d'information médicale, la fonction achats, la coordination des écoles.

- > une structure d'études et de traitements de la douleur chronique ;
- > des actions de coordination et pratiques de soins spécifiques en cancérologie ;
- > une unité sanitaire en milieu pénitentiaire ;
- > la prise en charge des patients en situation précaire par les équipes hospitalières ;
- > une permanence d'accès aux soins de santé (PASS).

Il est indispensable que le financement accordé pour le fonctionnement de chacune de ces missions soit justifié par des engagements de la part du GH70. Ils sont évalués annuellement par l'agence régionale de santé dans le respect des bilans d'activité établis pour chacune des missions précitées.

L'objectif du GH70 est de poursuivre l'exercice de ses missions d'intérêt général et d'en développer leur pleine capacité au niveau territorial.

Ils pourront également gérer des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques.

Les CHU seront associés au fonctionnement des GHT afin de coordonner les missions d'enseignement, de recherche, de référence, de recours et de gestion de la démographie médicale.

Enfin, un comité territorial des élus sera chargé « d'évaluer les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement ».

Il ressort de ces dispositions une solide volonté du législateur d'opter pour une approche résolument fédérative de l'offre de soins, dans un espace territorial légitimé par la mise en cohérence des parcours de soins et des politiques de gestion. Cette évolution semble bénéfique et laisse toute la marge nécessaire pour confirmer les politiques de coopération déjà engagées.

Dans cette perspective, il est légitime de préparer les établissements de santé et médico-sociaux de Haute-Saône à s'engager dans la constitution d'un GHT.

LA CRÉATION D'UN GHT EN HAUTE-SAÔNE

La structuration de l'offre de santé autour d'un plateau technique unique à Vesoul ainsi que la mise en association d'un certain nombre d'établissements sanitaires (Lure, Luxeuil, Gray) et médico-sociaux, prédisposent l'élaboration d'un projet médical partagé. Un projet qui s'ouvre également sur les structures de psychiatrie (AHBFC), d'hospitalisation à domicile et de réadaptation.

L'optimisation des politiques de gestion et la mutualisation d'activités administratives et logistiques dispersées, couvrant près de 2 000 lits, en seront des compléments utiles.

Sur la base d'un territoire de 240 000 habitants, caractérisé par l'isolement géographique de ses hôpitaux et une démographie médicale libérale fortement déficitaire, l'association de tous les acteurs de santé reste une force à constituer. Un dispositif indispensable au maintien de politiques de proximité.

Les rapprochements préconisés seront d'autant mieux soutenus par les élus et la population qu'ils auront pour vocation de préserver la place d'un établissement référent de son territoire garantissant l'accès à l'offre régionale de recours.

En ce sens, la performance des fédérations médicales interhospitalières et des réseaux régionaux, ainsi que la création de postes partagés, préfigurent la place prépondérante que devra occuper le CHRU dans le GHT.

À Vesoul, et au-delà de tout aspect concurrentiel, l'hôpital et la clinique sont appelés à coopérer plus étroitement encore :

- > le GIE d'imagerie, constitué avec les radiologues libéraux, permet déjà d'organiser sereinement la mise en commun avec le GH70 de toute l'imagerie en coupe du département (2 IRM et 3 scanners) sous l'égide de la fédération médicale interhospitalière d'imagerie ;

- > un groupement de coopération sanitaire (GCS) de médecine nucléaire assure également la cogestion d'un équipement de gamma caméra avec des partenaires libéraux ;
- > enfin, le GH70 et la communauté de communes de Lure ont créé une association de gestion qui portera la création d'un centre de santé dont la construction est en cours de réalisation.

La double orientation stratégique prise par le groupe hospitalier de la Haute-Saône en déployant d'une part, des axes très solides de coopération avec le CHRU et, d'autre part, en jouant son rôle d'établissement pivot de son territoire, lui donne la légitimité pour prendre l'initiative d'un projet médical partagé.

LE PROJET MÉDICAL PARTAGÉ

Le projet médical partagé a vocation à traiter de la globalité de l'offre de soins et médico-sociale, étendue à des actions plus larges de santé publique. Il vise à rendre plus cohérents les projets respectifs des établissements et des professionnels de santé, en fédérant les acteurs de santé pour mieux répondre aux besoins de proximité.

Les membres du GHT devront mettre en synergie leurs potentialités de manière à démultiplier les services à la population. 4 axes fédérateurs portent le projet de groupement hospitalier de territoire de la Haute-Saône.

■ La structuration des parcours de soins

Le recours aux structures de soins de proximité est une priorité. Il s'agit de venir en appui du médecin traitant pour guider son orientation vers l'offre de prise en charge de première intention la plus accessible dans tous les champs sanitaire et médico-social. Le GHT apporte ici le relais nécessaire par l'intermédiaire de ses services de spécialités et de son plateau technique autant qu'il met à disposition des établissements de proximité ses équipes mobiles et de consultations avancées. Le recours aux outils de télémedicine revêt ici tout son intérêt. L'AHBFC exercera cette même responsabilité d'établissement support pour les activités de psychiatrie.

La double orientation stratégique prise par le groupe hospitalier de la Haute-Saône en déployant d'une part, des axes très solides de coopération avec le CHRU et, d'autre part, en jouant son rôle d'établissement pivot de son territoire, lui donne la légitimité pour prendre l'initiative d'un projet médical partagé.





Une approche commune faite des mêmes considérations tirées de l'ensemble des process qualité doit uniformiser les bonnes pratiques au service des populations accueillies dans toutes les zones de proximité.



Des réflexions seront engagées pour faciliter la réduction des délais de prise en charge. Il pourra s'agir de l'accès à des examens (IRM, médecine nucléaire, explorations fonctionnelles) ou le transfert rapide de patients vers un service ou un établissement plus adapté.

L'organisation des parcours de prise en charge qui formalise les relations entre les établissements et services de différents champs d'intervention nécessite la parfaite circulation d'informations, la sécurité et la fluidité des échanges de données. À ce titre, le système d'information partagé est un axe majeur du projet médical.

■ **L'adaptation de l'offre du territoire à la prise en charge des personnes âgées**

L'augmentation du nombre de personnes très âgées bénéficiant de soins courants, suivis à domicile ou en EHPAD, se traduit par un recours à l'hôpital plus fréquent à l'occasion d'épisodes aigus dans un contexte de forte dépendance. La décompensation, parfois brutale, nécessite des séjours d'hospitalisation longs, faisant appel à des compétences spécifiques ou pluridisciplinaires. Cette prise en charge s'organisera au niveau de proximité, en interaction étroite avec tous les membres du GHT. C'est l'ensemble du tissu sanitaire, médico-social et social territorial qui veillera à organiser les flux via tous les acteurs du maintien à domicile, de l'hébergement et de l'hospitalisation à l'identique de la plateforme instaurée pour la santé mentale. De solides partenariats seront à établir pour asseoir la réactivité du dispositif.

■ **Susciter les coopérations les plus étendues**

L'un des objectifs majeurs du projet médical partagé est de rechercher une meilleure articulation entre les établissements membres. Une démarche réfléchie de coordination et de coopération, comportant la mutualisation de moyens ou le partage d'activités, est le corollaire d'une meilleure efficience de l'offre de santé. La coopération est la prise en

compte de chacun, assortie de contributions réciproques. Cet objectif s'applique aussi entre hôpitaux et établissements médico-sociaux, qu'ils soient pour personnes âgées ou pour enfants et adultes présentant un handicap.

■ **Ériger la qualité comme point de coordination entre tous les membres du GHT**

Une approche commune faite des mêmes considérations tirées de l'ensemble des process qualité doit uniformiser les bonnes pratiques au service des populations accueillies dans toutes les zones de proximité. Il pourra s'agir du circuit du médicament, des programmes de gestion des risques, des procédures d'audit interne, voire de la constitution d'un observatoire d'analyse et de gestion des plaintes. Toutes les procédures de certification seront gérées par le GHT et appelleront une forte mutualisation des moyens et des compétences déjà existants.

Enfin, la formation des professionnels sera un vecteur d'amélioration et de convergence des pratiques : ici, l'approche territoriale mettra des ressources en commun et permettra de travailler sur des programmes transversaux.

Au-delà de l'aspect soins, la mise en relation des acteurs du GHT concerne aussi les fonctions supports : dispositifs administratifs, systèmes d'information et prestations hôtelières. L'objectif est d'améliorer la performance économique de l'ensemble et contribuer à la maîtrise des ressources.

En première ligne du dispositif, le domaine des achats hospitaliers pour lequel une coordination territoriale s'organisera en amont via l'adhésion à des groupements d'échelle régionale, interrégionale ou nationale.

3. UN CHRU DE RATTACHEMENT

Le CHRU de Besançon bénéficie des compétences qui font autorité au sein de la région : le site d'excellence et d'expertise où se concentrent les techniques et les équipements les plus sophistiqués et où se développent les pratiques les plus avancées.

Le projet d'établissement donne l'occasion de rappeler le rattachement soutenu du GH70 au CHRU de Besançon. Il se concrétise d'ores et déjà par :

- > la création de fédérations médicales interhospitalières,
- > la formation des internes,
- > la volonté du GH70 de participer à la politique de recherche.

LES FÉDÉRATIONS MÉDICALES INTERHOSPITALIÈRES

La création d'une fédération médicale interhospitalière (FMIH) constitue un mode de collaboration abouti et intégré, de nature à structurer la gradation des soins entre niveau de recours, niveau de référence et niveau de proximité. De surcroît, elle favorise la construction des parcours professionnels dans un cadre élargi, en fonction des besoins et des moyens de ses membres, et facilite la mise en connexion des différents opérateurs.

La création des FMIH en orthopédie-traumatologie et en imagerie entre le GH70 et le CHRU s'est inscrite dans cet objectif. Elle est intervenue dans un contexte critique de perte de confiance des patients envers l'offre de soins hospitalière locale. Les communautés médicales et les directions se sont tournées vers ce modèle de coopération fortement structurant.

Sous l'impulsion de chefs de service, praticiens hospitalo-universitaires, qui se sont engagés dans la constitution et la coordination d'équipes médicales pérennes, le GH70 bénéficie désormais d'une stabilité dans ses organisations et d'une réelle attractivité territoriale.

L'apport d'internes et d'assistants partagés a permis à certains d'entre eux d'accéder au statut de praticien hospitalier par l'intermédiaire de postes vacants au GH70, et de rester positionnés dans l'environnement du CHRU.

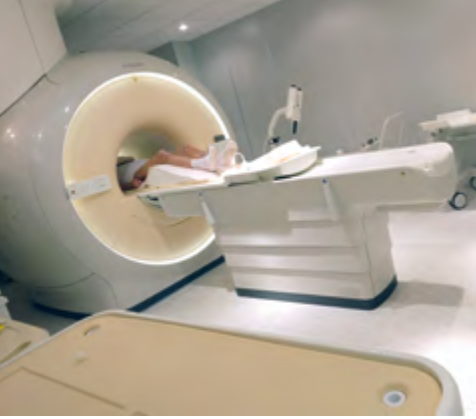
La continuité des soins a été préservée en orthopédie-traumatologie et la garde médicale en imagerie a été étendue à toutes les activités, permettant désormais d'organiser un accès 24 h / 24 à l'IRM.

Des consultations avancées et l'utilisation d'outils de télé-médecine, en imagerie notamment, participent au maintien d'une offre de soins à Lure et Luxeuil, indispensable au fonctionnement des services d'hospitalisation et d'accueil des soins urgents.



Le projet d'établissement donne l'occasion de rappeler le rattachement soutenu du GH70 au CHRU de Besançon.





Le GH70 offre une attractivité réelle pour les professionnels en raison de son dynamisme et de sa réactivité, notamment lorsqu'il s'agit de faire évoluer ses organisations et la performance de ses installations médico-techniques.



Une prise en charge de meilleure qualité et une diversification des activités du GH70 qui se traduit par la progression sensible des actes entre 2011 et 2015 :

- > 7 500 consultations par an et 1 500 interventions opératoires en orthopédie-traumatologie
- > 4 800 forfaits d'IRM (+ 41 %)
- > 17 000 forfaits de scanner (+ 35 %)
- > 9 500 actes d'échographie (+ 17 %)
- > 82 300 actes d'imagerie (+ 17 %)

La participation du GH70 à la fédération médicale interhospitalière de neurologie organisée dans un cadre régional, s'inscrit dans des préoccupations identiques. Il s'agit de privilégier l'attractivité des établissements publics de santé dans leur environnement, d'homogénéiser des pratiques, d'ouvrir les recrutements médicaux et de coordonner des filières structurées à partir du niveau d'expertise. Un projet pour la cardiologie, auquel le GH70 contribue, est également en voie de finalisation.

LA CONSTRUCTION DES PARCOURS PROFESSIONNELS

Le GH70 offre une attractivité réelle pour les professionnels en raison de son dynamisme et de sa réactivité, notamment lorsqu'il s'agit de faire évoluer ses organisations et la performance de ses installations médico-techniques.

Cela se traduit par une forte implication des médecins face aux aléas et contraintes au moment d'adapter des secteurs de prise en charge (création d'un service de chirurgie de semaine, déploiement des hôpitaux de jour, création de consultations avancées à Lure et Luxeuil) et un besoin de forte connexion avec le CHRU (création des fédérations médicales interhospitalières, postes partagés).

Au cours de ces 5 prochaines années, le GH70 devra faire face à une vingtaine de départs en retraite. Une évolution qui nécessite de l'anticipation afin d'éviter des mesures de régulation à contretemps : inadéquation avec les besoins croissants de la population et pression sur les médecins en activité.

Avec l'usage de la télé médecine et les besoins de continuité des soins, chaque activité sera nécessairement portée par un support de coopération (FMIH, réseau, GCS). Supports capables de respecter le principe de subsidiarité et la place de chaque établissement de santé dans le dispositif régional de gradation des soins.

Le GH70 s'est fortement engagé dans cette voie et continuera à soutenir une présence médicale accessible pour la population et le territoire qu'il dessert.

Les fédérations médicales interhospitalières présentent encore un intérêt majeur pour les médecins qui peuvent évoluer dans un cadre sécurisé, en lien avec leur service formateur, et, selon leurs aspirations, intégrer un établissement référent au sein duquel ils disposeront de toutes les garanties pour exercer dans des conditions optimisées. Une organisation propice à un ancrage durable des professionnels sur le territoire.

L'enjeu pour le GH70 sera de maintenir son attractivité en proposant des parcours professionnels aux jeunes médecins. Il consiste à satisfaire leurs attentes en termes de qualité de l'environnement, de diversité des fonctions et de mixité d'exercice.

La première priorité est d'assurer aux internes un accueil et une formation de qualité.

À ce titre, les différentes filières universitaires ont toujours marqué leur intérêt pour que le GH70 poursuive une dynamique active dans la formation des internes.

Le nombre d'internes a progressé de 41 % entre 2010 et 2015 alors que le nombre d'internes de spécialité a doublé sur la même période.

Années	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre d'internes de spécialité	10	7	13	14	15	20
Nombre d'internes en médecine générale	19	18	15	17	16	21
TOTAL D'INTERNES	29	25	28	31	31	41

Le fort ancrage de la formation des futurs médecins au GH70 donne des devoirs en matière d'accompagnement, de conditions de travail, de diversité, de sécurité de l'exercice professionnel et de qualité de vie. L'objectif étant que les internes privilégient leur choix en faveur du GH70.

Le respect du temps de travail, le bon ajustement du nombre de gardes, la prépondérance de la formation, la qualité de l'hébergement, l'accès à l'information sont les thèmes constitutifs d'une charte de qualité d'intégration des internes dans nos différents services.

Le besoin de prolonger le temps de formation dans le cadre du post-internat est une voie à conforter par la création de postes d'assistants spécialistes à temps partagé avec le CHU dont le bénéfice doit concerner toutes les filières structurées. L'appartenance à une spécialité, à une communauté de vie médicale, l'accès à un plateau technique moderne, le travail en équipe, la proximité dans la relation avec les autres professionnels, avec l'administration, sont indissociables pour constituer une offre de qualité satisfaisante. Elle s'inscrit dans le maintien de toutes les spécialités médicales, chirurgicales et médico-techniques ainsi que dans le déploiement d'un environnement technique de haut niveau. Un engagement qui exige un réel effort dans l'acquisition et le renouvellement des équipements biomédicaux.

Plus qu'un souhait de mobilité, les médecins ont besoin de diversifier leurs fonctions ou de concilier des modalités d'exercice différentes pour enrichir les pratiques professionnelles. Toutes les possibilités de recrutement doivent rester

ouvertes pour construire des parcours professionnels adaptés à des projets plus personnalisés, y compris dans le cadre d'un mode d'exercice mixte entre la ville et l'hôpital.

Disposer au niveau du GH70 de toutes les infrastructures techniques et de tous les professionnels de spécialités requis, justifie également de pouvoir proposer à nos médecins le partage de leur exercice professionnel avec le CHRU. Au rang des avantages de cet exercice partagé, citons le rapprochement des pratiques, l'organisation de la formation des professionnels et la prise en charge des patients dans des filières complètes.

La participation à des missions transversales reconnues au sein du GH70 (qualité et gestion des risques, politiques des vigilances, système d'information...) mais aussi l'accès à la recherche ou à l'enseignement, ou l'engagement dans des missions d'intérêt général ou humanitaires, sont autant de perspectives d'ouverture pour accéder à un exercice professionnel pluriel.



Le développement de la recherche clinique et de l'innovation au GH70 est un élément de dynamisme, d'attractivité et de notoriété pour les professionnels de l'établissement. Il renforce les liens avec les promoteurs, hospitaliers ou industriels, et complète la formation initiale des médecins, en leur donnant une ouverture indispensable sur le progrès biomédical ou technologique.

LA RECHERCHE

Le développement de la recherche clinique et de l'innovation au GH70 est un élément de dynamisme, d'attractivité et de notoriété pour les professionnels de l'établissement. Il renforce les liens avec les promoteurs, hospitaliers ou industriels, et complète la formation initiale des médecins, en leur donnant une ouverture indispensable sur le progrès biomédical ou technologique.

Investir dans la recherche, c'est aussi intéresser et motiver tous les acteurs de la chaîne du soin, ainsi que les services de biologie, de pharmacie et d'imagerie. Un cercle vertueux où plus la recherche est structurée et plus les promoteurs font appel à eux.

L'organisation de la recherche clinique est complexe. Elle fait intervenir un grand nombre de professionnels assurant la promotion, l'investigation, le support méthodologique et la valorisation des essais. Il faut ajouter à ces professionnels, les autorités de contrôle et de protection des personnes, ainsi que les patients et les associations d'usagers, jouant un rôle croissant dans ce processus.

La place du CHRU est donc prépondérante dans l'animation régionale de la politique de recherche clinique dont il assure le pilotage, la promotion, le suivi et l'évaluation dans le cadre de programmes plurithématiques : programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC), programmes de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP), programmes de soutien aux technologies innovantes (PSTIC) et programmes de recherche translationnelle partenariaux (PRT).

Bien entendu, le GH70 n'a pas pour vocation de s'ériger en centre de recherche clinique mais d'être associé à la politique de recherche au bénéfice de compétences médicales et de la grande diversité des pathologies prises en charge.

Nos équipes médicales doivent être en mesure d'exercer des missions d'investigation en vue de recruter des patients pour des essais selon les critères stricts, définis par les protocoles, et d'accompagner le déroulement des études (suivis, examens prévus...).

Elles peuvent être sollicitées pour étudier la pratique d'actes de soins courants ou l'utilisation de produits spécifiques dans des protocoles précis.

Enfin, il peut leur être demandé de participer à des relevés de données destinés à alimenter des études à grande échelle, en dehors de toute procédure supplémentaire de diagnostic ou de surveillance par rapport à la prise en charge thérapeutique dont bénéficie le patient.

En l'absence d'une infrastructure suffisante, le GH70 recherchera tous les moyens nécessaires auprès du CHRU pour disposer du soutien méthodologique et de l'aide organisationnelle dont il a besoin pour participer à la recherche clinique, qu'elle soit à promotion institutionnelle ou industrielle.

À ce titre, la mise à disposition par le CHRU d'un attaché de recherche clinique (ARC) constitue un prérequis pour le bon déroulement des études par les investigateurs, dans le respect des normes définies et des bonnes pratiques cliniques.

En ce sens, le GH70 manifestera sa volonté d'être présent dans la politique régionale de la recherche clinique en désignant un médecin référent mandaté pour participer aux travaux de la délégation à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI) du CHRU.

PARTIE 2

DES PARCOURS DE SANTÉ OUVERTS SUR LEUR ENVIRONNEMENT

Passer d'un hôpital de séjours à un hôpital de parcours au sein d'un territoire constitue l'axe central et structurant du projet d'établissement.

Cette nouvelle trajectoire exige la mobilisation de multiples intervenants qui coordonnent leurs actions tout au long de la prise en charge du patient, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix. Elle nécessite de donner sa juste place à chacun des opérateurs de la prévention, du soin, de la réadaptation et de l'accompagnement social afin d'intégrer tous les déterminants de la santé et de mobiliser les ressources nécessaires.



1. UN BESOIN D'ADAPTABILITÉ DES PROJETS DE SOINS

La réelle ouverture des parcours de soins sur leur environnement favorise encore davantage la personnalisation des prises en charge, l'ordonnancement des interventions et l'accès à d'autres acteurs. En ce sens, les projets de soins s'inscrivent pleinement dans une approche multidimensionnelle et partagée pour lesquels l'hôpital fera valoir les principes de sécurité, de continuité, de synergie et de confiance.

SÉCURISER LE PASSAGE D'UNE ORGANISATION DE SÉJOURS À UNE ORGANISATION DE PARCOURS

La logique de parcours ne peut s'écarter des principes intangibles de prise en charge sécurisée des patients et des résidents.

L'évaluation initiale et continue de l'état de santé, ainsi que l'identification et la prise en charge rapides des risques, accompagnent toute la démarche de soins. Transmettre les données dans un dossier structuré et accessible en constitue la traçabilité.

En complément, les protocoles de prise en charge spécifiques, les coopérations entre services, entre établissements, la constitution d'outils partagés, alimentent une base documentaire indispensable à la connaissance de la pratique des différents acteurs.

Optimiser la sécurisation des parcours passe par la solution de prise en charge la plus adaptée : ambulatoire ou hospitalisation complète. Une nouvelle unité de régulation aura pour mission de préparer et d'accompagner l'orientation du patient vers le service en mesure de l'accueillir dans les meilleures conditions.

STRUCTURER LA CONTINUITÉ DES SOINS

Structurer la continuité des soins évite les ruptures de prise en soins. Une organisation qui exige la plus grande rigueur de la part de chacun et tout au long du processus.

À cet effet, la transmission des informations dans le dossier du patient et du résident, la présence d'équipes mobiles efficaces, l'action du service social, les liens de collaboration développés et diversifiés dans certains secteurs, tels que la petite enfance, l'adolescence, la gériatrie et la prise en charge des addictions, constituent des atouts prédisposant à garantir cette continuité des soins.

Trois axes sont à conforter dans notre organisation :

- > harmoniser les règles de tenue des dossiers et faciliter l'appropriation des guides d'utilisation élaborés par les professionnels ;
- > développer l'information sur les organisations en place en interne et en externe pour mieux les faire connaître ;
- > améliorer l'organisation de l'entrée et de la sortie du patient pendant la phase d'hospitalisation, et diversifier les modes de communication avec les professionnels intervenant dans les parcours.



Sclérose en plaques (SEP)

Pourquoi une clinique de la SEP au GH70 (CLIFRANCOSEP), clinique franc-comtoise de la SEP ?

La création d'une structure de ce type s'impose devant une file active proche des 300 patients. Des praticiens neurologues expérimentés s'investissent dans ce domaine depuis de nombreuses années. Ils exercent sur un plateau technique réparti sur 2 sites (consultations / hôpitaux de jour à Vesoul et Lure / hospitalisation complète), ce qui permet d'assurer un maillage de proximité pour les patients et un meilleur accès aux dernières innovations thérapeutiques.

Le fonctionnement de la CLIFRANCOSEP complètera l'action de la CLIBOSEP « clinique bourguignonne de la SEP » implantée dans le sud de notre région : SOS Poussée numéro vert, réunion de concertation pluridisciplinaire avec plusieurs neurologues pour décisions thérapeutiques, éducation thérapeutique, consultations programmées multidisciplinaires, recherche clinique, recherche épidémiologique avec inscription de tout patient dans la base SEP EDMUS.

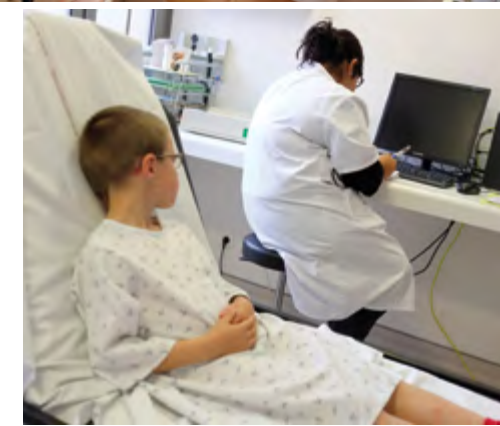


FAVORISER LA SYNERGIE ENTRE LES DIFFÉRENTS ACTEURS DES PARCOURS DE SOINS

Donner aux professionnels les moyens de potentialiser leurs actions respectives en augmente l'efficacité. Une posture professionnelle au bénéfice du patient, du résident et de leur entourage.

Les investissements matériels (téléphonie, informatique) réalisés et en projet, l'organisation des équipes transversales et de soins de support, les nombreux groupes de travail pluridisciplinaires ouverts sur l'extérieur contribuent à développer cette synergie.

Il conviendra également de recenser de façon la plus exhaustive possible les activités et organisations de soins internes et externes, et d'organiser l'information pour la diffuser largement.



Aujourd'hui, du principe d'information, on s'oriente vers une participation active de l'utilisateur à toutes les étapes de sa prise en soins. Cette nouvelle intégration du patient dans le processus de soin doit garantir le respect de ses volontés.



RENDRE LA PERSONNE ACTRICE DE SA PRISE EN SOINS DANS UNE RELATION DE CONFIANCE

Les actions menées jusqu'à présent ont permis de développer des organisations et des outils facilitant l'information du patient à l'hôpital et du résident en EHPAD. Des voies de communication nouvelles qui permettent de mieux comprendre les soins prodigués.

Aujourd'hui, du principe d'information, on s'oriente vers une participation active de l'utilisateur à toutes les étapes de sa prise en soins. Cette nouvelle intégration du patient dans le processus de soin doit garantir le respect de ses volontés.

Dans ce cadre, le GH70 s'engage à :

- > systématiser la présentation du projet personnalisé de soins au patient et du projet d'accompagnement personnalisé au résident ;
- > structurer le suivi de la compréhension du patient et du résident vis-à-vis de l'information qui lui est donnée ;
- > inclure les programmes d'éducation thérapeutique dans la définition des parcours de soins ;
- > organiser le recueil des directives anticipées.



2. UNE NÉCESSAIRE ÉVOLUTION DANS NOS PRISES EN CHARGE

Si les préconisations en matière de structuration des parcours de soins sur le territoire sont largement diffusées et entendues, dans les faits, la constitution de filières demeure complexe. Écueils à la fluidité de leur mise en œuvre, citons les difficultés à mobiliser et à coordonner les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux à toutes les étapes de la prise en charge du patient, c'est-à-dire dans des temps limités et contraints.

Une meilleure articulation des dispositifs existants préservera l'offre de soins disponible. Offre qui, sur notre territoire, demeure fragile et rapidement saturée, notamment quant la réponse de la médecine de ville fait défaut.

L'orientation du patient, la formalisation des actions de coordination et la circulation des informations apporteront la gradation effective et opérante dans la réponse aux besoins de santé.

À la clé, c'est le bien-être du malade et la performance des activités de nos sites hospitaliers qui seront améliorés.

MAÎTRISER LES PARCOURS DE SOINS

Les urgences se substituent parfois à la médecine de ville du fait même du comportement de la population. Un phénomène culturel qui appelle une éducation du public au risque d'engorger toujours plus le service.

Le GH70 est contraint aujourd'hui de repenser son fonctionnement pour avoir la maîtrise des parcours des patients. Il s'agit de mieux intégrer les demandes de prise en charge en provenance des urgences, les entrées programmées, le développement de l'ambulatoire, les transferts vers les structures d'aval et la gestion des sorties. Les conditions de réussite de cet axe central du projet d'établissement s'appuieront sur des liens consolidés entre les professionnels de ville et le GH70.

CONSOLIDER LES LIENS ENTRE LA VILLE & L'HÔPITAL

L'amélioration du parcours de soins nécessite une structuration de l'accès à l'hôpital, tout particulièrement en hospitalisation, qu'elle soit programmée ou non.

La bonne articulation entre les prises en charge en ambulatoire et le secteur hospitalier limite les passages aux urgences et réduit les hospitalisations évitables.

Cela implique une meilleure coordination de tous les acteurs de soins : hôpital, médecine de ville et EHPAD.

Pivot de ce dispositif, le médecin traitant. Il est le garant du parcours de soins coordonné. À ce titre, nous devons lui offrir





Le GH70 facilitera l'accès à un avis spécialisé hospitalier, organisera des permanences téléphoniques spécifiques à certaines pathologies et développera les projets de télé-médecine.

le meilleur accès possible aux sites hospitaliers du GH70 en lui permettant :

- > de disposer des moyens (informations, organisations, techniques) facilitant la prise de décision de recourir ou non au GH70, notamment dans les situations où le maintien à domicile est rendu difficile,
- > d'accéder aux services de consultation et d'hospitalisation sans perte de temps ni d'information pour lui,
- > de garantir à son patient une prise en charge hospitalière rapide, efficace et de qualité,
- > de prendre le relais sans rupture à la sortie d'hospitalisation et de redevenir l'acteur de 1^{er} recours.

Les parcours de prise en charge, pour les personnes âgées notamment, sont souvent inadaptés et génèrent des journées d'hospitalisation non pertinentes. Le passage aux urgences est trop fréquent, le recours à un avis d'un médecin spécialiste est parfois impossible, et la circulation de l'information demeure limitée en l'absence d'outils partagés.

De surcroît, la prégnance du tissu sanitaire, médico-social et social et la superposition des structures de coopération (plateformes, filières, réseaux...) avec des champs d'action et missions mal connus, rendent complexe et même opaque, la coordination des parcours de prise en charge.

Ces difficultés sont accrues durant les périodes de permanence des soins au cours desquelles l'absence de continuité de service de la plupart des opérateurs ne laisse comme ressource accessible pour le patient que le seul recours à l'hôpital.

Les médecins de ville constatent ou ressentent des déficits à l'égard des établissements du GH70 dont certains reconnaissent aussi mal connaître les ressources et le fonctionnement. On sait les évolutions démographiques des professions de santé et la place centrale dans l'organisation du médecin traitant. Ce lien ville-hôpital est donc capital. Notre travail devra donc également porter sur la communication en direction de ces professionnels libéraux. L'évolution de la pratique médicale de la médecine de ville, d'un exercice individuel vers un exercice collégial, pluri-professionnel, plu-

ridisciplinaire et coordonné, passera donc aussi par l'amélioration de la circulation de l'information avec des outils adaptés, partagés, et sécurisés.

Dans cette perspective, le GH70 facilitera l'accès à un avis spécialisé hospitalier, organisera des permanences téléphoniques spécifiques à certaines pathologies et développera les projets de télé-médecine.

CRÉER UNE UNITÉ DE RÉGULATION

Les parcours de soins non programmés se singularisent au GH70 par un passage systématique aux urgences et une fréquence élevée des mutations entre services. Il en résulte un allongement des durées moyennes de séjour et une mobilisation de ressources supérieure à la valorisation attendue.

- > 30 % des passages aux urgences se traduisent par une hospitalisation complète,
- > 60 % des admissions en hospitalisation complète sont non programmées (admissions par les urgences)
- > 27 % des séjours d'hospitalisation sont multi RUM, à partir principalement de l'UHCD et de l'UMAO,
- > l'indice de performance de la durée moyenne de séjour par rapport à des établissements de taille comparable est supérieur de 10 % à la valeur cible.

La dégradation de ces indicateurs est source de dysfonctionnements redondants, en l'absence de maîtrise des flux de patients, durant la période hivernale notamment.

Elle se caractérise par un allongement des temps de prise en charge aux urgences, une saturation régulière de l'UHCD, une recherche permanente de lits disponibles, des hospitalisations pour « hébergement » et, en conséquence, une production croissante de journées d'hospitalisation non pertinentes.

Force est de constater que cette évolution s'écarte des standards attendus en matière de qualité des soins et rend hypothétique toute perspective de développement de l'activité et de redéploiement de moyens en personnels, vers l'ambulatoire.

La création d'une unité de médecine d'accueil et d'orientation (UMAO) de 13 lits était de nature à répondre en partie aux difficultés des urgences en donnant accès, pour les urgentistes, à des solutions immédiates de prise en charge pour des durées d'hospitalisation de 2 à 3 jours. Or les patients admis sont âgés (70 % d'entre eux ont plus de 75 ans) et 50 % des admissions se traduisent ensuite par un transfert vers un autre service de l'établissement.

Le projet d'établissement donne l'occasion au GH70 de repenser son organisation et ses modes de fonctionnement afin de rendre les parcours des patients plus cohérents.

Cet enjeu stratégique passe par la création d'une unité de régulation. Sa mission : optimiser les capacités d'accueil disponibles en temps réel et en prévisionnel, gérer les séjours les plus complexes et adapter les ressources en fonction de la variation des activités.

L'unité de régulation s'appropriera la gestion prévisionnelle des lits et facilitera l'accès aux activités ambulatoires.

L'unité devra accéder à tout dispositif d'information lui permettant d'identifier la position de chaque patient dans son parcours de soins et d'en discuter l'orientation.

Elle disposera d'un répertoire de ressources intra et extra-hospitalières destiné à établir tout point de contact avec l'intervention d'un professionnel investi dans la prise en charge d'un patient avant, pendant et après son admission. Un système d'information partagé entre ville et hôpital est ici indispensable à la bonne circulation de l'information : demande d'admission standardisée, fiche des intervenants à domicile, transmission des comptes rendus, suivi des prescriptions de sortie...

L'unité de régulation sera chargée de formaliser par protocole les parcours de prise en charge, de les évaluer et de diffuser les bonnes pratiques.

Le bénéfice médico-économique attendu de cette nouvelle organisation s'exprime sur la performance du GH70, notamment sur l'optimisation des ressources en lits et en écho, sur





la diminution du temps de recherche en lits disponibles, de la DMS, des transferts et des déprogrammations.

La qualité des conditions d'accueil et de soins sera améliorée par la maîtrise des temps d'attente et la limitation des multi-séjours.

Plus largement, l'objectif général est de limiter les variations d'activité et de réduire les périodes de tension. Pour les équipes, c'est une meilleure répartition de la charge de travail et la stabilisation des ressources mobilisées.

ORGANISER LA SORTIE DU PATIENT

La sortie d'hospitalisation est un point critique du parcours de soins. C'est une période de fragilité à envisager comme un acte de soins à part entière. Des besoins mal évalués lors de la sortie conduisent à des réhospitalisations précoces et à un recours aux urgences plus fréquent, surtout pour les personnes âgées.

L'accélération des rythmes au niveau des services d'hospitalisation (changements de pratiques, nouvelles techniques, développement de l'activité ambulatoire, pression économique, diminution de la durée moyenne de séjour) est un facteur limitant la possibilité de contacter, d'activer et de coordonner les différents acteurs de la prise en charge à domicile. Bien souvent le médecin traitant n'est pas informé de la sortie d'hospitalisation de son patient et les délais de transmission des comptes rendus d'hospitalisation sont jugés trop longs.

La sortie d'hospitalisation nécessite donc qu'elle soit anticipée. Et ce, dès l'admission par une planification, à chaque fois que cela est possible, et une évaluation des besoins. Le patient et son entourage doivent être préparés à la transition de l'hôpital vers la ville. Le repérage des sujets à risque, la connaissance de l'environnement (intervenants extérieurs, mode de vie, isolement social ou non) et la réalisation d'un bilan social sont des éléments incontournables d'une sortie réussie.

L'informatisation d'une fiche standardisée, renseignée à l'admission et mise à jour à chaque hospitalisation, listant l'ensemble des intervenants du domicile (médecins, IDE, SSIAD, pharmacie, aides à domicile), sera nécessaire pour la réactivation de ces différents services lors de la préparation de la sortie d'hospitalisation. Son efficacité sera d'autant plus pertinente qu'elle s'étendra à tout le territoire.

La préparation de la sortie nécessite une implication forte du service social hospitalier qui a la connaissance des structures médico-sociales, des réseaux, des SSIAD et peut impulser la coordination avec le secteur de ville.

La transmission des informations médicales à l'usage des partenaires extra-hospitaliers est obligatoire. Elle conditionne la continuité des soins et la qualité de prise en charge du patient après la sortie. En outre, elle renforce encore ce lien ville-hôpital que l'on sait si important à chaque étape du parcours de soin.

Toutefois, la prescription médicamenteuse, au moment de la sortie, se heurte à des contraintes majeures inhérentes au respect du livret du médicament pour les prescriptions destinées aux sujets âgés ou aux ruptures d'approvisionnement des officines, pour les sorties d'hospitalisation en fin de journée.

L'objectif est d'améliorer de manière significative la sécurité dans la continuité des prescriptions et du traitement médicamenteux.

Le patient doit être informé sur son traitement par le médecin. Cette information sera complétée par la remise de fiches « information médicament patient » validées dans l'établissement, et spécifiques à certains médicaments.

Si le patient bénéficie d'un traitement dit « rétrocédable », c'est à dire délivré uniquement par une pharmacie hospitalière, il en sera informé. La dispensation de ce type de traitement est à anticiper afin d'éviter toute rupture après le retour à domicile.

FACILITER L'ACCÈS AUX SERVICES DE SOINS DE SUITE & DE RÉADAPTATION

Les difficultés d'admission dans des services adaptés de soins de suite et de réadaptation ont un effet négatif sur la bonne fluidité des parcours de soins.

La demande importante en soins SSR concerne des patients âgés. Une population fragile qui requiert toute notre attention pour proposer des solutions appropriées à chaque patient.

L'organisation actuelle du SSR au GH70 permet de répondre en grande partie aux besoins d'aval des services de médecine et de chirurgie. Les 75 lits répartis sur les sites de Lure et Luxeuil sont occupés à 99 %. Ce sont 64 % de demandes satisfaites, et ce dans des délais courts, inférieurs à 5 jours.

Toutefois, il faut noter que 30 %, soit au minimum 20 lits, sont occupés en permanence par des personnes âgées en attente de place en EHPAD. Cet écueil se retrouve également dans le court séjour avec pour conséquence une DMS longue, supérieure à la moyenne nationale de 10 %. Compte-tenu de l'évolution de la démographie, cette situation constitue une contrainte à laquelle il faudra faire face durablement en l'absence d'une augmentation significative de places en EHPAD.

Par ailleurs, la restructuration actuelle du site de Luxeuil a fait passer la capacité de 28 à 20 lits, dont 10 sont dédiés à la prise en charge de maladies neuro-dégénératives.

La plateforme d'orientation « ViaTrajectoire », déployée au GH70 en 2015 pour la gestion des demandes de SSR, constitue un outil de recueil statistique d'analyse des délais d'attente et d'évaluation de l'adéquation entre l'offre et les demandes de prise en charge. Pour compléter, un observatoire par structure peut être édité afin de suivre le nombre de prescriptions reçues, le pourcentage d'admissions effectives, les motifs de refus, les délais de réponse et d'admission, les pathologies admises ainsi que le profil des patients (âge, caractéristiques sociales, traitement et dépendance).

La transmission des informations médicales à l'usage des partenaires extra-hospitaliers est obligatoire. Elle conditionne la continuité des soins et la qualité de prise en charge du patient après la sortie. En outre, elle renforce encore ce lien ville-hôpital que l'on sait si important à chaque étape du parcours de soin.





De ce fait, le GH70 est candidat pour expérimenter la plateforme ViaTrajectoire-EHPAD. L'outil permet de traiter l'ensemble des demandes d'admission en EHPAD du département et d'analyser celles en provenance des services de soins de suite et de réadaptation.

Si une meilleure structuration de l'offre en lits de soins de suite doit être envisagée, il convient également de porter une attention particulière à la maîtrise des durées de prise en charge pour anticiper les difficultés de sortie des patients. Que ce soit pour un retour à domicile ou un transfert en EHPAD.

Dans ce cadre, la mobilisation des acteurs intra et extra-hospitaliers ainsi que des services sociaux, en amont de la prise en charge hospitalière programmée, est indispensable pour en anticiper les conséquences et organiser l'aval le plus adapté.

Ainsi, la diversification des modes de prise en charge : consultations spécialisées, hôpitaux de jour, de semaine, équipes mobiles gériatriques et de soins palliatifs susceptibles de se rendre à domicile, facilitera le repérage et le traitement des situations à risque. Ce nouveau fonctionnement favorisera l'organisation de séquences d'hospitalisation programmées courtes. Séquences intégrées dans des parcours de soins personnalisés, préparant l'accueil en SSR dans de meilleures conditions.

Parallèlement, pour assurer le maintien ou le retour à l'autonomie des patients, le GH70 s'engage à :

- > développer la prévention et l'éducation thérapeutique,
- > établir des conventions pour assurer le lien avec le secteur médico-social pour personnes âgées et / ou handicapées,
- > structurer la communication et les coopérations avec le secteur ambulatoire (SSIAD et médecine libérale).

PRIVILÉGIER L'ACCÈS AUX PRISES EN CHARGE AMBULATOIRES

Les orientations nationales de santé publique privilégient le recours aux alternatives à l'hospitalisation complète : prises en charge en ambulatoire ou à domicile. Lorsqu'elles sont déployées sur la base de référentiels de bonne pratique reconnus, les activités ambulatoires garantissent l'accès à des soins de proximité et préservent l'autonomie des personnes. Aux yeux des patients, le bénéfice s'évalue en termes de « qualité ressentie » de la prise en charge, dans le respect de la sécurité de soins. Pour l'établissement, cette évolution exige de mobiliser différemment les ressources humaines et techniques, en concentrant davantage de moyens sur des temps de prise en charge plus courts et plus intenses.

LES PLATEAUX DE CONSULTATIONS

L'accès à des plateaux de consultations spécialisées, dotés d'équipements techniques modernes ouverts sur toutes les disciplines médicales, chirurgicales et de périnatalité, constitue l'une des clés de réussite d'une organisation graduée sur un territoire, animée par le besoin de concilier l'expertise et la proximité.

Le développement des consultations de spécialité assure une meilleure organisation dans la préparation des parcours de soins et agit bénéfiquement sur l'attractivité de l'ensemble de nos activités.

Une centaine de salles de consultations et d'explorations fonctionnelles sont mises à disposition d'une centaine de praticiens, chaque jour de la semaine, répartis entre les sites de Vesoul, Lure et Luxeuil.

En dépit d'une fréquentation journalière de près de 300 passages, tous les besoins ne peuvent être couverts dans des délais acceptables en raison de la saturation d'un certain nombre de consultations.

Des outils performants seront mis en œuvre pour faciliter la prise des rendez-vous, la circulation de l'information et la fluidité de la communication avec les médecins traitants : extension de la plateforme téléphonique, création d'une messagerie sécurisée et déploiement d'un logiciel de dictée numérique et de reconnaissance vocale.

Une véritable logique de « patientèle » est à concrétiser, de sorte que nos consultants et les médecins traitants bénéficient d'une prestation de qualité basée sur la pluridisciplinarité des professionnels, l'accès immédiat à un rendez-vous ou à l'avis d'un médecin spécialiste. Y compris quand il s'agit de praticiens en provenance du CHRU.

La couverture territoriale de notre action constitue un enjeu majeur pour favoriser l'égal accès aux soins. L'utilisation de la télémedecine en est l'un des éléments moteurs.



Les programmes opératoires devront aussi optimiser les vacations consacrées à l'ambulatoire et garantir une meilleure rotation des patients. à cet effet, les actes externes doivent s'organiser en dehors du bloc opératoire.



Parcours debout en ambulatoire

Il s'agit d'une approche humaniste qui place le patient au centre d'une nouvelle prise en charge. Cela impose pour les professionnels du bloc opératoire une réflexion et un changement de perception afin de rendre le patient actif et même acteur de sa prise en charge.

En pratique, le patient est conduit dans un salon d'attente, muni d'une tenue à usage unique confortable et chaude, de sur-chaussures et d'une coiffe de protection. Il est installé dans un fauteuil, dans une ambiance calme avec une musique d'ambiance relaxante, jusqu'à ce que le personnel du bloc opératoire vienne le chercher.

En complément de sa vision humaniste, la mise en œuvre de ce projet facilite l'ergonomie et le stockage des lits en salle de réveil. Ces derniers y sont amenés dans un second temps au moment de la sortie du patient de la salle d'intervention.

Docteur Yoann Barrande,
anesthésiste-réanimateur

LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

Le GH70 possède une unité de chirurgie ambulatoire dédiée, équipée de 18 places et pouvant aller jusqu'à 21. Au bloc opératoire, l'activité ambulatoire est intégrée au programme sans salle dédiée. Elle est réalisée essentiellement le matin.

En 2014, les données d'activité étaient les suivantes :

- > le nombre de séances réalisées en chirurgie ambulatoire est en constante augmentation depuis 3 ans (+ 14,44 % en 2013, + 2,28 % en 2014, stable en 2015). Le nombre moyen annuel des patients pris en charge en ambulatoire est de plus de 3 500,
- > 525 actes externes sont également pris en charge dans le service de chirurgie ambulatoire pour des nécessités de préparation ou de surveillance,
- > Le taux d'occupation du service de chirurgie ambulatoire est de 86,53 %,
- > Le taux de chirurgie ambulatoire est en moyenne de 49,93 %, de 3 points supérieur au taux cible régional fixé à 46,7 % pour 2015.

Au plan national, le périmètre de la chirurgie ambulatoire est modifié, avec une liste de nouveaux gestes marqueurs, et un taux cible de 62,8 % à atteindre d'ici 2020. Un objectif ambitieux pour le GH70 qui vise le ratio national et le décline sur les items suivants :

- > adapter les parcours de prise en charge aux évolutions de la chirurgie,
- > communiquer sur la culture ambulatoire pour changer les mentalités des patients et des professionnels,
- > développer une image de la qualité de la pratique chirurgicale du GH70 dans son territoire de santé,
- > rechercher des marges de productivité en vue d'une augmentation de l'activité au bloc opératoire,
- > diffuser la liste des actes traceurs et les règles d'éligibilité du patient à l'ambulatoire,
- > suivre les actes traceurs mensuellement.

L'ouverture de ce mode de prise en charge à toutes les disciplines chirurgicales sera favorisée par :

- > la construction de parcours spécifiques en ambulatoire (parcours directs, intégration d'urgences relatives dans le circuit ambulatoire),
- > la réduction des temps d'hospitalisation (arrivée au bloc non couché, adaptation des protocoles d'anesthésie, programmes de réhabilitation rapide),
- > l'identification d'un réseau de préparation avant l'admission et de suivi après la sortie.

L'organisation du travail doit s'adapter, considérant la concentration de ressources sur des temps plus réduits et exigeant de fait, une parfaite coordination entre tous les acteurs.

Les programmes opératoires devront aussi optimiser les vacations consacrées à l'ambulatoire et garantir une meilleure rotation des patients. À cet effet, les actes externes doivent s'organiser en dehors du bloc opératoire.

LES HÔPITAUX DE JOUR

L'hôpital de jour met à la disposition du patient la preuve d'une organisation efficiente et confortable, en programmant sur une journée ou au cours de plusieurs séances, toutes les interventions dont il a besoin. Il présente la garantie de rassembler toutes les ressources et les compétences utiles dans un espace-temps maîtrisé.

Il en résulte :

- > le raccourcissement général des durées de séjour,
- > une accélération des process concourant au diagnostic,
- > une réduction du nombre d'hospitalisations évitables,
- > un meilleur confort pour le patient.

L'hôpital de jour doit constituer la modalité centrale d'hospitalisation. Compte tenu du champ étendu de ses activités, il exige des réorganisations spatiales.



Hypnose

L'hypnose au service de l'anesthésie...

Plus d'une centaine de patients par an bénéficient d'une hypnose au bloc opératoire. Coloscopies, hernies inguinales, cataractes, sont les actes les plus concernés par cette pratique avec des projets pour les poses de chambres implantables en cancérologie. L'établissement est précurseur pour les méthodes contraceptives par micro-implants qui sont pratiquement toutes réalisées sous hypnose. L'hypnose peut encore être développée à la maternité pour diminuer les échecs à la pose de péridurale, accélérer le travail et prévenir les complications de césarienne.

... Et de la lutte contre la douleur aiguë et chronique.

La communication thérapeutique, base de la pratique de l'hypnose, a fait émerger un changement de concept de communication avec le patient et établit de nouvelles règles sociales entre professionnels. Depuis 2015, ce concept est devenu un projet du pôle de chirurgie-anesthésie.

3 médecins anesthésistes, 4 IADE et 1 IBODE sont formés à l'hypnose. En 2016, 1 IADE, 2 médecins anesthésistes et un chirurgien orthopédiste ont sollicité la formation.

77 personnes sont d'ores et déjà formées à la communication thérapeutique, dont 50 dans le pôle chirurgie-anesthésie.





Dans cet objectif, le partage d’informations avec les professionnels de ville sera là encore déterminant pour impliquer davantage le patient dans son parcours de soins et lui permettre de disposer de toute l’information nécessaire à sa prise en charge en HDJ. Ce lien avec la ville est d’autant plus important quand il s’agit de parcours longs et complexes (cancérologie, maladies chroniques, personnes âgées). Parcours où la coordination des soins entre les différents acteurs implique encore davantage le médecin traitant qui assure le suivi usuel du patient.

Parts de marché de la chimiothérapie sur la zone d’attractivité du territoire de la Haute-Saône				
2010	2011	2012	2013	2014
49,6 %	57,9 %	63,6 %	67,2 %	75,8 %

Dans cette perspective, le GH70 se fixe l’objectif de développer les capacités des hôpitaux de jour actuellement autorisés, et de créer des hôpitaux de jour gériatriques.

Le plan directeur devra définir les capacités d’extension de l’unité d’hémodialyse et de l’hôpital de jour polyvalent à Lure. La capacité du site ne suffira bientôt plus pour l’activité qu’on y exerce, principalement le traitement de la sclérose en plaques.

La création d’hôpitaux de jour gériatriques est une mesure attendue pour compléter la filière et rapprocher la ville de l’hôpital. Les équipes pluridisciplinaires (médecin gériatre,

Le GH70 dispose actuellement de 35 places d’hôpital de jour réparties dans 4 unités qui produisent un total de 1 600 séjours et 15 000 séances :

- > hôpital de jour de médecine interne de 13 places à Vesoul,
- > hôpital de jour d’hémodialyse de 11 places à Vesoul,
- > hôpital de jour de médecine polyvalente de 6 places à Lure,
- > hôpital de jour d’addictologie de 5 places à Lure.

Les modes de prise en charge en hospitalisation de jour augmentent significativement et étendent progressivement leur zone d’attractivité à tout le territoire.

neurologue, psychologue, kinésithérapeute, diététicien...) affectées à ces unités auront pour mission d’évaluer les différents éléments qui composent le diagnostic de fragilité du sujet âgé et de prévenir sa dépendance. Le médecin traitant sera nécessairement impliqué, d’une part, dans le repérage des principaux facteurs qui influencent ces fragilités, et d’autre part dans l’application des recommandations proposées dans le plan d’intervention personnalisé.

PRÉPARER LES ACTIVITÉS DE SOINS À LA CONSTITUTION DE FILIÈRES TERRITORIALES

Dans le cadre de la préparation du groupement hospitalier de territoire, l’objectif du GH70 est de structurer des filières de soins entre le niveau de proximité et le niveau de référence afin de consolider les coopérations avec le niveau régional de recours et d’expertise.

Cet objectif stratégique donne la responsabilité au GH70 de dispenser en propre, ou en association avec d’autres opérateurs, l’essentiel des activités de soins et de garantir que certaines d’entre elles sont accessibles, en première intention, aux principaux bassins de population du territoire.

LES URGENCES & CONSULTATIONS NON PROGRAMMÉES

L’organisation actuelle de notre offre de soins d’urgences et de consultations non programmées sur les trois sites, permet d’assurer une réponse dans les meilleurs délais et au plus près de la population du territoire desservi.

Une équipe de médecins spécialistes en médecine d’urgence, mutualisée sur les différentes activités de la médecine d’urgence (service d’accueil des urgences, unité d’hospitalisation de courte durée et SMUR à Vesoul, consultations non programmées et SMUR à Lure et Luxeuil), utilisant les mêmes protocoles et procédures et le même système d’information, assure un même niveau de qualité de prise en charge.

Cette organisation garantit une orientation efficace des patients en fonction de la gravité de leur état et un traitement par la structure médicale la plus adéquate. Elle constitue l’étape initiale du parcours de soins et débute, suivant les circonstances, dès la phase préhospitalière, grâce à l’intervention des équipes SMUR ou dès l’arrivée à l’hôpital.



Pôle de Santé à Lure

La création d’un pôle de santé à Lure, composé d’une maison médicale et d’un centre de santé, construit dans un bâtiment dédié en liaison avec l’hôpital, s’intègre dans l’un des objectifs du plan régional de santé de l’ARS de Franche-Comté : « Améliorer l’organisation des soins de premier recours en développant les regroupements et coopérations entre les professionnels de santé ».

Le pôle de santé déploie un ensemble de compétences médicales et paramédicales au sein d’une dynamique collaborative innovante et synergique. Objectifs : une meilleure prise en charge de la population et la mise en valeur des professionnels à travers des exercices complémentaires, en mode salarié ou libéral.

Cette offre d’activité répond aux nouvelles attentes des jeunes professionnels de santé, intéressés par une pratique souple et moderne à proximité d’un hôpital, et assure la formation universitaire d’étudiants en médecine.

Dans le cadre du contrat local de santé, le pôle de santé aura pour missions :

- > d’assurer la permanence des soins,
- > d’organiser le dépistage des pathologies chroniques et cancéreuses,
- > de conduire les actions de prévention du surpoids et de l’obésité des enfants,
- > de prendre en charge les addictions.

Dans le cadre de la préparation du groupement hospitalier de territoire, l’objectif du GH70 est de structurer des filières de soins entre le niveau de proximité et le niveau de référence afin de consolider les coopérations avec le niveau régional de recours et d’expertise.





Ce parcours de soins peut s'inscrire :

- > dans un dispositif de proximité, avec retour rapide à domicile ;
- > dans un dispositif de référence, si l'état du patient nécessite de faire appel au plateau technique du site de Vesoul ;
- > dans des filières régionales identifiées, dans le cas d'urgences spécialisées (AVC, traumatismes graves...).

Les transferts de patients graves ou spécialisés sont assurés par les équipes SMUR terrestres gérées par le GH70 ou par le SMUR hélicoptère régional, en parfaite coordination avec le centre de régulation. Un dispositif garant d'une continuité des soins dans des meilleures conditions de sécurité.

Le centre d'enseignement des soins d'urgence (CESU) joue un rôle primordial dans l'appropriation de la culture de l'urgence, le respect de la qualité et de la sécurité des soins et l'uniformisation des prises en charge.

L'organisation de l'urgence fait appel à une mobilisation conséquente de ressources médicales et infirmières. Une adaptation est aujourd'hui indispensable dans le cadre de la réorganisation du temps de travail médical et des moyens financiers dédiés.

Les plages d'ouverture des consultations non programmées seront à adapter progressivement pour correspondre à l'activité de jour et s'appuyer sur la permanence libérale des soins en début de soirée. Cette évolution pourrait être effective à Lure, à partir de la mise en service du pôle de santé en cours de construction, dont les locaux seront contigus à ceux de l'hôpital. À Luxeuil, une telle organisation est également à envisager avec le secteur libéral, dans le cadre également de la création d'une structure de santé regroupant des professionnels, à proximité de l'hôpital.

Quant à l'analyse des périmètres d'intervention des 3 implantations de SMUR gérées par le GH70, l'analyse de l'activité révèle une redondance de l'offre sur certaines zones de notre territoire. Un redimensionnement du pilotage des moyens opérationnels est à redéfinir, sur la base des conclusions du docteur Jean-Yves Grall. L'ancien directeur de la santé préconise dans son plan d'action pour les urgences hospitalières, la mise en place d'un réseau territorial de l'accès aux soins non programmés, avec la création d'une équipe d'urgentistes

de territoire sous l'autorité d'un chef de service unique. Dans cette organisation, un dispositif territorial gradué identifiera un service des urgences de référence, des antennes de service d'urgence et des centres de soins non programmés. La couverture géographique des SMUR du département pourra être révisée pour viser l'optimisation des moyens et le maintien de l'accès de la population, en moins de 30 minutes, à des soins urgents.

LES PRISES EN CHARGE NEUROVASCULAIRES

■ Le contexte régional

La prévention et l'amélioration de la prise en charge des AVC sont les objectifs du projet régional de santé 2012-2016, conformément au plan national AVC 2010-2014.

En janvier 2013 un comité régional des AVC a vu le jour. Il définit les orientations stratégiques. Les acteurs opérationnels sont le réseau franc-comtois des AVC (RFC-AVC), les neurologues de la région et les animateurs de filières mis en place en mai 2013. Leur mission consiste principalement à améliorer le parcours de santé de la victime d'un accident vasculaire cérébral.

Ce parcours recense 5 étapes clés :

- > la régulation par le centre 15 de tous les cas d'AVC,
- > l'accueil aux urgences et l'hospitalisation adaptée à la situation (dans une unité neurovasculaire pour les personnes bénéficiant d'une thrombolyse),
- > la prise en charge en post aigu (médecine, SSR, CRF),
- > l'évaluation du mode de sortie (domicile, EHPAD, MAS)
- > le suivi post AVC.

Le suivi-post AVC est l'axe d'amélioration prioritaire retenu en Franche-Comté.

■ La prise en charge au GH70

Toute personne présentant une suspicion d'AVC accueillie aux urgences peut accéder à l'unité neurovasculaire du CHU, après une prise en charge médicale concertée entre les urgentistes, les neurologues du GH70 et les neurologues du

CHU, via la télé-médecine. Cette organisation a permis de faire passer le taux de thrombolyse à plus de 7 %.

La majeure partie des AVC est intégralement prise en charge au GH70 qui organise désormais l'accès direct à l'IRM, 24 heures sur 24. Cet atout supplémentaire garantit une réactivité optimale, soit dans les 3 heures qui suivent les premiers signes d'un AVC.

Comme 30 % des personnes accueillies pour AVC bénéficiaient d'une consultation de suivi post AVC, un poste d'infirmière de consultation post AVC a été créé au GH70 pour assurer les missions suivantes :

- > prévenir les éventuelles récurrences et/ou complications,
- > faciliter le parcours de soins en identifiant les besoins des patients et en mobilisant les personnes-ressources (assistante sociale, orthophoniste, médecin traitant ...),
- > optimiser le temps médical,
- > assurer une traçabilité du suivi dans le dossier régional.

En 2014, sur 446 personnes prises en charge au GH70 pour AVC, 91 % ont fait l'objet d'un suivi.

■ Perspectives

La fédération médicale interhospitalière de neurologie, mise en place en 2014, permettra de répartir au mieux les ressources médicales de la région par la présence d'assistants partagés et d'internes de spécialité, en complément des neurologues du service. Cette évolution prépare la carrière de nouveaux praticiens dont le recrutement est indispensable pour ouvrir l'unité neurovasculaire dont le territoire de santé a besoin.

Pour le suivi post AVC, la téléconsultation sera un appui utile pour optimiser le temps médical et éviter des déplacements inappropriés.

Toutefois, en dépit de l'existence d'une filière bien structurée, l'absence d'orthophonistes porte un réel préjudice à la réadaptation précoce des patients. Par le biais de la formation promotionnelle, le GH70 favorisera toute initiative de réorientation professionnelle.

La majeure partie des AVC est intégralement prise en charge au GH70 qui organise désormais l'accès direct à l'IRM, 24 heures sur 24. Cet atout supplémentaire garantit une réactivité optimale, soit dans les 3 heures qui suivent les premiers signes d'un AVC.





La prise en charge du diabète

L'activité de diabétologie / endocrinologie au GH70 représente 61,2 % de parts de marché sur notre territoire d'attractivité. Elle est réalisée par trois médecins diabétologues. Actuellement l'offre de soins s'organise autour d'une unité d'hospitalisation complète de 8 lits, d'un secteur de consultations (consultations interservices et externes) et d'une activité d'éducation thérapeutique.

Les patients diabétiques sont admis en entrée directe sur appel téléphonique ou courrier du médecin traitant pour diabète déséquilibré, pour toute urgence diabétique, via la consultation externe spécialisée d'endocrinologie / diabétologie ou à partir du service d'accueil des urgences. Nous favorisons le circuit court chaque fois que cela est possible.

Les patients atteints d'un diabète de type 1 sont suivis à vie par un diabétologue, puisqu'il s'agit d'une maladie chronique, par définition, non curable. Ils ont accès aux innovations thérapeutiques sur le site de Vesoul (capteur de mesure continue du glucose, pompes à insuline, éducation thérapeutique au nouveau matériel, notamment lecteurs de glycémies...). Les patients atteints d'un diabète de type 2 sont vus à la demande du médecin généraliste pour avis spécialisé si l'objectif thérapeutique n'est pas atteint. L'activité des consultations externes en diabétologie permet de réduire le risque de complications chroniques liées au diabète déséquilibré, et donc d'éviter des hospitalisations.

Gestion des patients diabétiques atteints d'une plaie de pied

Prise en charge complexe et multidisciplinaire avec le service d'orthopédie, la chirurgie vasculaire du CHU, le médecin de MPR pour la décharge, les médecins d'infectiologie du CHU pour décider de

l'antibiothérapie adaptée et particulière aux infections ostéoarticulaires, les IDE du service pour les soins locaux, IDE d'éducation thérapeutique pour la gestion du traitement antidiabétique, la diététicienne pour la dénutrition, la kinésithérapeute. Ces hospitalisations peuvent être longues. Cette prise en charge pluridisciplinaire nécessite une activité de consultation de suivi pré et / ou post hospitalisation. Elle est réalisée par de nombreux intervenants médicaux et chirurgicaux.

Activité d'éducation thérapeutique

Cette activité transversale est réalisée en hospitalisation dans le service, mais également dans les autres services. Les séances collectives d'éducation thérapeutique dédiées aux patients diabétiques hospitalisés ainsi qu'aux patients externes se déroulent avec les IDE d'éducation thérapeutiques, une diététicienne et un médecin.

L'éducation des patients traités par pompes sous cutanées à insuline a nécessité une formation des IDE du service pour cette prise en charge spécialisée.

Il existe également des consultations externes réalisées par les IDE d'éducation thérapeutique.

Hôpital de jour

Il s'agit de prendre en charge des patients diabétiques de façon multidisciplinaire sur une durée courte, associant des consultations spécialisées (ophtalmologue, néphrologue et / ou cardiologue en fonction des besoins de chaque malade), mais également consultations d'IDE d'éducation thérapeutique, diététicienne, voire au sein d'ateliers de groupes d'éducation thérapeutique.

Docteur Anne Mohn,
médecin diabétologue

LA PRISE EN CHARGE DU CANCER

Par son adhésion à la création du groupement de coopération sanitaire « institut régional fédératif du cancer » (IRFC), le GH70 a marqué son engagement à partager une même stratégie avec tous les établissements membres, en vue d'apporter la qualité, la sécurité, l'innovation à toutes les personnes atteintes du cancer. Et ce, quel que soit le lieu de prise en charge.

En synergie avec ONCOLIE, le réseau régional de cancérologie, l'IRFC a structuré et coordonné les filières de prise en charge et les soins de support par la mise à disposition d'oncologues, la structuration d'un dossier communiquant, et l'organisation de formations.

L'IRFC veille également à ce que la recherche clinique soit intégrée dans les pratiques habituelles des médecins pour que la qualité d'ensemble des prises en charge s'améliore.

En appui des dispositifs existants et des équipes médicales en place, le GH70 a fait évoluer ses organisations et développé activement les activités de cancérologie de son territoire en s'intégrant totalement dans un projet régional fédérateur. L'intégralité des actes chirurgicaux, de chimiothérapie ou de radiothérapie est décidé lors de réunions de concertation pluridisciplinaire. Le dispositif d'annonce et le programme de soins sont personnalisés.

L'ensemble des procédures vise une meilleure information du patient. L'essentiel ici est d'associer le patient et son entourage à sa prise en soins.

■ L'accessibilité à un dispositif d'annonce personnalisé

Le centre de coordination en cancérologie (3C) de la Haute-Saône est actif dans la mise en place des bonnes pratiques préconisées par les différents plans cancer. Il est force de proposition, notamment dans l'offre de nouveaux soins de support en collaboration avec le réseau ONCOLIE et la ligue contre le cancer : soins socio-esthétiques, activités physiques, groupes de parole...

Le dispositif d'annonce est mis en place au GH70 depuis 2006 : charte du dispositif d'annonce, check-list du dispositif d'annonce, support d'entretien pour le médecin, pour le soignant, programme personnalisé de soins. L'annonce médicale est assurée par les différents médecins et chirurgiens prenant en charge ces patients. Pour certains, des créneaux de consultation sont même dédiés à l'annonce.

Chaque année, une enquête de satisfaction réalisée par le médecin coordonnateur du 3C permet d'évaluer l'application du dispositif d'annonce sur le GH70 en cancérologie. En 2014, il a mis en évidence :

- > la satisfaction de 90 % des personnes auditées concernant les conditions dans lesquelles l'annonce a été faite (temps accordé, écoute, annonce compréhensible, tact...) ;
- > la traçabilité de l'annonce s'améliore mais doit encore progresser. L'annonce médicale est retrouvée dans 63,1 % des 95 dossiers étudiés, l'annonce IDE dans 24,2 % et l'annonce psychologique dans 17,9 %.

Sur la durée du projet d'établissement, il convient de permettre à chaque personne d'avoir accès au dispositif d'annonce le plus adapté à ses besoins dans le cadre suivant :

- > réaliser une consultation d'annonce médicale pour toutes les personnes dans un délai le plus proche de la fin des examens diagnostiques, la tracer dans le dossier (dossier patient établissement, DMP, DCC) – un travail de transmission automatique des informations entre le DCC et le DPI est en cours,
- > proposer une consultation d'annonce paramédicale à toutes les personnes qui ont eu l'annonce médicale et la tracer dans le dossier (dossier patient établissement, DMP, DCC),
- > faire partager les informations entre tous les professionnels intervenant dans le parcours de soins,
- > faire connaître les soins de supports existants au sein de l'établissement et à l'extérieur.



Soins de support

Quelle collaboration entre Ligue contre le cancer et le GH70 ?

Au-delà du soutien individuel et financier aux patients et de nos permanences au sein de l'hôpital, notre comité départemental conduit de nombreuses actions pour améliorer la prise en charge des personnes cancéreuses au sein du GH70 : aide à l'acquisition d'équipements, financement de postes de professionnels (psycho-esthéticienne, psychologue, éducateur sportif).

Jacqueline Marsigny,
présidente du comité
départemental de la Ligue
contre le cancer



Par son adhésion à la création du groupement de coopération sanitaire « institut régional fédératif du cancer » (IRFC), le GH70 a marqué son engagement à partager une même stratégie avec tous les établissements membres, en vue d'apporter la qualité, la sécurité, l'innovation à toutes les personnes atteintes du cancer. Et ce, quel que soit le lieu de prise en charge.

■ L'adaptation des prises en charge

L'évolution des thérapies et l'accès à des essais thérapeutiques innovants (chimiothérapies orales, immunothérapie, thérapies ciblées) limiteront les temps d'hospitalisation et nécessiteront d'organiser différemment le suivi pluridisciplinaire des personnes traitées.

Avec les thérapies orales, la prise en soins sera orientée davantage vers le domicile et exigera une redéfinition des rôles de chaque acteur, notamment par la création d'infirmières « post-care », et l'adaptation des soins de support en dehors du secteur hospitalier.

Une attention particulière sera portée à la prise en charge des populations les plus fragiles, dont le suivi à domicile peut constituer un obstacle à une bonne qualité de suivi en raison de la précarité de leur environnement ou de l'absence d'une présence familiale (personnes âgées).

■ Le développement de l'oncogériatrie

La population est vieillissante et l'espérance de vie continue d'augmenter. Et du même coup, les risques de cancers : en 2012, 1/3 des cancers diagnostiqués en France concernait des personnes âgées de plus de 75 ans.

Les campagnes de prévention et de dépistage se développent, de nouvelles thérapies apparaissent permettant une évolution dans la prise en soins : immunothérapie, thérapies ciblées, chimiothérapie orale...

L'oncogériatrie vise une prise en charge adaptée et un programme personnalisé de soin pour tout patient âgé atteint de cancer. Il s'inscrit dans la prise en charge initiale multidimensionnelle, mais aussi lors de rechute et en situation palliative. Dans l'établissement, un praticien gériatre est formé à l'oncogériatrie. Au niveau du GH70, il est le premier référent préconisé par le Réseau oncolie et l'IRFC. Des consultations sont déjà assurées ponctuellement sur le site de Vesoul, à la demande de certains praticiens.

Cette consultation sera structurée et étendue aux autres sites, avec la formation d'un deuxième gériatre.



Des actions de communication seront engagées pour mieux faire connaître la compétence des oncogéiatries. Une spécialité encore méconnue par les professionnels des établissements et nos partenaires extérieurs.

■ Les activités de recherche clinique et d'accès aux innovations thérapeutiques

Le plan cancer pose pour nécessité d'inclure des patients dans les essais cliniques dont les dossiers sont présentés directement en réunion de concertation pluridisciplinaire régionale (RCP) ou par visioconférence (4 salles équipées disponibles au GH70).

Les patients peuvent aussi bénéficier des RCP « maladies rares » interrégionales ou nationales (pédiatrie, neuro-hémato, lymphomes oculo-cérébraux, sarcomes...) et de protocoles de recherche pris en charge thérapeutiquement par le CHU. Protocoles auxquels le GH70 peut participer.

En association étroite avec l'IRFC, le GH70 s'ouvrira à des projets de recherche régionaux « multisites » et favorisera l'inclusion de patients dans des études multicentriques.

LA PRISE EN CHARGE DE LA FEMME, DE LA MÈRE & DE L'ENFANT

La prise en charge de la mère et de l'enfant constitue l'un des atouts majeurs du GH70 compte tenu de l'exhaustivité de ses activités périnatales, pédiatriques et gynécologiques. Activités organisées sans discontinuité, 24 heures sur 24, pour répondre indifféremment aux urgences et à l'accueil programmé.

Le centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) complète l'ensemble des prestations autour de la mère et de l'enfant par son articulation étroite avec les services de maternité et de pédiatrie auxquels il est adossé. Le CAMSP propose des consultations de proximité et améliore la prévention précoce des enfants nés prématurément et présentant un risque de retard de développement ou de handicap.

La maternité du GH70 et son unité de néonatalogie de 6 lits sans soins intensifs (niveau 2A), couvre 75 % des besoins du territoire et s'appuie sur un important travail coordonné par le réseau périnatalité de Franche-Comté (RPFC). Elle assure également les missions des centres périnatals de proximité de Lure et Luxeuil.

La traçabilité et le dépistage de la surdité sont organisés en coopération avec l'association régionale du dépistage des maladies métaboliques de l'enfant (ARDEME).

Le lien ville-hôpital est garanti par le biais de réunions avec les gynécologues-obstétriciens, les sages-femmes et les partenaires du secteur de protection maternelle infantile (PMI). Une convention signée avec la CPAM de la Haute-Saône propose un accompagnement à domicile du couple maman-bébé à la sortie de la maternité (PRADO : programme d'accompagnement domicile).

La présence unique d'activités de pédiatrie et de gynécologie-obstétrique à Vesoul, concentre l'accueil des urgences 24 h / 24 h en provenance d'une grande partie du territoire. Cette organisation mobilise les équipes médicales et réduit leur disponibilité pour les activités programmées.

L'une des forces des activités de prise en charge de la mère et de l'enfant réside dans la logique de réseau dans laquelle elle s'inscrit. C'est la garantie de participation coordonnée de tous les acteurs de la prévention et du soin : la protection maternelle infantile (PMI), le réseau d'aval « Naître et grandir », le réseau périnatalité de Franche-Comté, le réseau pour la prise en charge et de prévention de l'obésité pédiatrique (REPOP).

Pour étoffer les prises en charge, il conviendra de disposer d'une offre de spécialité en pédiatrie et en pédo-psychiatrie. Une manière d'aller encore plus loin dans les consultations avancées et en hôpital de jour, y compris sur les zones de proximité de Lure et Luxeuil.

Le renforcement permanent de la sécurité est le meilleur garant pour préserver l'attractivité des activités de la mère





Un suivi
obstétrical et une
naissance dans un
contexte
physiologique
seront développés
pour permettre aux
femmes enceintes
d'accoucher dans un
espace moins médi-
calisé (création d'
« une salle nature »).



et de l'enfant. L'acquisition d'équipements de surveillance, comme la télémetrie (dispositif sans fil permettant l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal pendant la période dite « travail ») et la centrale de surveillance du rythme cardiaque fœtal en salle de naissance, y contribuera.

De nouvelles méthodes de préparation à la naissance et à la parentalité, comme la sophrologie, la préparation aquatique, l'hypnose seront proposées. Dans un même objectif, un suivi obstétrical et une naissance dans un contexte physiologique seront développés pour permettre aux femmes enceintes d'accoucher dans un espace moins médicalisé (création d'« une salle nature »).

L'offre d'hébergement en néonatalogie sera étendue par la création de deux chambres mère-enfant permettant de favoriser le lien mère-enfant, l'allaitement, et de répondre aux exigences réglementaires.

Les retours de nouveau-nés en provenance des unités de soins intensifs et de réanimation néonatale du CHRU seront confortés pour maintenir une stricte compatibilité entre gradation des soins et soins de proximité. C'est dans ce cadre que les pratiques doivent être harmonisées avec celles du CHRU en salles de naissance et en néonatalogie (formations en réanimation néonatale, soins de développement, prise en charge de la douleur). Ici, la prévention du handicap chez les nouveau-nés à risque, notamment les prématurés, trouve sa juste place aux côtés du CAMSP. Le but étant d'améliorer les pratiques de dépistage et d'orientation. En cela, sous l'égide de l'ARS, et pour l'ensemble du département de la Haute-Saône, une équipe pluridisciplinaire et inter-institutionnelle (CAMSP, Pédiatrie, AHBFC) sera chargée d'organiser le dépistage le plus précoce de l'autisme.

Un établissement de référence comme le notre, se doit d'ouvrir ses champs d'activités à des pratiques et modes de prises en charge diversifiées et adaptées à la patientèle de son territoire. Une ouverture à faire en lien étroit avec le CHRU.

Ainsi, les consultations de génétique, les soins de support dans le suivi des cancers du sein, la prise en charge de l'in-

fertilité, l'éducation thérapeutique pour le suivi des diabètes gestationnels, le planning familial ou l'éducation des adolescents constituent autant de thématiques privilégiées dans un projet collectif au service d'une population.

LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT & DES CONDUITES ADDICTIVES

Les patients fragilisés par des troubles du comportement nécessitent fréquemment une intervention dans l'urgence. Dans ce cadre, il est indispensable de s'appuyer sur l'organisation d'une filière spécialisée. Des professionnels formés aux particularismes des prises en charge et de la gestion de crises.

C'est à ce titre que le GH70 s'est associé avec l'AHBFC et participe au fonctionnement de la plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale. Objectifs du dispositif : diminuer les ruptures afin de structurer la coopération et les complémentarités entre les différents acteurs du territoire.

■ Les urgences psychiatriques

Le service d'accueil des urgences s'appuie ici sur un travail collégial qui garantit la prise en compte des problèmes somatiques et psychiatriques. La présence continue d'un psychiatre ou d'un interne et d'une infirmière spécialisée (de 14 h à 6 h 30 avec un objectif de l'AHBFC de bénéficier d'une présence 24 h / 24 en 2017) permet d'organiser une orientation appropriée du patient. Orientation qui peut aller jusqu'à une hospitalisation dans un service dédié géré par l'AHBFC.

Toutefois, l'absence d'un circuit spécifique de prise en charge des urgences psychiatriques et le manque de disponibilité de locaux adaptés à la charge de travail des psychiatres, sont préjudiciables aux conditions d'attente et d'évaluation des patients. Un problème que la restructuration du service d'accueil des urgences devrait limiter en sécurisant toutes les étapes de la prise en charge du patient.

■ Le repérage des conduites addictives

Aux urgences, les patients alcoolisés ou sous l'emprise de produits, bénéficient de l'intervention régulière d'une psychologue et de l'équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA). Par la prise en compte des problèmes somatiques et psychiatriques l'objectif principal est de repérer précocement les conduites addictives et d'organiser durablement l'accompagnement.

La réactivité de tous les professionnels conditionne la réduction des risques de dommages physiques, psychiques ou sociaux. Une manière d'éviter que les patients sortent du système de santé sans avoir bénéficié des dispositifs mis en place.

La relation partenariale de confiance et d'échange avec le patient est ici essentielle pour rechercher l'abstinence ou la modération. Dans le même temps, on agit sur les conduites bénéfiques à la santé (alimentation, exercice physique, réinsertion sociale et professionnelle).

En cas de reprise de la consommation, de dommages ou de dépendance, une consultation de type entretien motivationnel ou de recours à une consultation d'addictologie est proposée.

■ Création de lits de sevrage aigu

Les prises en charge pour les personnes présentant des conduites addictives sont assurées en consultation et en hospitalisation (de jour et à temps complet) dans les services d'addictologie du GH70 à Lure.

L'ensemble du dispositif ainsi constitué permet la reconnaissance d'une filière de niveau 2.

L'installation de lits de sevrage aigu complètera l'offre de soins pour mieux agir en première intention : sevrage, bilan somatique, évaluation des motivations, information et réduction des risques, bilan social, psychiatrique, éducation thérapeutique...



Le parcours de prise en charge des urgences psychiatriques

Les urgences psychiatriques sont accueillies dans le service des urgences générales. Les patients sont rapidement évalués par l'infirmière d'accueil avec l'appui du médecin d'accueil et d'orientation. Si les troubles psychiatriques sont au premier plan chez un patient âgé de 16 ans ou plus, il est orienté vers la consultation de l'équipe psychiatrique (psychiatre ou interne, infirmier de psychiatrie, psychologue). L'appui de l'équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) est également possible. Lorsque l'urgence somatique prime, un avis de médecin psychiatre est sollicité dans un second temps.

L'établissement dispose d'une chambre d'isolement en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), en cas de troubles de comportement majeurs.

Après un premier accueil aux urgences par une équipe pluri-professionnelle et pluri-disciplinaire le patient est :

- > sortant avec un suivi en ambulatoire par le centre médico-psychologique ou par un centre de soins d'accompagnement et de prévention en alcoologie (CSAPA) ;
- > hospitalisé en unité intersectorielle d'accueil situé au 3ème étage du site de Vesoul ;
- > transféré au CHS de Saint-Rémy en secteur libre ou pour des soins sous contraintes
- > admis en UHCD, en unité de surveillance continue ou en réanimation en fonction de la gravité de l'état clinique et des besoins en soins et surveillance.



Le CeGIDD

Qu'est ce que le CeGIDD ?

Le centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic, issu de la fusion des CDAG et CIDDIST, permet d'améliorer l'accès au dépistage gratuit, à la prévention et plus globalement à la santé sexuelle, tant de la population générale et des populations les plus exposées au VIH, aux hépatites virales et aux infections sexuellement transmissibles (IST).

Docteur Catherine Merle, dermatologue, médecin coordonnateur.

LA PRISE EN CHARGE DES POPULATIONS FRAGILISÉES

La charte des droits fondamentaux de l'Union européenne affirme le droit à la santé. En France, le système de santé et la protection sociale garantissent à tous un égal accès aux soins de santé. Cependant les inégalités sociales persistantes, les situations individuelles critiques, rendent difficile l'accès aux soins de santé pour certaines personnes. Un public qui reste en marge des systèmes de prise en charge sanitaire et sociale conventionnels.

■ Les populations démunies

La population dite « démunie » ou « en situation de précarité » est très hétérogène. Problèmes financiers, jeunes adultes inactifs en situation de rupture familiale, famille monoparentale féminine, personnes âgées de plus de 60 ans, isolement social, personnes étrangères ou issues de l'immigration, personnes en situation irrégulière, violences conjugales, constituent les principaux facteurs de repérage de cette population pour laquelle des dispositifs spécifiques adaptés peuvent être proposés.

Ainsi, en novembre 2015, le GH70 a installé sur le site vésulien une permanence d'accès aux soins de santé (PASS).

Ce dispositif, ouvert dans un premier temps uniquement le mardi et le jeudi, permet d'offrir un accès aux soins et un accompagnement médico-social aux personnes non hospitalisées en situation de précarité et dont l'état de santé nécessite des soins externes. Il a également pour objectif de faciliter leur retour ou leur insertion dans l'offre de soins de droit commun.

À ce titre, un comité de pilotage en partenariat avec les professionnels, les associations et réseaux extérieurs à l'établissement s'avère essentiel. Il répond aux attentes de cette population singulière et organise les flux de consultation dans la structure.

L'évaluation des besoins sur les bassins de vie des trois sites hospitaliers du GH70 montre la nécessité d'étendre ce dispositif. Il s'agit d'augmenter les plages de consultations offertes sur le site de Vesoul, et de développer des organisations similaires à Lure et Luxeuil.

En complément, la coordination avec la PASS de Gray et la PASS psychiatrique de l'AHBFC doit se structurer.

■ Les populations à risque d'exposition au VIH et aux IST

Le centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), issu de la fusion en janvier 2016 des CDAG et CIDDIST, permet d'améliorer l'accès au dépistage gratuit, à la prévention et plus globalement à la santé sexuelle. Il s'adresse à la population générale et aux populations les plus exposées au VIH, aux hépatites virales et infections sexuellement transmissibles (IST).

Le centre assure à toute personne qui se présente ou téléphone, des missions d'accueil et d'information, de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement des infections virales (VIH, VHB, VHC) et des infections sexuellement transmissibles, ainsi que de vaccination contre l'hépatite B.

Il assure également des consultations avancées au plus près des personnes à risques : à la maison d'arrêt de Vesoul (USMA) depuis 2004 et au centre de soins, d'accompagnement et de prévention d'addictologie (CSAPA) depuis 2010.

Par ailleurs, le CeGIDD travaille en partenariat avec le centre de planification et d'éducation familiale (PLANEF) du GH 70 pour des actions d'éducation à la sexualité dans une approche globale de santé.

La mise en place du CeGIDD constitue une opportunité de développer l'ensemble de ses activités sur les sites de Lure et Luxeuil en partenariat avec le PLANEF et le CSAPA, et de mettre en place la vaccination contre l'hépatite A. Elle permet aussi de poursuivre et renforcer le travail avec le CORE-VIH ainsi que la collaboration avec l'association très active AIDES de Beaune. AIDES ne disposant pas d'antenne en Haute-Saône.

■ Les personnes « victimes »

Sont appelées « victimes », toutes les personnes confrontées de près ou de loin avec la mort, qu'elle soit réelle ou potentielle. Il peut s'agir de victimes :

- > directes : accident, agression, catastrophe,
- > indirectes : témoins d'un accident, d'une agression, d'une catastrophe ou entourage à qui on annonce un décès suite à accident, agression ou catastrophe.

La CUMP (cellule d'urgences médico-psychologique), constitue une aide immédiate à ces victimes, mais n'assure pas de suivi à moyen et long termes.

En l'absence de consultation en victimologie clairement identifiée sur le département, le GH70 travaille régulièrement avec une association d'aide aux victimes.

La psychologue des urgences est formée en victimologie et en psycho-criminologie. Elle prend en charge les victimes directes ou indirectes dans le cadre de son activité aux urgences et peut, si nécessaire, assurer des suivis psychologiques.

Afin de clarifier l'offre de soins pour les victimes dans le département, le GH70 propose la création d'une unité de victimologie dont les objectifs sont de :

- > limiter le nombre de déplacements de victimes hors du département ;
- > centraliser les différentes prises en charge sur un même lieu ;
- > systématiser la prise en charge des victimes aux urgences et ne pas laisser des victimes sans suivi.

La mise en place de cette unité comprendra 4 volets : psychiatrique en lien avec l'équipe de liaison de l'AHBFC, psychologique, juridique et social. Le projet de fonctionnement est envisagé dans le cadre de réseaux et de partenariats existants, à conforter et formaliser.

Santé des détenus

L'unité sanitaire située dans les locaux de la maison d'arrêt de Vesoul est un service de consultation dépendant du GH70. Les consultations médicales et paramédicales sont coordonnées et pluridisciplinaires. Elles sont réalisées par des équipes indépendantes des services de l'administration pénitentiaire, mais travaillent conjointement avec elle pour l'éducation, la prévention et la santé de tous les détenus. L'équipe est composée de médecins spécialistes et généralistes, psychiatre, dentiste, infirmiers et psychologue, et bénéficie des aides extérieures du CSAPA, d'un tabacologue et d'un sophrologue intervenant dans le cadre de protocoles de soins.

Les acteurs de soins sont en relation avec l'environnement sanitaire du GH70. La permanence et la qualité des soins sont prioritaires afin de garantir aux détenus des soins équivalents à ceux dispensés à l'ensemble de la population.

Docteur Catherine Merle, médecin coordonnateur de l'USMA



La psychologue des urgences est formée en victimologie et en psycho-criminologie. Elle prend en charge les victimes directes ou indirectes dans le cadre de son activité aux urgences et peut, si nécessaire, assurer des suivis psychologiques.





Lors de l'annonce d'un handicap, une prise en charge psychologique du patient ou de son entourage est possible dans tous les secteurs.



■ Les personnes présentant un handicap

Sur l'ensemble de ses sites, le GH70 se préoccupe en permanence de l'accessibilité aux personnes handicapées. Les importantes restructurations menées sur les 3 sites MCO répondent en grande partie à la réglementation. À chaque nouvelle opération de travaux, les normes d'accessibilité les plus récentes sont intégrées.

Toutes les unités de soins et d'hébergement disposent de chambres adaptées et ont accès à des matériels spécifiques tels que lève-malade, verticalisateur, coussins de maintien, mobiliers et vaisselle sélectionnés en fonction des troubles identifiés.

Une équipe de professionnels peut intervenir spécifiquement dans les situations de handicap : kinésithérapeutes, médecins rééducateurs, ergothérapeutes, orthophoniste, psychomotriciens, assistantes sociales, psychologues, professionnels de l'appareillage. Certains de ces professionnels se déplacent aux domiciles des patients, particulièrement dans le cadre de conventions et partenariats avec MDPH, MAS, ORTHESE, SESSAD, MAIA, ARESPA.

Lors de l'annonce d'un handicap, une prise en charge psychologique du patient ou de son entourage est possible dans tous les secteurs. Le service social initie la prise en charge administrative telle que création d'un dossier MDPH ou procédure de mise en invalidité, avec passage de relais au service social de l'assurance maladie.

Aux consultations spécialisées et séances d'HDJ pour l'injection de toxines botuliques atténuant les douleurs liées aux contractures musculaires s'ajoutent des consultations d'appareillage.

Ces dispositifs sont fonctionnels et se développeront encore grâce à la structuration des parcours de soins et à la consolidation des liens ville-hôpital.



LES SOINS DE SUPPORT

Par référence à la circulaire n° 101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie, les soins de support « représentent la démarche palliative participative des équipes transversales avec un projet commun et le recours à des experts extérieurs impliqués à cette même démarche. Les compétences de recours en soins de support associent principalement les professionnels de la lutte contre la douleur, les équipes de soins palliatifs, les professionnels de psycho-oncologie, les professionnels formés à l'accompagnement social des patients, les structures, équipes de professionnels formés dans les domaines de la nutrition et de la réadaptation fonctionnelle ».

Il s'agit de l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades, parallèlement aux traitements spécifiques, tout au long des maladies graves.

Cette approche globale de la personne malade suppose que l'ensemble des acteurs de soins prennent en compte la dimension des soins de support dans la prise en charge de leurs patients, y compris dans la continuité des soins.

Le projet de soins de support vise donc la meilleure qualité de vie possible aux patients, sur les plans physique, psychologique et social. Il prend en compte la diversité de leurs besoins, ceux de leur entourage et ce, quel que soit le lieu de soins.

Au GH70, les services de soins ont accès à des compétences pluridisciplinaires : assistante sociale, diététicienne, psychologue, kinésithérapeute, ergothérapeute, professionnels des équipes mobiles soins palliatifs et douleur.

Un groupe de parole est mis à la disposition des personnes suivies pour cancer. Il est animé par une psychologue et financé par la Ligue contre le cancer, dont les subventions permettent également l'intervention d'une socio-esthéticienne et d'un professeur d'activités physiques adaptées. Une expérimentation est en cours concernant l'art-thérapie auprès de ce public. Des consultations d'homéopathie sont également proposées depuis cette année.

■ L'organisation de la prise en charge des situations palliatives

Les services accueillant des patients souffrant de pathologies graves gèrent au quotidien des situations palliatives sans l'intervention systématique de l'équipe mobile de soins palliatifs. Certaines de ces situations sont complexes et nécessitent des échanges lors de staffs pluridisciplinaires, voire, dans certains cas, d'une procédure collégiale (loi Leonetti).

L'équipe mobile de soins palliatifs porte et développe la culture palliative au sein des établissements : formation et accompagnement des professionnels, accompagnement des personnes hospitalisées et des résidents, de leur entourage, élaboration de protocoles. L'offre de soins s'étend au territoire avec l'intervention d'un mi-temps infirmier dans les EHPAD, et l'action du service d'hospitalisation à domicile.

En complément de l'équipe mobile, le GH70 dispose de 5 lits identifiés soins palliatifs répartis sur 5 services de médecine (1 à Lure, 1 à Luxeuil et 3 à Vesoul). On y développe une démarche palliative ciblée dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire.

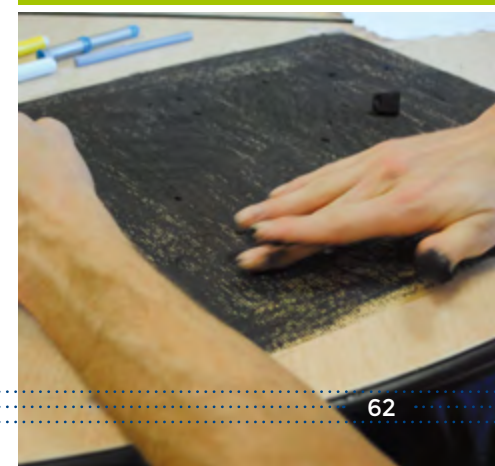
En dépit d'une organisation aboutie, l'intégration des soins palliatifs dans les parcours de soins rencontre des difficultés en l'absence d'une juste appropriation de la « culture palliative ».

Les raisons sont multiples et se traduisent par :

- > des difficultés pour tout soignant ou médecin d'introduire la notion de « palliatif » et de non guérison dans des épisodes de soins, puis de différencier les situations palliatives et les situations de fin de vie ;
- > une absence d'échanges, de consultations conjointes, voire d'espace pour des activités de soutien ou d'évaluation plus personnalisées en hôpital de jour d'onco-hématologie, et le manque d'un référent oncologue ;
- > des limites dans le fonctionnement de lits identifiés avec une disponibilité insuffisante de moyens dédiés et une sous-évaluation de l'activité de soins palliatifs ;



Le projet de soins de support vise donc la meilleure qualité de vie possible aux patients, sur les plans physique, psychologique et social. Il prend en compte la diversité de leurs besoins, ceux de leur entourage et ce, quel que soit le lieu de soins.





- > des hospitalisations de fin de vie conciliant difficilement les soins techniques et les temps de présence auprès des patients et de leur famille ;
- > une collaboration avec les médecins généralistes qui manque d'anticipation en amont pour organiser le retour à domicile,
- > L'émergence de nouvelles demandes, dans le secteur du handicap, notamment ;
- > un manque de traçabilité, de temps de concertation, d'intégration de la pluridisciplinarité dans les pratiques pour organiser la réflexion éthique ;
- > des modalités de formation trop éloignées de la clinique et des pratiques, et un manque d'implication des médecins en faveur du changement.

L'objectif du projet d'établissement est d'anticiper autant que possible la prise en soins des personnes en situations palliatives et de leur entourage, avec tous les acteurs du parcours de soins (malade, familles, professionnels) et d'intégrer la dimension de réflexion éthique à toutes les étapes.

L'approche territoriale est indispensable pour associer tous les professionnels de ville et tous les acteurs de l'environnement sanitaire et médico-social à une démarche palliative à domicile ou en institution.

C'est à ce titre que l'équipe mobile de soins palliatifs fera valoir toute son expertise en intra et en extra-hospitalier en privilégiant l'information, la formation, le conseil, les temps de concertation, les approches collégiales, le soutien des aidants, la réflexion éthique, le recueil et la diffusion des directives anticipées.

L'extension de lits identifiés de soins palliatifs sera mise en avant en écartant la possibilité de création d'une unité de soins palliatifs. L'activité actuelle doit être évaluée et les missions redéfinies pour une meilleure adéquation aux besoins. Dans ce cadre, chaque service inclura un volet « palliatif » dans son projet, avec l'identification éventuelle de lits dédiés. La formation médicale et paramédicale, les critères de recrutement des soignants, les modalités de réflexion éthique et d'accueil, l'accompagnement des proches et les moyens humains nécessaires constitueront les fondements du projet.



3. DES RÉPONSES AU DÉFI DU VIEILLISSEMENT

Les patients très âgés accueillis à l'hôpital sont de plus en plus nombreux, souvent en perte d'autonomie, avec une prise en charge qui s'inscrit dans la durée. Tous les services y sont confrontés et éprouvent des difficultés à s'y adapter.

C'est à la fois l'organisation des services hospitaliers qui est concernée, mais également leur ouverture à une coordination étroite avec les professionnels libéraux et les acteurs de la prise en charge médico-sociale, en institution ou à domicile.

FORMALISER L'EXISTENCE D'UNE FILIÈRE GÉRIATRIQUE

Le GH70 dispose d'une filière gériatrique quasi complète : urgences, court séjour gériatrique et médecine polyvalente, SSR, pôle EHPAD avec PASA et UHR, consultations spécialisées de gériatrie et consultations mémoire. De nombreuses consultations avancées existent sur les sites de Lure et Luxeuil, dont bénéficient aussi les EHPAD.

Pour être complètement formalisée, cette filière doit encore intégrer une équipe mobile de gériatrie, un hôpital de jour gériatrique et une plate-forme d'orientation et d'évaluation. En complément, une filière plus spécifique relative à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer est également à structurer à partir des compétences existantes pour développer des consultations, une équipe mobile, une unité de médecine aigüe et une unité cognitivo-comportementale.

En priorité, le GH70 s'engage à créer :

- > **une équipe mobile de gériatrie** dont les missions premières concernent l'évaluation des besoins de prise en charge, aux urgences notamment, et l'organisation de consultations avancées dans les différents services d'hospitalisation. Par extension, l'EMG pourra intervenir dans les EHPAD,

auprès des professionnels de ville, ainsi qu'aux domiciles des personnes âgées dans le cadre d'un réseau ville-hôpital à formaliser.

- > **Un (ou plusieurs) hôpital de jour gériatrique**, avec pour missions spécifiques le dépistage des fragilités, le diagnostic des troubles cognitifs et les actions thérapeutiques de courte ou de moyenne durée.
- > **Un SSR « Alzheimer »**, à vocation de labellisation ultérieure en tant qu'unité cognitivo-comportementale (UCC) permettant d'apprécier sur une plus longue durée l'évaluation et la prise en charge des maladies neuro-dégénératives. L'accès sera privilégié aux admissions directes en provenance du domicile ou des EHPAD, tout en permettant également des situations de transfert des urgences ou des services d'hospitalisation.

Malgré l'efficacité de la prise en charge dans un grand nombre d'activités, il existe un manque de lisibilité de l'offre de soin, tant en interne que vis-à-vis de la médecine de ville. Une gouvernance adaptée de la filière gériatrique doit être instaurée pour coordonner les parcours de soins, incluant les secteurs sanitaire, médico-social et ambulatoire.



Pour être complètement formalisée, cette filière doit encore intégrer une équipe mobile de gériatrie, un hôpital de jour gériatrique et une plate-forme d'orientation et d'évaluation.





Dans cet espace collaboratif, les acteurs institutionnels et les professionnels de ville organiseront leur complémentarité en mobilisant la juste ressource, au bénéfice du parcours de soins le plus pertinent, à la recherche du meilleur service rendu à la population âgée.



ORGANISER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES DANS TOUS LES PÔLES

Chaque unité de soins inscrira dans son projet de service les modalités d'organisation et les mesures d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées. Il respectera l'approche de la personne dans sa globalité, et non pour sa seule pathologie, dans une logique de parcours de soins.

Le service des urgences bénéficiera de l'appui de l'équipe mobile de gériatrie et de l'unité de régulation à créer, pour disposer de toute l'expertise nécessaire à une orientation rapide du patient âgé vers l'unité d'accueil la plus appropriée.

En EHPAD, des évolutions sont attendues pour apporter à tous les résidents de meilleures conditions d'hébergement.

Au regard du recul progressif de l'âge d'admission (87 ans) et de la dépendance des résidents, la continuité des soins sera renforcée en privilégiant l'accès à une IDE 24 h / 24 h, tel que le préconise le plan national 2015-2018 sur le développement des soins palliatifs. Le système d'information partagé et les outils de télémédecine seront des médias essentiels pour communiquer avec les sites référents et éviter des hospitalisations indues.

GÉRER LE PARCOURS DE SOINS DE LA PERSONNE ÂGÉE

Le constat est posé du nombre trop important d'hospitalisations non programmées des patients âgés, en particulier après un passage par les urgences. C'est là le signe d'une insuffisance de programmation ou d'un choix alternatif à l'hospitalisation complète (HDJ), consultation rapide, HAD).

Il en résulte des temps de prise en charge trop longs avec des durées de séjour anormalement élevées. Que ce soit pour l'accès à un service d'hospitalisation, à une unité de soins de suite ou à un EHPAD, voire pour un retour à domicile, les moyens engagés ne trouvent pas nécessairement de solutions effectives.

Régulièrement pointées du doigt, les difficultés à cibler les ressources existantes, tant en interne qu'en extra-hospitalier. Une mise en relation régulière de tous les acteurs s'impose donc.

Avec la cellule de régulation à créer au sein de l'hôpital, la constitution d'une plateforme téléphonique d'orientation gériatrique, l'activation d'un répertoire opérationnel des moyens ou l'intégration d'un réseau social entre les professionnels, seront les supports indispensables à une régulation optimisée de la réponse aux besoins du sujet âgé.

Dans cet espace collaboratif, les acteurs institutionnels et les professionnels de ville organiseront leur complémentarité en mobilisant la juste ressource, au bénéfice du parcours de soins le plus pertinent, à la recherche du meilleur service rendu à la population âgée.

ADAPTER LE PROGRAMME CAPACITAIRE EN GÉRIATRIE

Avec la stricte reconduction des taux d'hospitalisation actuels des classes d'âge supérieures à 75 ans, l'activité du GH70 augmentera de 5 % au cours des 5 prochaines années du seul fait du vieillissement de la population.

Dès à présent, des difficultés majeures de disponibilité en lits sont constatées en raison d'un manque de fluidité des filières d'aval :

- > des urgences vers le court séjour « gériatrique »,
- > du court séjour « gériatrique » vers le SSR « gériatrique »,
- > du SSR « gériatrique » vers les EHPAD.

Il en résulte un allongement des durées de séjour d'amont ce qui constitue, d'une part, un préjudice réel pour la personne âgée, et d'autre part, une aberration économique pour l'institution.

Le nombre de lits de médecine gériatrique et de médecine interne sera globalement augmenté de 24 lits sur le site de Vesoul. Les opérations de restructuration à venir à Lure et Luxeuil établiront un meilleur équilibre entre les capacités de médecine polyvalente et de soins de suite et de réadaptation.

Les hôpitaux de jour gériatriques permettront de réduire les hospitalisations évitables et d'anticiper les admissions en EHPAD.

Toutes les modalités de prise en charge en soins de suite et de réadaptation (hospitalisation complète et séances itératives) seront déployées pour favoriser les admissions directes en provenance du domicile et assurer une optimisation des flux.



Admissions

UNE CULTURE DE L'EFFICIENCE À PARTAGER

La mission d'un hôpital est de dispenser des soins de qualité dans le respect de l'usager et de ses proches. Une mission qui s'appuie sur des organisations et des valeurs servant de référence aux personnes soignantes. Une bonne organisation des soins est propice au bien-être du patient, mais aussi du professionnel de santé. La bonne coordination du parcours du patient en est une composante essentielle. Elle nécessite avant tout de bien l'accueillir, de l'informer et de préparer les conditions de sa sortie.

La performance d'une activité de soin se mesure en termes de qualité et de sécurité, mais aussi par son organisation et ses coûts. La juste appréciation de la charge de travail, la politique de formation, ainsi que l'adaptation et la valorisation des compétences des professionnels, sont autant de facteurs qui déterminent un bon environnement de travail.

Ces enjeux et cette dynamique sont importants pour notre établissement qui doit mettre à disposition des professionnels, quel que soit leur niveau d'intervention, une information accessible, pertinente, facilement mobilisable, et à même d'orienter leurs pratiques.

1. METTRE LA QUALITÉ AU SERVICE DES PRATIQUES

Nous érigeons la qualité comme mission d'excellence et sécurisons pour cela l'ensemble de nos pratiques professionnelles auprès des malades et des résidents.

Nos exigences en matière d'écoute, de respect et de dignité des usagers, de gestion des risques et d'évaluation des pratiques professionnelles, traduisent notre attachement à des conduites exemplaires, principes d'une politique responsable.

Dans cet esprit, la juste prescription des soins, adaptée à l'état de santé de la personne, relève d'une mission de santé publique. Mission à laquelle chaque professionnel contribue en faveur de la sécurité du patient et de la maîtrise des coûts.

RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

LE RESPECT DES DROITS DES PATIENTS & DES RÉSIDENTS

Le respect des droits des patients et des résidents constitue le socle de nos activités et de nos projets : accueil, bientraitance, éthique, information.

Les usagers sont informés de leurs droits par de nombreux supports (livrets d'accueil, chartes, règlement de fonctionnement) à disposition dans les services.

Les mesures conduites auprès des personnes accueillies ou de leurs proches démontrent un niveau de satisfaction élevé lors de l'analyse des réponses aux questionnaires de sortie et aux enquêtes de satisfaction.

Les entretiens annuels d'évaluation permettent d'établir le bilan avec chaque professionnel de sa démarche de prévention de la maltraitance. Les plans de formation leur apportent un soutien dans ce sens.

Les évaluations par des organismes externes (certification HAS, évaluation ANESM, inspections ARS) soulignent le respect des droits des usagers et la promotion de la bientraitance dans toutes les unités de soins et d'hébergement de nos établissements.

Les réflexions engagées au sein de nos sites conduiront à :

- > assurer une continuité autour de la bientraitance au sein des établissements (charte, projet, comité,...) ;
- > inscrire et suivre des actions spécifiques « Respect des droits » dans les contrats de pôles ;
- > développer l'utilisation d'une fiche d'événement remarquable pour valoriser les pratiques positives ;
- > améliorer la lisibilité des associations d'usagers auprès des usagers comme des professionnels ;
- > prioriser dans chaque site les aménagements nécessaires à la sécurisation, à la prise en compte du handicap et au maintien de l'autonomie.

Droits des usagers

« La Parole des usagers » regroupe des associations oeuvrant dans le domaine de la santé qui assurent des permanences au sein de l'hôpital.

Ce collectif favorise l'échange, améliore le dialogue et garantit le relais de l'information entre les usagers et l'établissement, permettant ainsi à chacun de mieux participer aux débats.



La gestion des risques est l'affaire de toute la communauté professionnelle. Elle implique chacun, individuellement, s'inscrit dans une politique managériale active et s'étalonne collectivement.



LA RÉFLEXION ÉTHIQUE CLINIQUE

La réflexion éthique clinique est permanente, elle interroge le bien fondé d'un traitement, d'une prise en charge, d'un accompagnement, d'une décision. Il s'agit alors de prendre du recul, d'accepter de confronter ses valeurs, de se poser ensemble la question « que faire pour bien faire, ou faire le moins mal possible ? » en associant la personne soignée et son entourage.

À l'issue d'un audit réalisé en 2011, un « guide pour une démarche éthique » a été rédigé et diffusé en 2013.

Dans la continuité de cette réflexion collective, l'établissement prend l'engagement de :

- > permettre à chaque professionnel de s'approprier la démarche éthique dans sa prise en soins ;
- > mettre en place un comité d'éthique ouvert sur son environnement ;

MANAGER LA GESTION DES RISQUES

QUALITÉ & SÉCURITÉ DES SOINS

Qualité et sécurité des soins sont des priorités nationales (pilotage de la performance au niveau de la DGOS, de la HAS et de l'ANESM) coordonnées au niveau régional (ARS) et fixées par les établissements. Elles sont également au cœur des missions de la commission médicale d'établissement.

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009 renforce l'obligation de contribution de la communauté médicale à l'élaboration du programme d'actions et de son bilan.

La gestion des risques est l'affaire de toute la communauté professionnelle. Elle implique chacun, individuellement, s'inscrit dans une politique managériale active et s'étalonne collectivement.

- > poursuivre la formalisation des projets personnalisés et l'évolution des outils associés ;
- > mettre en place une réflexion éthique sur la conciliation entre : sécurisation des locaux, contentions et liberté d'aller et venir ;
- > proposer aux patients et aux résidents la désignation d'une personne de confiance et la rédaction des directives anticipées et préparer les professionnels au recueil de ces informations ;
- > inclure un raisonnement éthique sur la sexualité dans le cadre de la construction du projet de vie du résident.

La sécurisation des parcours de soin et le service médical rendu, s'appuient sur l'intégration des patients / résidents dans l'élaboration de leur projet de prise en charge, d'une part, et sur l'appropriation d'une culture qualité et sécurité par les professionnels, d'autre part.

Les priorités identifiées portent sur la nécessité d'harmoniser les pratiques. La fusion des entités juridiques crée l'opportunité de redéfinir les responsabilités, missions et modes de communication sur l'avancement des démarches conduites. Un programme d'amélioration continue de la qualité sera inscrit dans chaque contrat de pôle.

L'établissement s'est engagé dans le déploiement des différentes méthodes d'analyse des risques potentiels ou avérés.

LES DÉMARCHES DE GESTION DES RISQUES

Les démarches de gestion des risques a priori visent la fiabilisation des parcours patients dans les secteurs à risques. Une cartographie des risques potentiels est formalisée.

Elle garantit la mise en œuvre opérationnelle d'actions de prévention par des acteurs responsabilisés. Les démarches en cours portent sur :

- > la prise en charge médicamenteuse,
- > les risques aux blocs opératoire et obstétrical, l'endoscopie, l'imagerie, les urgences,
- > les risques professionnels.

LES DÉMARCHES D'ANALYSE DES RISQUES

Les démarches d'analyse des risques a posteriori seront renforcées pour développer une culture sécurité partagée.

Elles seront étayées par :

- > l'actualisation de l'organigramme, des responsabilités (référents, vigilants,...) et des circuits,
- > la redéfinition des contours et missions des pôles,
- > l'analyse des systèmes de signalement / déclaration / surveillance,
- > la poursuite du déploiement des analyses des causes (CREX, RMM, EPP, patients traceurs, audits internes),
- > l'harmonisation des procédures.

LE MANAGEMENT DE LA GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

Dans le cadre de l'évolution des recommandations et directives nationales et régionales, l'établissement s'attachera à :

- > harmoniser les pratiques en cohérence avec les trois axes du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) ;
- > développer la prévention des infections associées aux soins (IAS) tout au long du parcours de soins, en impliquant les patients et les résidents ;

- > renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance (CLIN, comité des anti-infectieux, service d'hygiène) ;
- > réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de soins.

LE MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE (PECM)

La qualité de la prise en charge médicamenteuse est un des axes stratégiques du programme qualité validé par la CME.

La politique PECM de l'établissement se préoccupe de l'application des préconisations de l'arrêté ministériel du 6 avril 2011 et répond aux exigences de la HAS et de l'ARS :

- > renforcer la communication, la sensibilisation et la formation des différents acteurs, y compris les patients ;
- > déployer un système documentaire relatif à l'assurance qualité de la prise en charge médicamenteuse diffusé et disponible à tout moment par le personnel impliqué ;
- > poursuivre la sécurisation du circuit du médicament par l'analyse a priori des risques encourus par le patient à toutes les étapes de sa prise en charge, et en particulier pour les médicaments à risque et les populations à risques ;
- > uniformiser autant que possible les supports de prescription et les modes de prescriptions (DCI) ;
- > encourager la reconnaissance des événements indésirables et développer la culture du signalement et de l'analyse des causes.



La qualité de la prise en charge médicamenteuse est un des axes stratégiques du programme qualité validé par la CME.





GARANTIR LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS & DES ACTES

Dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé avec l'ARS, le GH70 entend répondre aux objectifs du plan triennal de maîtrise de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Les professionnels amélioreront la pertinence des prescriptions et des actes en :

- > définissant une politique de bon usage du médicament et des dispositifs médicaux validée par la COMEDIMS ;
- > associant les prescripteurs au suivi du contrat de bon usage du médicament et des dispositifs médicaux stériles (CBUM) pour :
 - améliorer la pertinence de la prescription et remettre en cause les prescriptions systématiques, que ce soit en termes d'actes ou de produits de santé, et en réduisant le nombre d'actes non pertinents,
 - maîtriser la prescription des médicaments et des dispositifs médicaux implantables en sus de la T2a, par la mise en œuvre d'un contrôle de gestion permettant aux pôles de suivre les consommations (dépenses) et par l'optimisation du recours à certains médicaments de spécialité,
 - optimiser la prescription de sortie en respectant les objectifs des prescriptions hospitalières des médicaments exécutées en ville (PHMEV),
 - maîtriser les dépenses de transport.



La prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité

Dans le cadre du plan obésité lancé en 2012 a été créé un centre spécialisé obésité dit CSO. Un dispositif multicentrique en Franche-Comté, qui assure aussi bien la prise en charge chirurgicale que médicale avec une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) mensuelle régionale de recours .

Le GH70 fait partie du CSO et développe :

- > une prise en charge des obésités sévères non opérée par de courtes hospitalisation ou par l'hospitalisation de jour, en particulier pour l'obésité associée au diabète,
- > une prise en charge pluridisciplinaire pour la chirurgie bariatrique qui comprend le parcours préopératoire en partenariat avec les médecins libéraux ou hospitaliers externes, les hospitalisations de jour pour les bilans préopératoires d'évaluation, la pratique depuis 1999 de la chirurgie bariatrique presque exclusivement sous coelioscopie et le suivi des opérés.

Notre file active comptabilise entre 250 et 300 patients.

L'obésité est un problème de santé publique et sa prise en charge relève :

- > de la prévention avec l'éducation thérapeutique, le travail auprès des enfants avec le REPOP,
- > du traitement médical depuis la consultation jusqu'à l'hospitalisation avec possibilité de concertation régionale,
- > du traitement chirurgical avec une chirurgie bariatrique en constante évolution et qui peut être développée.

Dans cette optique, nous adaptons et structurons nos procédures de prise en charge pour encore plus d'efficacité. Nous renforçons nos partenariats avec la réanimation et le service d'endoscopie pour gérer les complications éventuelles. Nous avons acquis des équipements spécifiques qui doivent être développés. Nous menons un travail de communication avec les médecins traitants, élément indispensable pour organiser la prise en charge au long cours des patients.

Docteur Claudine Lang,
chirurgien, chef du pôle chirurgie-anesthésie



2. MOBILISER & ACCOMPAGNER LES PROFESSIONNELS

La politique sociale garantit le bon exercice de nos missions par des professionnels motivés, donc informés et impliqués dans le fonctionnement de leur service, de leur pôle, et plus généralement de l'institution. Elle participe à la fois à la qualité de la prise en charge des patients et au renforcement de l'attractivité de l'établissement, en apportant aux personnels non médicaux et médicaux un environnement professionnel enrichissant, facteur de qualité et de sécurité.

Les orientations à retenir mettent l'accent sur l'accompagnement, l'amélioration des conditions de travail et le projet managérial.

À ce titre, l'accueil et l'intégration des agents, la valorisation des compétences ainsi que l'adaptation des postes de travail serviront de points de fixation aux différents outils d'accompagnement de nos professionnels, à tous les stades de leurs carrières.

Par une approche transversale de l'amélioration des conditions de vie au travail, nous développerons une politique préventive de détection des risques et des actions en faveur du présentisme. Effectifs et charge de travail seront mis en regard ; une garantie de réussite pour nos actions retenues. Actions dont le principe, les modalités et le calendrier seront fixés par les projets de pôle.

Enfin, c'est sur la concertation que doit se fonder la politique managériale des pôles et des services afin de développer les liens de confiance au sein des équipes et de fédérer autour d'objectifs partagés. Ici s'engage une politique plus participative des personnels et des médecins dans la gouvernance institutionnelle.

ACCOMPAGNER LES PROFESSIONNELS TOUT AU LONG DE LA CARRIÈRE

L'accompagnement des personnels médicaux et non médicaux dans leur parcours professionnel répond à des enjeux d'attractivité pour le GH70. Il s'agit d'attirer et de favoriser l'évolution des compétences pour rester performant, chacun dans son domaine d'activité. C'est également un moyen de développer une culture commune sur l'ensemble des sites, culture qui pourra se déployer à l'échelle territoriale.

RECRUTEMENT CIBLÉ

Un recrutement ciblé s'impose au regard des évolutions techniques et financières. Il est nécessaire d'identifier les besoins à court et moyen termes en coopération avec les pôles afin de trouver en interne ou en externe, les profils et les compétences exigés pour maintenir une efficience constante.

ACCUEIL & INTÉGRATION

L'accueil et l'intégration du professionnel sont garants de la qualité du travail et de la motivation des équipes.

Les personnels médicaux et non médicaux sont accueillis et intégrés avec la mise en place d'actions et de supports communs (livret d'accueil, journée d'intégration, lettre d'information hebdomadaire, fiches de poste, accès à la mobilité et à la promotion professionnelle, formes de tutorat).

Un parcours du nouvel arrivant pourra être proposé en coopération avec les services, pour garantir une meilleure intégration au-delà du premier jour de la prise de poste. Le nouveau site internet et intranet constitue l'un des outils à déployer pour communiquer sur les procédures et les différents services. L'élaboration d'un règlement intérieur favorisera le respect des droits et des obligations des professionnels au sein du GH70.

Une politique d'intégration dans la fonction publique hospitalière par la résorption de l'emploi précaire (suivi des emplois sous CDD et ouverture de concours) est également à poursuivre.

AMÉLIORER LES CONDITIONS DE TRAVAIL

On sait l'influence des risques et conditions de vie au travail sur le présentisme. Or, le présentisme est l'un des piliers fondateurs du bon fonctionnement de nos établissements et de la qualité des soins et prises en charge que l'on doit aux usagers du territoire. Développer une approche transversale de la gestion des risques, de l'amélioration des conditions de vie et mettre en adéquation charge de travail et effectifs guident notre stratégie managériale.

MOBILITÉ, PROMOTION & FORMATION

La mobilité, la promotion professionnelle et la formation sont les moyens stratégiques à développer pour accompagner les parcours professionnels et valoriser les compétences.

La création d'une bourse d'emploi annuelle vient renforcer l'accès à la mobilité. S'appuyant sur l'entretien individuel de chaque agent demandeur, elle donne accès à tous les sites du GH70, et pourrait s'étendre sur l'ensemble du territoire. Cette ouverture des parcours professionnels répond aux besoins et envies légitimes de chacun de satisfaire la mobilité géographique, la progression dans la carrière ou le changement d'orientation professionnelle.

Le plan de formation, excellent levier d'une politique territoriale, offrirait davantage d'opportunités par une mutualisation des fonds dédiés et une optimisation de l'achat de formations. Il accompagne l'évolution des métiers (GPMC) et poursuit la mise en œuvre du développement professionnel continu (DPC).

Au GH70, la promotion professionnelle est un axe prépondérant de notre stratégie managériale puisqu'il représente 50 % du budget de formation. Il garantit la mobilité, ouvre des perspectives de progression sociale et encourage des reconversions vers des métiers sensibles (métiers de la rééducation notamment).



La mobilité, la promotion professionnelle et la formation sont les moyens stratégiques à développer pour accompagner les parcours professionnels et valoriser les compétences.





Un nouvel outil de planification plus fonctionnel et ergonomique permet une meilleure réactivité dans la politique de remplacement : il s'agit d'intervenir en temps réel pour l'absentéisme inopiné, ou à titre prévisionnel, pour mieux gérer repos, récupérations et congés.



manipulation de charges, accidents d'exposition au sang). Le suivi régulier de ces observations permet la mise en place de plans d'actions efficaces et de mesures adaptées (formation, ressources, changement de postes).

En collaboration avec le CHSCT, et avec l'appui des professionnels, l'actualisation régulière du document unique relèvera d'un préventeur des risques professionnels au sein de la direction des affaires médicales, des usagers et de la qualité.

LE REDIMENSIONNEMENT DU SERVICE DE MÉDECINE

Le redimensionnement du service de médecine au travail permettra d'assurer la santé au travail des professionnels. Premier pas vers une offre médicale mieux dimensionnée à ses objectifs, le GH70 a d'ores et déjà constitué d'une équipe pluri-professionnelle composée de deux infirmières de santé au travail, de deux psychologues du travail et d'une assistante sociale.

Étape suivante : disposer d'un médecin du travail à temps plein à organiser, dans le cadre de partenariats à établir avec des opérateurs externes.

LA DÉMARCHE EN FAVEUR DU PRÉSENTÉISME

La démarche en faveur du présentéisme passe par la mise en place d'une cellule de prévention et de lutte contre l'absentéisme. Cellule qui permet de comprendre, et parfois d'expliquer, les causes d'absentéisme (accident de trajets, AES, chutes ou glissades) pour envisager ensuite le retour à l'emploi (expertises médicales, création de fiches de postes aménagées, dossiers MDPH) avec les agents concernés.

Devant la difficulté de proposer aux agents des solutions de retour à l'emploi compatibles avec leur état de santé, le dispositif de prévention et de lutte contre l'absentéisme impliquera les agents dans la valorisation de leurs ressources : compé-

tences et potentiels. Une manière d'agir sur les possibilités de reclassement ou de reconversion.

Les attentes formulées par les professionnels sur la qualité de vie au travail révèlent d'autres pistes d'actions en faveur du présentéisme. Citons ici les démarches participatives initiées par les agents : massage, réflexologie, espaces détente, communication positive, aménagement des locaux et des matériels appropriés.

UNE ANALYSE FINE DE LA CHARGE DE TRAVAIL

Une analyse fine de la charge de travail permettra d'agir sur la pénibilité et répartir de manière plus efficiente les effectifs dans les services. Pour mener à bien cet objectif fortement structurant, il convient d'étudier la correspondance entre les effectifs et les compétences disponibles, au regard des besoins et de l'organisation du travail (fiches de postes, fiches de postes aménagés, reconversions, gestion du temps, organisation du travail / tâches, progression des activités).

L'OPTIMISATION DE LA GESTION DU TEMPS DE TRAVAIL

Consécutivement à l'acquisition d'un nouveau logiciel, le guide de gestion du temps de travail s'est adapté pour garantir une application harmonisée et équilibrée de la prévision et du suivi du temps de travail des 1 800 agents non médicaux du GH70.

L'information sera accessible et partagée dans un souci de transparence, de clarté et de confiance mutuelle.

Un nouvel outil de planification plus fonctionnel et ergonomique permet une meilleure réactivité dans la politique de remplacement : il s'agit d'intervenir en temps réel pour l'absentéisme inopiné, ou à titre prévisionnel, pour mieux gérer repos, récupérations et congés.

La gestion du temps de travail médical sera également informatisée. L'objectif étant de s'adapter aux nouvelles règles

de décompte du temps de travail et de la permanence des soins, quels que soient les lieux et les modalités d'exercice.

FÉDÉRER LES ÉQUIPES PAR UN PROJET MANAGÉRIAL

La concertation doit guider la politique managériale des pôles et des services afin de développer les liens de confiance au sein des équipes et de fédérer autour d'objectifs partagés. Ici s'engage une politique plus participative des personnels et des médecins dans la gouvernance institutionnelle.

L'un des fondements du bon fonctionnement de nos établissements repose sur la qualité de l'encadrement.

Pour être le fédérateur d'une équipe, le cadre disposera de moyens lui permettant d'être un acteur des orientations stratégiques du projet d'établissement. Totalement intégré comme élément de la communication institutionnelle, il devient un précieux relais, porteur de la politique générale du GH70.

L'encadrement sera associé aux prises de décisions à tous les niveaux, au sein des pôles et des directions fonctionnelles.

Défauts fréquents en termes de politique managériale : l'absence de communication et la difficulté à faire circuler l'information. Or, une information absente ou erronée, entrave la compréhension et l'adhésion aux décisions prises par les directions et démobilise, de fait, le personnel. S'assurer de la circulation et de la compréhension de l'information, relève des missions du cadre. Pour cela, les cadres seront aidés en étant régulièrement informés des orientations institutionnelles de l'établissement et accompagnés sur le plan méthodologique. Ils bénéficieront du nouvel internet et de l'extranet pour leur permettre de véhiculer leurs propres informations.

Pour informer, concerter et fédérer l'encadrement, les réunions régulières de la commission des cadres seront confortées.

Principalement concentré sur des missions d'explicitation, de négociation, de compromis, de création de consensus, le travail des cadres est difficilement quantifiable et entraîne souvent des interrogations sur leur présence « réelle » auprès des agents. Pour cela, les cadres trouveront un juste équilibre entre ces missions « invisibles » et néanmoins essentielles, et la partie de leur temps qu'ils doivent consacrer à animer leur équipe.

Pour rendre attractifs les postes de cadre, les organigrammes de l'encadrement des directions fonctionnelles et des pôles, seront régulièrement mis à jour et publiés afin de donner de la clarté sur la structure d'encadrement. Cet organigramme, en lien avec les fiches de poste, servira de fondement à la politique de recrutement et de promotion professionnelle dans le domaine de l'encadrement.



S'assurer de la circulation et de la compréhension de l'information, relève des missions du cadre. Pour cela, les cadres seront aidés en étant régulièrement informés des orientations institutionnelles de l'établissement et accompagnés sur le plan méthodologique.





Qualité et performance sont nos objectifs. Des objectifs substantiels, traduits dans chaque contrat de pôle, qui feront l'objet de mesures par des indicateurs clés et détermineront les pratiques professionnelles et les programmes de développement professionnel continu.



FAIRE ÉVOLUER LE MANAGEMENT DES PÔLES

L'institution est profondément attachée à fédérer la gestion de ses activités cliniques et médico-techniques en confiant aux pôles la mise en œuvre des objectifs inscrits dans le projet médical.

Sur la base d'un contrat d'objectifs signé avec le directeur, le pôle proposera des dispositifs de soins répondant aux besoins de santé des patients du territoire. Le projet de pôle décrira les conditions d'organisation interne les mieux adaptées pour une prise en charge efficiente des patients. Et ce au respect des impératifs de meilleure qualité et de sécurité des soins dispensés, autant qu'au maintien des grands équilibres de gestion.

Le pôle aura un rôle d'animation et de coordination en organisant sa politique de communication et de concertation dans un esprit participatif. Il favorisera le dialogue permanent avec tous les médecins, l'encadrement et l'ensemble des agents qui lui seront rattachés.

La gouvernance du pôle sera assurée par un trio composé d'un médecin chef de pôle, d'un cadre supérieur et d'un directeur référent chargé d'animer le bureau de pôle et le conseil de pôle.

Pour conduire son projet, chaque pôle organisera le pilotage des moyens qui lui sont confiés et s'assurera de leur meilleure répartition selon les missions à accomplir et objectifs à atteindre. En cela, il proposera une organisation interne de ses services et unités fonctionnelles pour définir, suivre et évaluer ses objectifs médico-économiques.

La dynamique de dialogue de gestion sera poursuivie au sein du pôle mais également avec les directions fonctionnelles pour optimiser l'utilisation des moyens affectés au regard des activités constatées ou prévisionnelles.

Qualité et performance sont nos objectifs. Des objectifs substantiels, traduits dans chaque contrat de pôle, qui feront l'objet de mesures par des indicateurs clés et détermineront les pratiques professionnelles et les programmes de développement professionnel continu.

Rénover le mode de pilotage des pôles est essentiel, mais ne suffira pas à assurer la performance de leurs actions. Ce projet d'établissement est l'occasion d'aller plus loin. De s'interroger sur le champ d'intervention de chacun des pôles, pour mieux les corrélérer aux grandes orientations stratégiques du GH70.

- Améliorer la cohérence des parcours de soins : créer une unité de régulation et organiser la coordination entre les professionnels de ville, l'accueil des urgences et les unités de prises en charge, en médecine notamment.
- Accompagner l'essor de la chirurgie ambulatoire : conforter le pôle chirurgie-anesthésie et soutenir l'évolution de ses pratiques et organisations.
- Mettre en valeur les sites de proximité, leurs missions, leur complémentarité en matière de soins de suite et rendre plus lisible la présence du GH70 sur son territoire.
- Valoriser la prise en charge de la femme, de la mère et de l'enfant pour renforcer son attractivité et accroître ses activités sur l'ensemble du territoire,
- L'association des 11 EHPAD dans une dynamique de projets connaîtra un nouvel élan en s'inscrivant dans une politique volontariste de convergence de la qualité de leurs prestations et de leurs conditions d'hébergement.
- Les activités médico-techniques d'imagerie, de pharmacie et de biologie s'appuieront sur un capital fort d'actions coo-pérantes pour alimenter la constitution du GHT.
- La reconnaissance des activités supports dans un pôle spécifique est à conforter. Elle donne du sens à l'indispensable place que tiennent les activités de santé publique, de soins de support dans la prise en soins des patients.





Déployer de nouveaux outils techniques et transmettre directement des informations à l'assurance maladie contribueront à améliorer le processus de facturation et le recouvrement des recettes d'activité par le Trésor public.



3. SOUTENIR LA PERFORMANCE DE GESTION

La priorité institutionnelle est de rechercher un équilibre de gestion durable alors que chacun apportera sa propre contribution dans la bonne utilisation des ressources qui lui sont confiées.

Il est donc indispensable d'optimiser les liens entre recettes et dépenses, en augmentant les premières et en restructurant les secondes. Ici, la communauté médicale aura à réfléchir sur les segments d'activités à développer, sur la juste prescription et sur la mise en place d'un codage de l'activité rigoureux reposant sur un circuit fiable, professionnalisé et contrôlé.

L'adaptation des sites, la reconfiguration de certaines des activités, la recherche de pratiques de gestion plus performantes et l'innovation à introduire dans les politiques d'achat devront nous interroger constamment sur nos stratégies et nos missions.

Dans un cadre plus prospectif, certain des choix de production, de consommation, de prestation, de distribution ou de stockage sont appelés à évoluer. S'adapter pour toujours plus de pertinence en regard des capacités futures d'investissement, des charges d'exploitation attendues et des contraintes énergétiques.

FIABILISER, SÉCURISER LES POLITIQUES & OUTILS DE GESTION

Les obligations réglementaires auxquelles l'établissement est confronté bouleversent nos pratiques et agissent en profondeur sur nos organisations. Ces adaptations constituent autant de leviers pour faire évoluer favorablement la performance des politiques de gestion.

La fiabilisation des comptes, la production de tableaux de bord, la mise en avant de bonnes pratiques, veillent à la maîtrise des risques et à la traçabilité des actions tout en responsabilisant les différents acteurs.

UNE RECHERCHE PERMANENTE D'OPTIMISATION DES RECETTES D'ACTIVITÉ

Les réformes successives, qu'il s'agisse de la tarification à l'activité ou de la certification, incitent les établissements à porter une attention particulière à la gestion de leurs ressources, tant au niveau de la qualité de la collecte des informations qui les génèrent que de l'affectation des recettes qui en résultent ou de leur évaluation.

Un recueil exhaustif et fiable des données s'appuie sur une formation des professionnels à l'identité-vigilance, une sensibilisation à la qualité de la cotation et de son impact, un renfort de la formation des gestionnaires d'admission et une adaptation de l'organisation du département d'information médicale.

Déployer de nouveaux outils techniques et transmettre directement des informations à l'assurance maladie contribueront à améliorer le processus de facturation et le recouvrement des recettes d'activité par le Trésor public.

LA SÉCURISATION DE L'ACHAT

La fonction achat est un acteur dans la performance de l'établissement, sur la qualité des soins, la rentabilité économique et les conditions de travail.

C'est un levier de progrès important, dans un contexte budgétaire contraint, par une meilleure connaissance des aspects réglementaires et des pratiques. Une nouvelle culture qui met en adéquation le besoin exprimé et l'achat réalisé doit se développer et se partager.

La participation du GH70 au programme national de performance hospitalière pour des achats responsables (PHARE), en lien avec l'appui de l'ARS, nous invite à agir sur des leviers que sont la standardisation et la massification des achats, au sein de la grande région Bourgogne Franche-Comté.

En interne, nos performances en matière d'achat s'appuieront sur :

- > la formation des différents acteurs,
- > la structuration d'une cellule achat au sein de la direction des ressources économiques, logistiques et techniques,
- > la déclinaison d'un plan pluriannuel d'investissement à partir d'une cartographie des équipements.

LES OUTILS DE PILOTAGE

L'analyse de gestion conduira à la construction d'outils partagés entre les directions fonctionnelles et constituera une véritable interface avec les pôles. Par cet outil, nous entendons progresser dans la maîtrise et le suivi des activités et améliorer la réactivité institutionnelle face aux besoins permanents d'adaptation.

La production de données, suffisamment homogènes et comparables, rendra compte de l'évolution des activités, de la gestion des ressources humaines et des charges de fonctionnement.

Des tableaux de bord seront publiés régulièrement pour assurer le suivi d'indicateurs et anticiper tout écart qui pourrait s'avérer critique.

La mise en place progressive d'un système d'information décisionnel contribuera au pilotage budgétaire et à l'orientation des objectifs des contrats de pôle.

Le dialogue avec les pôles en sera facilité et favorisera la mise en œuvre d'actions correctives.



La mise en place progressive d'un système d'information décisionnel contribuera au pilotage budgétaire et à l'orientation des objectifs des contrats de pôle.





Ce projet d'établissement engage un nouveau cycle d'investissement. Il permettra d'adapter notre positionnement stratégique à la mutation de nos besoins et à l'intégration de nouvelles technologies.

ADAPTER NOS MOYENS AUX ACTIVITÉS

La pluralité et la diversité des sites gérés sur le territoire, la recherche permanente d'un équilibre de gestion et le développement de partenariats extérieurs, exigent une parfaite maîtrise et une juste planification des ressources humaines, techniques et logistiques engagées.

ADAPTER LES MOYENS HUMAINS & LES COMPÉTENCES

Au-delà des référentiels normatifs, le besoin d'expertise sur des champs d'activités pluridisciplinaires est propice au partage de nouvelles compétences et à l'émergence de nouveaux métiers (Ex : préventeurs des risques professionnels, archivistes, ...).

HARMONISER LES PRATIQUES AVEC CHACUN DE NOS INTERLOCUTEURS, PUIS ADAPTER L'INFRASTRUCTURE LOGISTIQUE

- > par des outils homogènes et optimisés de tous les processus (logistique hôtelière - pharmacie - matériel de service technique...),
- > par la sécurisation de la gestion des stocks,
- > par la traçabilité de la distribution et de la livraison,
- > par le partage de l'information entre clients et fournisseurs,
- > par la gestion en « plein-vide » des stocks de fournitures et pharmacie dans les services de soins,
- > par l'installation de stockeurs rotatifs informatisés pour la pharmacie,
- > par l'implémentation d'un logiciel d'échange entre le magasin et la pharmacie.

Autant d'objectifs qui militent en faveur de la création d'un pôle logistique. Pôle regroupant les prestations de services supports aux soins, desservant les établissements de la direction commune et les clients potentiels. Cette étude intégrera un redimensionnement des surfaces, des moyens humains, des équipements nécessaires et des organisations afférentes.

DÉFINIR DES ACTIONS EN FAVEUR D'UNE POLITIQUE DE DÉVELOPPEMENT DURABLE

Cette orientation se pose au quotidien, dans l'exercice de nos missions et l'expression de nos choix : politique achat, archivage numérique, gestion des déchets... L'information et la formation des acteurs de terrain, l'identification de référents au sein des services ou l'analyse des pratiques sont des éléments porteurs pour intégrer cette culture du développement durable.

RENDRE PERTINENTS NOS CHOIX D'INVESTISSEMENT

Ce projet d'établissement engage un nouveau cycle d'investissement. Il permettra d'adapter notre positionnement stratégique à la mutation de nos besoins et à l'intégration de nouvelles technologies.

Les opérations retenues ancreront le cadre propice au développement et à l'organisation de nos activités de soins et d'hébergement des personnes âgées dépendantes.

Si l'humanisation et la modernisation des EHPAD sont notre priorité, c'est bien l'ensemble des sites hospitaliers qui seront concernés ces prochaines années par les évolutions portées par ce projet d'établissement.

Les étages d'hospitalisation des sites de Lure et Luxeuil seront reconfigurés : modularité des espaces, homogénéité des unités d'hospitalisation et amélioration du confort des patients guident nos projets d'investissement. Une mutation qui se répercutera sur le programme capacitaire et nous invitera à repenser l'organisation de soins, au bénéfice des prises en charge ambulatoires.

Au-delà des programmes majeurs de travaux, notre politique d'investissement préservera aussi les opérations de maintenance et d'entretien.

Les facteurs pertinents de gestion seront à soutenir pour maintenir le renouvellement de nos équipements, automatiser nos activités médico-techniques, rationaliser nos unités de production logistiques et techniques et maîtriser nos flux de transports.



Le système d'information constitue l'un des leviers de l'efficacité d'un fonctionnement décloisonné entre les acteurs des champs ambulatoire, hospitalier et médico-social s'il privilégie la cohérence institutionnelle des infrastructures et des applicatifs utilisés.



4. UN SYSTÈME D'INFORMATION ACCESSIBLE & COMMUNICANT

Le système d'information constitue l'un des leviers de l'efficacité d'un fonctionnement décloisonné entre les acteurs des champs ambulatoire, hospitalier et médico-social s'il privilégie la cohérence institutionnelle des infrastructures et des applicatifs utilisés.

Il s'avère prépondérant de s'appuyer sur des principes directeurs pour aboutir à un système d'information partagé qui garantit la collaboration pluri-professionnelle au profit des patients et des résidents, quel que soit leur lieu de prise en charge en s'appuyant sur les technologies de l'information et de la communication.

DÉVELOPPER UNE CULTURE SÉCURITÉ

Au développement du système d'information du GH70 se superpose la notion de sécurité : qu'elle soit physique ou logique, la sécurité est l'élément clef de la fiabilisation du système d'information.

Cependant, avec des technologies de plus en plus sophistiquées, mobiles et accessibles à tous, la sécurité pourrait être défaillante par manque de connaissance de la puissance des outils ou par inadvertance des utilisateurs.

S'ENGAGER DANS « L'HÔPITAL NUMÉRIQUE »

L'engagement dans le **programme hôpital numérique** est une priorité pour le GH70.

Pour cela, 2 conditions sont nécessaires :

- > être sorti du programme hôpital 2012,
- > être éligible aux pré-requis hôpital numérique.

La sécurité du système d'information s'articulera donc autour d'une politique générale de sécurité du système d'information (PGSSI) définie et reconnue, décrivant les objectifs théoriques à atteindre. Cette PGSSI s'appuiera elle-même sur une analyse des risques liés au système d'information.

La PGSSI sera déclinée annuellement dans un plan d'action sécurité du système d'Information (PASSI) autour d'actions visant les objectifs fixés dans la PGSSI.

La volonté du GH70 est de sortir du programme Hôpital 2012 dès le début de l'année 2016. Pour cela, le logiciel Orbis® Bloc – en cours d'installation au 4^e trimestre 2015 – doit être complètement opérationnel. Il permettra d'améliorer le planning opératoire utilisé actuellement grâce à de nouvelles fonctionnalités. Il assurera également la gestion

de la documentation des interventions et la réalisation de statistiques en remplacement du logiciel BlocMed®.

L'éligibilité aux pré-requis hôpital numérique nécessite un recueil d'informations et l'écriture de diverses procédures ou documents, couvrant de nombreux sous-domaines du système d'Information.

- Les indicateurs portent sur :
- > les identités et mouvements
 - > la fiabilité, la disponibilité
 - > la confidentialité

L'engagement contractuel relatif au financement hôpital numérique concerne les résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomo-pathologie. Les résultats d'imagerie et de biologie sont déjà en place dans l'établissement. Ceux de biologie seront améliorés par une intégration structurée dans le logiciel Orbis®. La mise en place de l'accès aux résultats d'anatomo-pathologie est prévue courant 2017 conformément au CPOM.



La sécurité du système d'information

Dans l'environnement actuel, le GH70 dispose déjà de nombreuses protections physiques :

- > 2 salles serveurs sur le site de Vesoul dont l'entrée est protégée par des accès à cartes tracés,
- > des locaux techniques répartis protégeant les baies réseaux fermés à clefs avec seul accès aux informaticiens et techniciens,
- > la protection incendie commune à l'ensemble du site de Vesoul,
- > la protection électrique commune à l'ensemble du site de Vesoul permettant à chaque serveur d'être alimenté par des onduleurs centraux en cas de coupure,
- > chaque serveur utilise des technologies redondantes permettant de pallier une panne d'un disque dur,

- > une technologie de virtualisation des serveurs est de plus en plus utilisée pour héberger les applications,
- > les bases de données des principaux applicatifs sont dupliquées en temps réel dans les 2 salles serveurs.

Les protections logiques existent également telles que :

- > la centralisation d'un système antivirus permettant de déployer cette protection sur l'ensemble du parc informatique que ce soit des ordinateurs de bureaux ou des serveurs,
- > la centralisation de la gestion des bornes Wifi,
- > l'existence et le fonctionnement régulier d'une cellule d'identité-vigilance,
- > l'existence d'une charte d'utilisation des ressources informatiques.



Dictée numérique

La dictée numérique – déjà utilisée en imagerie médicale – est un outil qui sera déployé sur l'ensemble des secteurs médicaux à partir de 2016. Il permettra aux professionnels de santé de dicter des rapports médicaux sous forme de fichiers sonores. Les assistantes médico-administratives retranscriront à partir de n'importe quel poste de travail équipé du matériel adéquat (pédalier et casque) tout texte enregistré préalablement sur un support numérisé.

La reconnaissance vocale qui permet de retranscrire directement la voix humaine en texte nécessite un apprentissage pour l'utilisateur comme pour la machine : cette reconnaissance améliore ses performances au fil du temps puisque l'application reconnaît de plus en plus de termes utilisés couramment par son utilisateur.

HARMONISER & PARTAGER LE SYSTÈME D'INFORMATION

L'utilisation d'outils communs sur l'ensemble des sites est un facteur de réussite dans la prise en charge optimale des patients et résidents.

L'harmonisation des applicatifs composant le système d'information sera réalisée en plusieurs étapes. La première phase consistera à déployer dès 2016 une solution logicielle administrative unique, regroupant les fonctions de gestion des patients, de gestion économique et financière et de gestion des ressources humaines (Cpage®). Ce logiciel connaîtra également une évolution majeure avec le déploiement de la nouvelle version dénommée Cpage®. Cette phase inclut la mise en place d'un nouveau logiciel de gestion des plannings pour le personnel non-médical sur l'ensemble des sites (logiciel Octime®).

D'autres applicatifs seront également étendus comme la gestion de la maintenance (GMAO – logiciel Asset+®) sur les différents sites, la gestion technique des bâtiments (GTB) ou encore une nouvelle solution intranet. De même, l'harmonisation portera sur les outils bureautiques, actuellement disparates.

La seconde phase permettra de disposer d'un **dossier patient informatisé** commun à l'ensemble des structures fusionnées du GH70 pour toutes ses activités sanitaires et médico-sociales. La généralisation d'Orbis® sur toutes ses fonctionnalités favorise une meilleure circulation de l'information et son partage au sein du secteur médical et soignant.

OFFRIR DE NOUVEAUX OUTILS DE COMMUNICATION

Ces nouveaux outils informatique et de communication assurant une meilleure prise en charge de la patientèle pourront être utilisés en interne, mais également dédiés à la communication externe de la structure.

En interne, l'utilisation de la **dictée numérique** et de la reconnaissance vocale permettra une diffusion plus rapide de l'information. Afin de fluidifier le processus d'envoi vers les correspondants, l'émission de la documentation médicale se fera également – en plus du DMP – via la **nouvelle messagerie sécurisée de santé**, directement au médecin traitant.

De nouveaux outils seront également mis en place sur l'ensemble des structures comme **une gestion électronique de documents** (GED) couvrant la partie médicale mais également la partie administrative. Ce déploiement s'accompagnera d'une dématérialisation progressive de certains formulaires. De nouveaux secteurs seront ainsi dotés de logiciels adaptés à leur mode de travail, comme l'anesthésie qui verra l'informatisation de ce document essentiel qui accompagne le patient, de la consultation pré-anesthésique à la salle de réveil. Un point de plus dans la sécurisation du parcours de soin.

Afin de trouver l'information la plus juste, au moment adéquat, la présentation et le classement des documents médicaux dans le dossier médical Orbis® seront revus grâce à la mise en place d'un nouveau module (Synopsis®). À la clé, c'est une meilleure lisibilité des informations pour les intervenants médicaux.

Un nouvel accès à internet dédié aux patients et aux résidents sera également une des priorités du projet d'établissement.



PACS

L'outil PACS pour Picture Archiving and Communication System permet de stocker et de diffuser l'ensemble des images produites par les modalités d'imagerie numérique (scanner, IRM, table d'imagerie numérique, échographes). Ces images sont directement accessibles en temps réel pour les médecins via le dossier patient Orbis®.

Actuellement, les images peuvent être transmises vers le CHU de Besançon de « Pacs » à « Pacs » en cas de nécessité de transfert d'un patient et après accord de ce dernier.

Ces images sont également archivées dans un espace régional pour permettre à moyen terme un accès à d'autres professionnels de santé (autres établissements, médecins libéraux), ainsi qu'aux patients eux-mêmes.



Pour une circulation optimale de l'information, il est nécessaire d'agir sur les éléments techniques qui composent le système d'information, mais également sur l'adaptation des organisations.

Télédermatologie

La télédermatologie est une télé-expertise en dermatologie permettant de rendre un avis médical à distance, par l'intermédiaire d'un équipement de numérisation et de transmission d'images dans un mode entièrement sécurisé.

Notre projet concerne les résidents des EHPAD de notre secteur, pour tout problème de dermatologie identifié par les équipes de soins. Il permet d'émettre un conseil sur le diagnostic, la prise en charge ou un suivi, et d'éviter parfois le transport des résidents âgés. Ce moyen de communication médicale permet également de pallier l'isolement des EHPAD et contribue à la formation du personnel.

Les photographies des lésions du résident sont réalisées avec son consentement, ou celui de sa famille, puis transmises à un dermatologue avec un résumé clinique et l'interrogation du demandeur. Nous formalisons la réponse en moins d'une semaine ; réponse la plus précise possible en fonction des éléments dont nous disposons. La messagerie facilite la discussion avec l'émetteur et nous permet d'affiner notre réponse. Notre service a réalisé 32 actes depuis 13 mois.

Docteur Catherine MERLE,
dermatologue

AGIR SUR LA CIRCULATION DE L'INFORMATION

Pour une circulation optimale de l'information, il est nécessaire d'agir sur les éléments techniques qui composent le **système d'information**, mais également sur l'adaptation des organisations. L'information doit être dématérialisée, fluidifiée, sécurisée et authentique.

Côté technique, les réseaux informatiques seront réétudiés tant en termes de liaison (par exemple les sites de Gy, Héricourt et Saint-Loup seront reliés au site central de Vesoul), qu'en termes de débit pour assurer une meilleure fluidité de l'information. De même, les débits des liaisons externes (internet, régional) seront calibrés pour une utilisation optimale. De nouvelles solutions logicielles fiabiliseront et amélioreront la gestion des rendez-vous médicaux. Un système de rappel au patient de sa date de consultation sera mis en place via SMS. Cet outil permettra également de prévenir d'une modification ou d'une annulation de rendez-vous.

L'amélioration des débits des réseaux informatiques offre de nouvelles opportunités pour externaliser certaines applications ; il s'agit ici d'optimiser la sécurité et la disponibilité des solutions proposées. Ainsi le logiciel Octime® – gestion des plannings – utilisera ce mode de fonctionnement dénommé Saas. Sur la partie téléphonie, des nouveautés également : organisations et adaptations techniques permettront une mise en relation adaptée entre le patient, la famille, les professionnels externes et leurs interlocuteurs internes.



Crédits photographiques

Jean-François Lami
(pour l'essentiel)

Anne Chauveau
(couverture : façades Luxeuil et Neurey ; sommaire : La Source à Luxeuil ;
p. 2 : EHPAD Héricourt ; p.5 : échographie ; p. 10 : anesthésie ;
p. 14 : blouse et consultation ; p. 16 : pédiatrie ; p. 18 : escalier ; p. 19 : obésité ; p. 21 ;
p. 22 ; p. 24 : pharmacie ; p. 27 ; p. 30 ; p. 31 : dossier médical personnalisé ; p. 36 ;
p. 37 ; p. 39 : infirmières ; p.44 : pharmacie ; p. 46 : accueil consultations ;
p. 47 : anesthésie ; p. 49 ; p. 51 ; p. 54 ; p. 55 ; p.57 : couveuse ;
p. 61 : reflexologie plantaire ; p. 62 : atelier « lettres & couleurs » ; p. 67 : admissions ;
p. 69 : dossier ; p. 72 : infirmières ; p. 78 ; p. 83)

GH70
(couverture : couloir et façade Lure ; p. 7 : greffe de cornée ;
p. 12 : formation continue ; p. 41 ; p. 48 : façade Lure ; p. 53 : hôpital de jour ;
p. 68 : droits des usagers)

CHRU de Besançon
(p. 20 : hélicoptère SAMU ; p. 32)

Luc Boëgly - Groupe 6
(sommaire : extérieur Vesoul nocturne ; accueil Vesoul))

Getty Images
(p. 53 : diabète ; p. 59 : CeGIDD)

Fotolia
(p. 40 : médecin généraliste © dalaprod ; p. 61 : stationnement handicapé © torsakarin ;
p. 70 : obésité © Picture-Factory ; p. 84 : sécurité informatique © fotomaximum ;
p. 85 : dictée numérique © Alliance)

Conception & mise en page
version libre
www.versionlibre.com





Groupe hospitalier de la Haute-Saône
Site de Vesoul
2 rue Heymès
70014 Vesoul cedex



Groupe hospitalier de la Haute-Saône
Site de Lure
37 rue Carnot
70200 Lure cedex



Groupe hospitalier de la Haute-Saône
Site de Luxeuil
12 rue Grammont
70300 Luxeuil cedex



EHPAD de Gy
90 Grande Rue
70700 Gy



EHPAD d'Héricourt
1 rue Edgar Faure
70400 Héricourt



EHPAD de Neurey
1 Grande Rue
70000 Neurey-lès-La-Demie



EHPAD de Saint-Loup
20 avenue Jacques Parisot
70800 Saint-Loup-sur-Semouse



EHPAD de Villersexel
441 rue du 13 septembre 1944
70110 Villersexel



www.gh70.fr