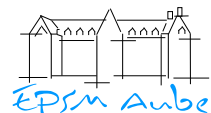
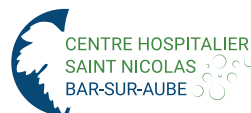




# PROJET MÉDICAL & DE SOINS & PARTAGÉ

## GHT de l'Aube et du Sézannais

## 2017 - 2022



Résidence La Belle Verrière  
10310 BAYEL



GROUPEMENT DE COOPÉRATION SANITAIRE PLATEFORME D'AVANT  
SUR LE TERRITOIRE CHAMPAGNE SUD



# SOMMAIRE



<b>1. OBJECTIFS MÉDICAUX ET ORGANISATION DU PARCOURS DE SOINS PAR FILIÈRE .....</b>	<b>22</b>
1.1. Filière Urgences Chirurgie Réanimation .....	23
1.2. Filière Cancérologie, soins palliatifs .....	36
1.3. Filière Soins aux détenus.....	48
1.4. Filière Neuro Cardio Vasculaire.....	52
1.5. Filière Personnes âgées.....	60
1.6. Filière Gynécologie, obstétrique et périnatalité.....	72
1.7. Filière Santé Mentale .....	80
1.8. Réponse aux situations sanitaires exceptionnelles .....	87
<b>2. PROJET DE SOINS PARTAGÉ TRANSVERSAL AUX FILIÈRES .....</b>	<b>88</b>
<b>3. PROJET QUALITÉ DES SOINS SÉCURITÉ DES PATIENTS .....</b>	<b>112</b>
<b>4. ACTIVITÉS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES ET DE RECOURS .....</b>	<b>126</b>
<b>5. RECHERCHE CLINIQUE ET RECHERCHE EN SOINS .....</b>	<b>128</b>
<b>6. PÔLES INTER-ÉTABLISSEMENTS DES HÔPITAUX CHAMPAGNE SUD .....</b>	<b>130</b>
6.1. Pôle Imagerie Médicale .....	131
6.2. Pôle Biologie Médicale, Anatomopathologie .....	132
6.3. Pôle Pharmacie .....	135
6.4. Pôle Information Médicale, Évaluation et Performance (IMEP).....	138
6.5. Pôle Évaluation, Sécurité, Qualité des Soins.....	139
<b>7. SCHÉMA DIRECTEUR DU SYSTÈME D'INFORMATION.....</b>	<b>143</b>
<b>8. ÉVALUATION DU PROJET MÉDICO-SOIGNANT.....</b>	<b>154</b>
<b>CONCLUSION : UN PROJET EN COURS DE MISE EN OEUVRE .....</b>	<b>156</b>

# INTRODUCTION : UNE AMBITION PARTAGÉE AU SERVICE D'UN TERRITOIRE EN DIFFICULTÉ

## A. Un territoire triplement défavorisé

### A.A. Un territoire au contexte social difficile et en croissance démographique

Si le département de l'Aube figure parmi les rares départements français à connaître une croissance démographique, cette évolution touche de manière variable les différents bassins de population du département. En effet le Nord-Ouest de l'Aube (bassins de Romilly-sur-Seine et Nogent-sur-Seine en particulier) et l'agglomération troyenne connaissent une croissance démographique, notamment due à l'arrivée d'une population issue des banlieues franciliennes, attirés par des loyers plus abordables, et à une concentration des populations dans le périurbain et le rural proche des villes centres. Une part importante de cette population est composée de jeunes couples ou familles monoparentales, au niveau de vie très modeste et souvent même situés en-dessous du seuil de pauvreté, et présentant des problématiques sanitaires et sociales à prendre en charge. (source : Insee flash Champagne-Ardenne n° 178)

Évolution de la population totale du département de l'Aube

Année	Population
2006	299 704
2007	300 837
2013	306 681
2014	308 094

Source INSEE

« Cette démographie dynamique se conjugue avec un vieillissement et une paupérisation de la population »

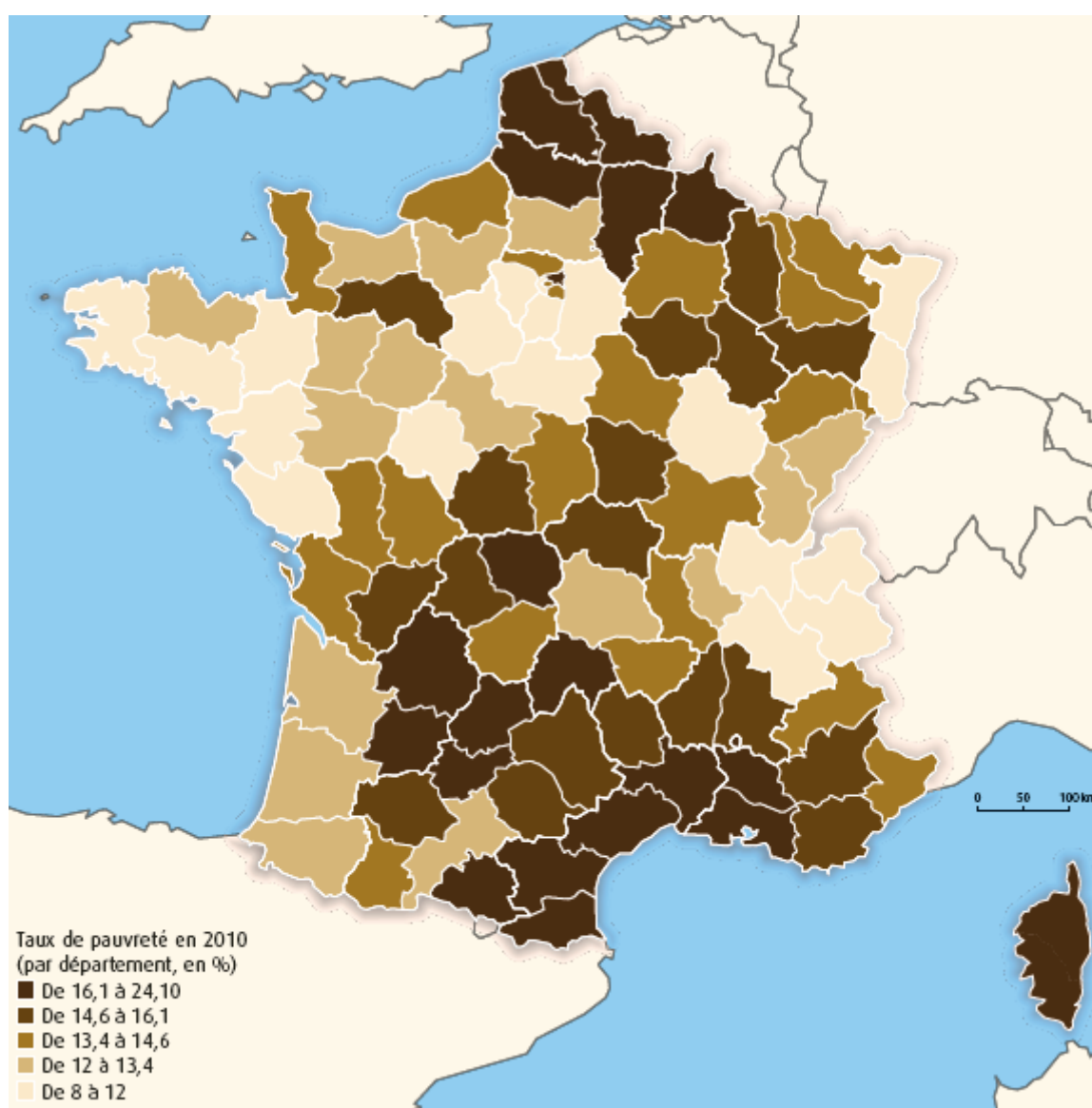
En revanche l'Est du département connaît une chute démographique, liée en particulier à un recul de l'activité économique. En témoignent par exemple plusieurs fermetures d'usines en 2016 dans le bassin de Bar-sur-Aube (Cauval, cristallerie de Bayel, Allia etc.). Ce territoire est également marqué par une désertification médicale croissante. Ainsi au cours de l'année 2017, la commune de Vendevre sur Barse et les zones rurales environnantes devraient passer de 5 médecins généralistes à zéro.

Cette démographie dynamique se conjugue avec deux évolutions pesant sur un besoin en offre de soins croissant : un vieillissement de la population d'une part, et une paupérisation de la population d'autre part. Ces évolutions nécessitent en regard une adaptation de l'offre de soins.

## Vieillessement de la population par grandes tranches d'âges

	2008	2013
0 à 14 ans	18,2	18,4
15 à 29 ans	18,0	17,1
30 à 44 ans	19,6	18,4
45 à 59 ans	20,9	19,9
60 à 74 ans	14,0	16,0
75 ans ou +	9,3	10,1

Le territoire de l'Aube et du Sézannais figure parmi les plus pauvres de France métropolitaine



Source : -DGFiP, revenus disponibles localisés 2010

## Les villes de Troyes et de Romilly-sur-Seine parmi les plus pauvres de la région Grand-Est

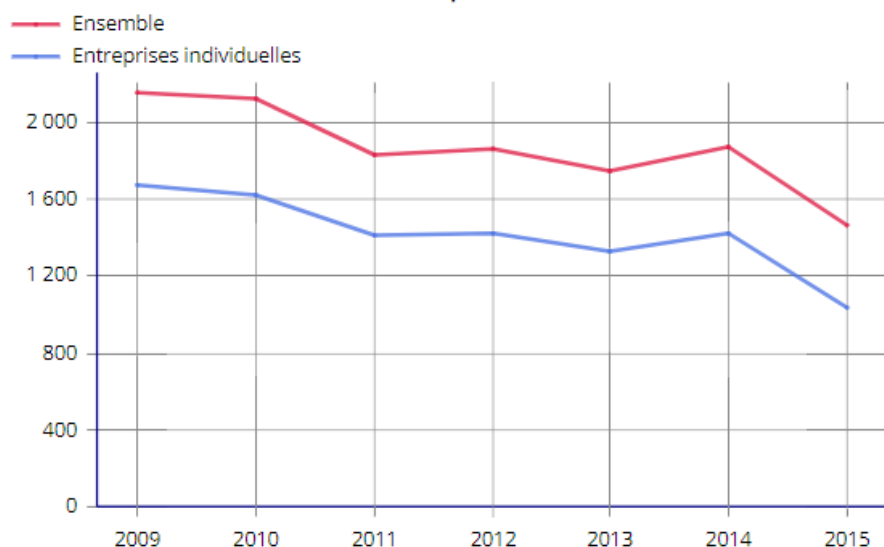
Selon les données de l'Insee pour l'année 2013, la ville de Troyes présentait un taux de pauvreté de 25,20%, se classant parmi les communes les plus pauvres, au 28e rang parmi les 100 plus grandes villes de France. Par ailleurs la ville de Troyes est la deuxième ville la plus pauvre parmi les villes importantes de la région Grand Est, après la ville de Mulhouse. A noter qu'à Romilly-sur-Seine, site principal du deuxième établissement MCO des Hôpitaux Champagne Sud, le taux de pauvreté est de 25,9%.

Ville	Taux de pauvreté
COLMAR	19,20 %
NANCY	19,90 %
METZ	20,90 %
REIMS	21,1 %
STRASBOURG	22,8 %
TROYES	25,20 %
MULHOUSE	31,6 %

Source : Gazette des communes - Le Compas 21 décembre 2016

L'évolution à la baisse des créations d'entreprises, conjuguée aux cessations d'activités accentue la précarité de la population du département de l'Aube

### DEN G1 - Évolution des créations d'entreprises



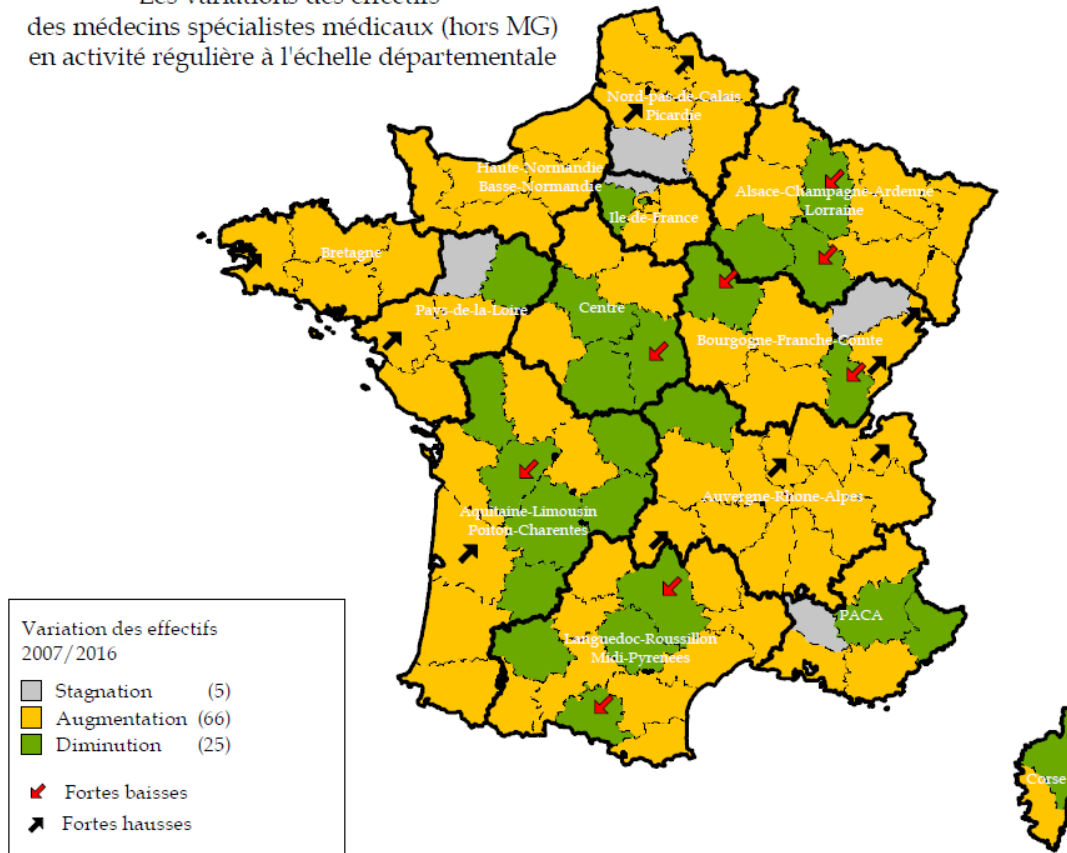
Champ : activités marchandes hors agriculture.

Source : Insee, Répertoire des entreprises et des établissements (Sirene).

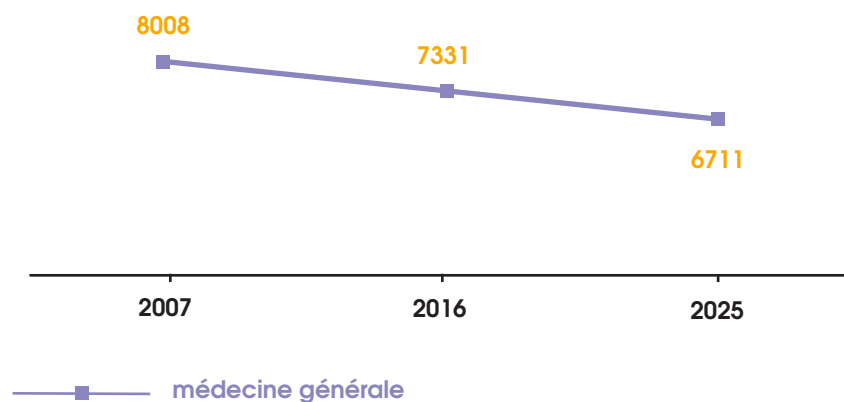
## A.B. Un territoire marqué par une démographie médicale et un sous équipement hospitalier problématiques

L'aube figure parmi les départements connaissant une diminution des effectifs des médecins spécialistes (hors Médecine Générale) en activité régulière.

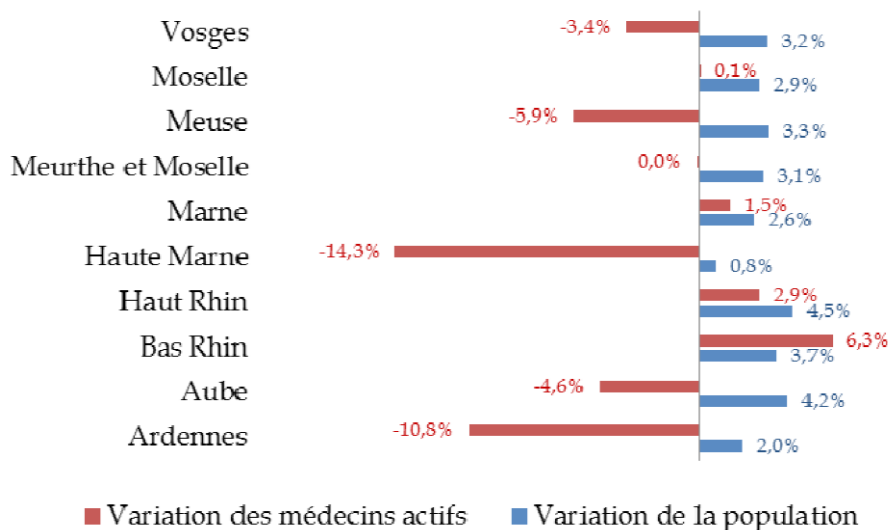
Les variations des effectifs des médecins spécialistes médicaux (hors MG) en activité régulière à l'échelle départementale



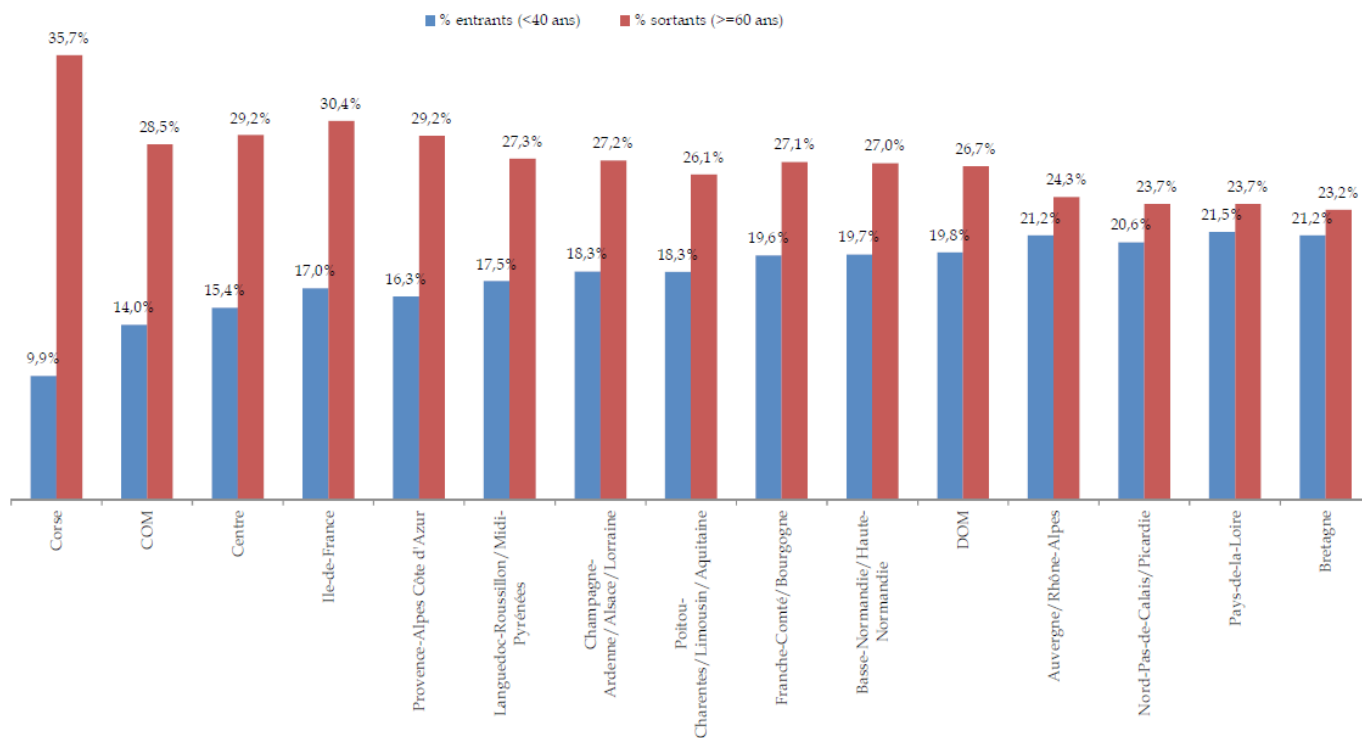
Par ailleurs les projections identifient une baisse des effectifs médicaux en Médecine Générale, pour la région Grand-Est, à l'horizon 2025.



Toutes spécialités médicales confondues, l'Aube a connu une baisse significative des effectifs de médecins actifs, et une hausse importante de sa population, entre 2007 et 2016.



La proportion de médecins âgés de plus de 60 ans est supérieure à celle des médecins de moins de 40 ans en ex-Champagne-Ardenne.





## L'Aube présente un sous équipement hospitalier problématique

En lits et places de Médecine pour 1000 habitants, l'Aube apparaît de très loin comme le département le moins doté de la région Grand Est. Il présente un taux d'équipement situé 10% en-dessous de la moyenne nationale en lits et places de Médecine pour 1000 habitants, et entre 20 et 30% inférieur au taux d'équipement des autres départements de la région Grand Est.

### Taux d'équipement sur la population au 1er janvier 2016 (lits/places de médecine pour 1000 habitants) (SAE)

« L'Aube apparaît de très loin comme le département le moins doté de la région Grand Est en lits et places de médecine »

Département	privé non lucratif : ESPIC	Établissements public	privé lucratif	privé non lucratif : non ESPIC	Total général
08	0,00	2,05	0,00	0,10	2,14
10	0,00	1,73	0,08	0,00	1,81
51	0,13	1,92	0,41	0,00	2,46
52	0,00	2,22	0,16	0,00	2,38
54	0,41	1,93	0,33	0,00	2,67
55	0,00	2,17	0,05	0,00	2,22
57	0,68	1,47	0,15	0,00	2,29
67	0,40	1,77	0,10	0,07	2,34
68	0,17	1,80	0,00	0,24	2,21
88	0,00	2,21	0,06	0,00	2,28
France Entière	0,15	1,63	0,24	0,02	2,04

Concernant le taux d'équipement en lits et places de chirurgie pour 1000 habitants, l'Aube se situe dans la moyenne régionale, avec cependant un taux d'équipement pour le secteur public très en deçà des moyennes régionales et nationales, cet équipement public étant exclusivement situé à Troyes, et le secteur privé disposant d'une offre presque trois fois supérieure à l'offre publique.

Cette situation est susceptible de poser des questions d'accessibilité aux soins pour la population, a fortiori dans la mesure où les établissements publics assurent la gestion des deux seuls services d'urgences du département, et doivent à ce titre coordonner le parcours des patients pris en charge en urgence chirurgicale.

## Lits et places de chirurgie par département et par catégorie juridique au 31 décembre 2015 (SAE)

Étiquettes de lignes	privé non lucratif : ESPIC	Établissements public	privé lucratif	privé non lucratif : non ESPIC	Total général
08	0,00	0,65	0,00	0,31	0,95
10	0,00	0,39	1,14	0,00	1,53
51	0,03	0,79	0,96	0,00	1,77
52	0,00	0,46	0,83	0,00	1,29
54	0,09	0,97	0,95	0,00	2,01
55	0,00	0,52	0,40	0,00	0,91
57	0,34	0,48	0,33	0,00	1,15
67	0,20	0,81	0,18	0,24	1,43
68	0,13	0,77	0,00	0,41	1,30
88	0,00	0,63	0,66	0,00	1,29
Grand Est	0,14	0,69	0,47	0,12	1,42
France Entière	0,08	0,57	0,63	0,03	1,31

### Un équipement en SSR rapporté à la population insuffisant

.....

**◀◀ Le département de l'Aube présente le plus bas  
taux d'équipement en SSR de la région Grand Est ▶▶**

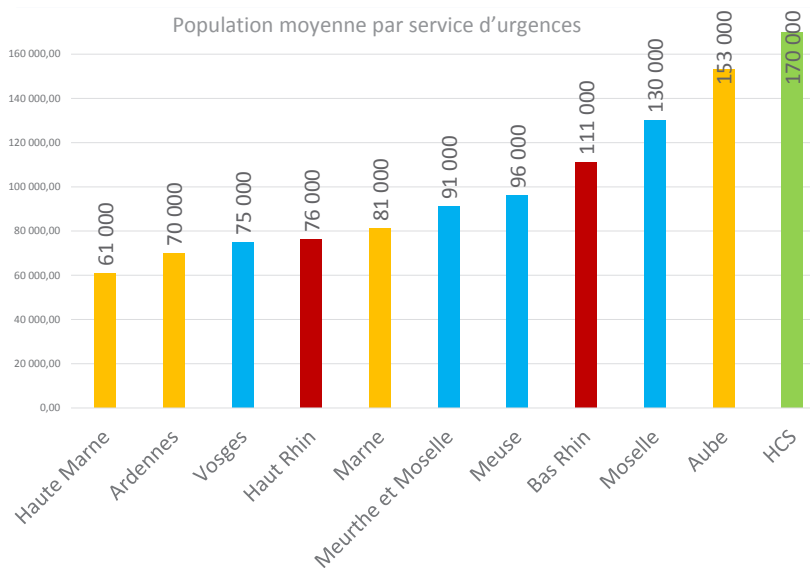
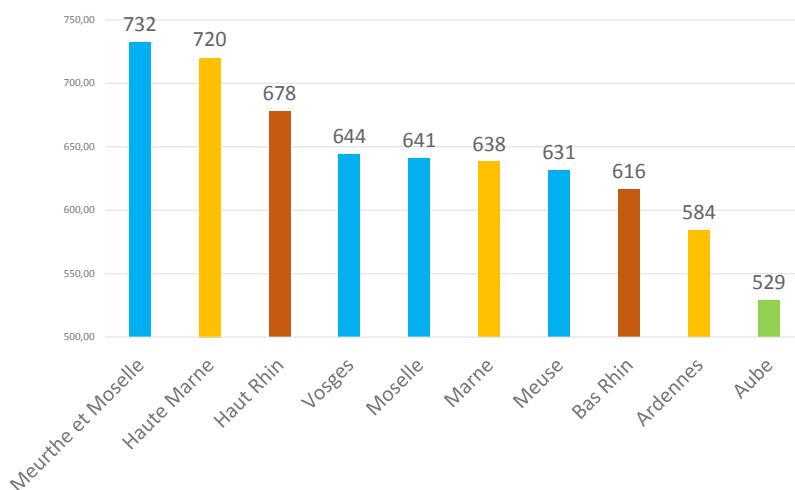
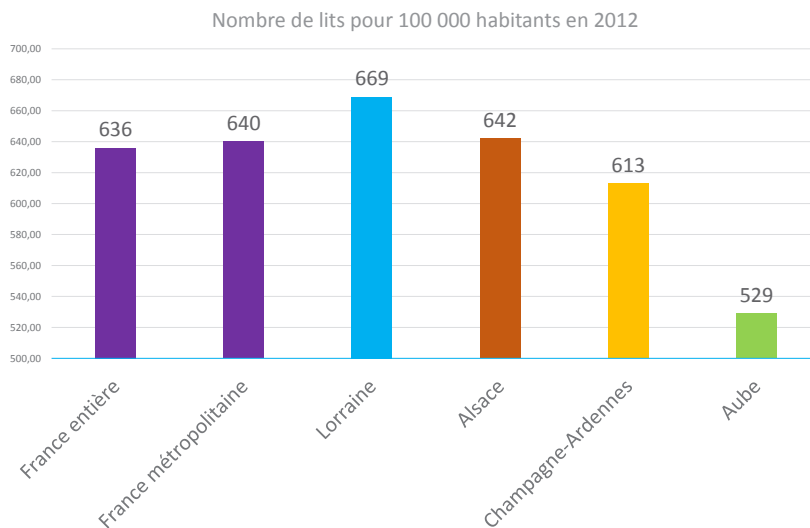
Le territoire champagne Sud dispose de structures de soins de suite et de réadaptation polyvalentes ou spécialisées, qui n'apportent qu'une réponse partielle aux besoins de la population. En effet, au regard des données d'activité PMSI les indicateurs de suivi soulignent des défauts ou insuffisances de recours aux structures SSR. Les DMS MCO supérieures aux DMS nationales dans certaines spécialités s'expliquent en partie par des sorties retardées, en attente de places en SSR.

L'analyse des taux de recours au SSR sur le territoire du GHT fait apparaître une sous-consommation rapportée à la population, qui peut trouver deux facteurs explicatifs : une insuffisance de l'offre ou un taux de fuite important.

Pour le territoire Grand Est le taux de recours est inférieur à celui du niveau national de 10% (466 séjours pour 1000 habitants contre 520 au national). A noter que le département de l'Aube présente le plus bas taux d'équipement en SSR de la région Grand Est : 1,03 lits et places pour 1000 habitants contre 1,63 pour la région Grand Est et 1,80 pour la France métropolitaine (source SAE 2015). Le taux d'équipement de l'Aube passerait à 1,40 si tous les lits et places autorisés en 2010 étaient installés (source : ARS - Bilan des OQOS 2012).

Cette offre insuffisante est comme l'essentiel du plateau technique concentrée sur l'aire troyenne, rendant difficile l'accès aux soins du reste de la population.

**Une offre de soins inférieure aux moyennes nationales et régionales, pour faire face à une demande en soins croissante, en particulier en urgences**



## A.C. Un isolement problématique de l'agglomération troyenne

Le territoire de l'Aube et du Sézannais se caractérise par une agglomération principale isolée. En effet l'établissement MCO le plus proche du CH de Troyes se situe à 1 heure de trajet, et l'établissement le plus proche disposant d'un plateau technique équivalent se situe à 1H30 de trajet. Cette situation est d'autant plus problématique qu'environ la moitié de la population du département réside dans l'agglomération troyenne (environ 150 000 habitants sur 300 000).

Cette configuration sanitaire fait reposer la réponse à toute crise sanitaire uniquement sur le Centre Hospitalier de Troyes, faute d'acteur public ou privé à même d'apporter une réponse conséquente en situation de crise.

### Temps de transport entre l'agglomération troyenne et les établissements MCO dotés d'un plateau technique similaire ou supérieure



## **B. Une opportunité et une ambition : la solidarité des acteurs sanitaires et Médico Sociaux pour maintenir et développer une offre de soins territoriale efficiente**

### **B.A. La constitution des Hôpitaux Champagne Sud et du GHT de l'Aube et du Sézannais dans la continuité des relations de partenariat existantes**

.....  
« *Définir conjointement à l'échelle du territoire la gradation des soins et la complémentarité entre établissements »*»

Face à cette situation problématique, les établissements publics de l'Aube et du Sézannais ont su se fédérer au sein d'une direction commune, réunissant tous les hôpitaux publics du département et d'un bassin de vie de la Marne, autour de Sézanne. La constitution des Hôpitaux Champagne Sud représente ainsi un cas unique en France de GHT composé pour ses établissements membres d'hôpitaux publics en direction commune et dont le territoire couvre plus d'un département. Cette direction commune vise à atteindre une taille critique pour définir conjointement à l'échelle du territoire la gradation des soins et la complémentarité entre établissements.

Au-delà des HCS et de leur direction commune, le GHT de l'Aube et du Sézannais permet de formaliser l'alliance existant entre les secteurs publics et privés dans l'Aube et le Sézannais. En effet les partenaires privés historiques des HCS ont d'emblée souhaiter intégrer le GHT comme établissements partenaires, dans la continuité des relations de partenariats qui permettent aux acteurs sanitaires et sociaux de faire face aux problématiques lourdes et spécifiques à ce territoire.

### **B.B. Une relation de soutien et de subsidiarité**

Les établissements partenaires des HCS ont trouvé dans la constitution du GHT, et dans les autres formes de coopération portées par les mêmes établissements, le support pour asseoir et développer les coopérations existantes. Les établissements privés partenaires des HCS peuvent ainsi compter sur le soutien des HCS, sans pour autant renoncer à leur autonomie.

Le GHT de l'Aube et du Sézannais fonctionne ainsi sur une relation de soutien et de subsidiarité entre acteurs : des coopérations ou actions communes sont engagées entre les établissements partenaires sans que la participation de tous soit systématique, et uniquement en fonction des besoins et choix de chaque établissement.

Cette démarche de soutien se traduit de nombreuses façons. En premier lieu entre les établissements des HCS eux-mêmes, par exemple en maintenant les antennes SMUR de Sézanne (avec l'implication du service des urgences de Romilly-sur-Seine) et Bar-sur-Aube (avec l'implication du service des urgences de Troyes), ou en convenant de la nomination d'un chef de service commun aux maternités de Troyes et Romilly-sur-Seine pour organiser le parcours des patients de gynécologie-obstétrique-périnatalité sur le territoire du GHT.

Le projet OPTIMIPSTIC est une des actions illustrant cette démarche de soutien et de subsidiarité menée conjointement par les acteurs du territoire. Lancé début 2014, avec le soutien de l'ARS et du GCS SIS-CA, le projet décrit des usages innovants pour optimiser le parcours de soins des patients de l'Aube. Il est dès l'origine soutenu par les présidents des 7 ordres départementaux de professionnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes, sages-femmes, dentistes, et podologues).

.....  
« *Une démarche de soutien et de subsidiarité menée conjointement par les acteurs du territoire »*»

Afin de mettre en œuvre les actions identifiées par le projet, le Centre Hospitalier de Troyes puis les Hôpitaux Champagne ont sollicité et obtenu différentes subventions nationales ou européennes (FNADT, Innov' action, FUI, FEDER, etc.), permettant en particulier de mettre à disposition des patients et professionnels partenaires le portail sécurisé ville-hôpital MyGHT. En juin 2017, MyGHT compte 10 000 patients enregistrés et 500 professionnels de santé abonnés, dont 76 pharmacies sur les 95 du bassin de santé, et poursuit son développement.

#### L'usage premier du portail est pharmaceutique :

- Messagerie bidirectionnelle sécurisée pour échanger entre pharmaciens de ville et hospitalier sur les traitements, les médicaments en rupture de stock, les bonnes pratiques et les patients (notamment dans le cadre de la conciliation médicamenteuse),
- Transmission de l'ordonnance de sortie du patient au format électronique au pharmacien de son choix,
- Optimisation du circuit d'approvisionnement des kits d'initiation de lecteurs de glycémie pour réduire la durée d'hospitalisation des patients diabétiques.

#### Progressivement d'autres usages se sont développés :

- Dématérialisation de la fiche de suivi des personnes en situation de handicap,
- Dématérialisation de la fiche de suivi de la personne âgée à domicile,
- Développement du module EHPAD pour permettre un meilleur échange avec la famille du résident,
- Développement d'une application smartphone sécurisée pour les agents des HCS,
- Développement du cahier de liaison informatisé pour un parcours de soins optimisé (CALIPSO).

De nombreux autres usages sont en cours ou en attente de développement, notamment avec l'Ordre des Infirmiers pour optimiser l'accès à l'information des IDE libérales (lancement du projet programmé en septembre 2017).

## C. Une méthode : Pragmatisme, unité, vélocité

### C.A. Pragmatisme

.....  
« Une réponse unique pour l'ensemble du territoire  
permettant de répondre à quatre réalités différentes »

Face à un contexte difficile, les acteurs du GHT de l'Aube et du Sézannais ont adopté une démarche pragmatique pour s'adapter aux réalités du terrain. Ils ont ainsi développé une réponse unique pour l'ensemble du territoire permettant de répondre à quatre réalités différentes :

- Agglomération Troyenne : un important plateau technique mais isolé des autres agglomérations et établissements de santé similaires
- Romilly sur Seine : un bassin de vie en explosion démographique et subissant une démographie médicale très défavorable
- Bar sur Aube et Bar sur Seine : un tissu sanitaire effondré reposant aujourd'hui uniquement sur le centre hospitalier et sur un maillage de médecins libéraux en grande difficulté
- Les autres territoires du GHT, tels le sézannais et le barsequannais, font face à une situation de faible densité démographique mais plus encore médicale

Dans ce cadre les établissements du GHT innovent et coopèrent pour répondre aux besoins de la population. Le travail mené entre établissements pour mettre en œuvre dans une démarche conjointe la charte Romain Jacob illustre cette dynamique. La constitution et le soutien aux maisons médicales, le développement des consultations avancées à Bar-sur-Aube et Bar-sur-Seine, ou encore les actions menées conjointement pour le maintien et le développement de la maternité de Romilly-sur-Seine. Ainsi par exemple des consultations spécialisées sont proposées au CH de Bar-sur-Aube en angiologie, cardiologie, dermatologie, chirurgie viscérale, gastroentérologie, gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale, O.R.L, radiologie, consultation mémoire, algologie et urologie.

## C.B. Unité

Cette démarche pragmatique s'est mise en œuvre dans le cadre d'une démarche institutionnelle, permettant à l'ensemble des communautés médicales et soignantes de définir un projet commun. Cette démarche s'est traduite par l'élaboration d'un projet médico-soignant, conçu comme tel dès l'origine, et élaboré comme un outil opérationnel pour l'ensemble des établissements.

« Un outil opérationnel pour  
l'ensemble des établissements »

## C.C. Vélocité

« Les actions du projet médico-soignant ont été mises en œuvre sans  
délai au fur et à mesure de leur élaboration et leur validation »

L'élaboration de ce projet médico-soignant a commencé dès la constitution de la direction commune des Hôpitaux Champagne Sud, sur la base des nombreuses coopérations existantes. Ce travail s'est déroulé comme une démarche continue, les actions étant mises en œuvre sans délai au fur et à mesure de leur élaboration et leur validation, sans attendre une validation de l'ensemble du document, et faisant l'objet d'une réévaluation permanente.

A ce titre le projet médico-soignant est d'une part déjà en cours de mise en œuvre. Le PMSP pourra être réévalué et modifié en cours de mise en œuvre, afin de viser toujours une qualité des soins et des prises en charge accrues.

## D. La réponse du GHT de l'Aube et du Sézannais à cette situation

### D.A. Cadre juridique

Le cadre juridique dans lequel s'inscrit le projet médico-soignant du GHT de l'Aube et du Sézannais repose notamment sur les éléments suivants :

- Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016
- Loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement
- Décret du 11 mars 2016 relatif à la commission médicale d'établissement, au règlement intérieur et aux fonctions de chefs de services et de responsables de départements, unités fonctionnelles ou structures internes des établissements publics de santé
- Décret du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques dans les

- Décret du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire
- Décret du 2 mai 2017 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L. 6132-3 du code de la santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire
- Convention constitutive du GHT de l'Aube et du Sézannais, signée le 08 juillet 2016
- Avenant n° 1 à la Convention constitutive du GHT de l'Aube et du Sézannais, signé le 17 mars 2017

## D.B. Les valeurs institutionnelles des Hôpitaux Champagne Sud

« Une richesse collective qui illustre notre capacité à travailler, à vivre et à nous épanouir ensemble »

Les Hôpitaux Champagne Sud attachent une attention particulière à l'application de ces valeurs par les professionnels, et à les accompagner dans cette acculturation de GHT.

Le professionnel des HCS, s'engage à respecter les valeurs et les règles de conduites établies au sein des HCS, et en particulier :

- l'égalité d'accès à des soins de qualité
- la continuité et la sécurité des soins, principes fondamentaux du service public
- la neutralité bienveillante, appliquée au quotidien
- le principe de mutabilité ou d'adaptation constante au regard des besoins de santé des usagers du territoire
- la promotion de l'efficacité et de la recherche en soins
- la prise en compte de la dimension éthique dans la prise en charge médico-soignante

Le respect de ces valeurs constitue une richesse collective et illustre notre capacité à travailler, à vivre et à nous épanouir ensemble.

## D.C. Méthodologie utilisée dans l'élaboration du projet médico soignant

« Une adaptation de l'offre de soins aux besoins de la population, assurée par un maillage territorial adapté, une coordination des acteurs et un management par les processus »

Comme prévu par la convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire, le projet médical partagé et le projet de soins partagé du GHT constituent un document unique, dénommé Projet Médico Soignant du GHT de l'Aube et du Sézannais.

Ce projet médico-soignant de territoire répond à une volonté commune des Présidents de Commission Médicale d'Établissement et des Directions de soins des établissements de la direction commune des Hôpitaux Champagne Sud, qui constituent les établissements membres du GHT, de mettre en œuvre une stratégie médicale, soignante et territoriale de prise en charge du patient, commune et graduée, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.



Cette démarche conduit à une adaptation de l'offre de soins aux besoins de la population, assurée par un maillage territorial adapté, une coordination des acteurs et un management par les processus. Ce projet concerne également les établissements partenaires pour les filières correspondant aux activités qu'ils assurent.

Les établissements engagés dans le projet médico-soignant de territoire sont les établissements signataires de la convention constitutive du GHT, rappelés ci-après :

► *Les établissements membres du GHT :*

- Le Centre Hospitalier de Bar sur Aube (siège social situé à Bar sur Aube)
- Le Centre Hospitalier de Bar sur Seine (siège social situé à Bar sur Seine)
- L'Établissement Public de Santé Mentale de l'Aube (siège social situé à Brienne le Château)
- Le Groupement Hospitalier Aube Marne (siège social situé à Romilly sur Seine)
- Le Centre Hospitalier de Troyes (siège social situé à Troyes)
- L'EHPAD Cardinal de Loménie (siège social situé à Brienne le Château)

► *Les établissements partenaires du GHT :*

- L'EHPAD Pierre d'Arcis (siège social situé à Arcis-sur-Aube)
- L'EHPAD Sainte Marthe (siège social situé à Fontaine les grès)
- L'EHPAD Les Tilleuls (siège social situé à Marcilly le Hayer)
- L'EHPAD La Belle Verrière (siège social situé à Bayel)
- L'ASIMAT, Association à but non lucratif (siège social situé à Troyes)
- Le Groupement de Coopération Sanitaire Plateforme d'Aval sur le Territoire Champagne Sud, dont les membres sont :
  - Le Centre Hospitalier de Troyes
  - La Mutualité Française Champagne Ardenne SSAM (HAD) établissement de santé privé d'intérêt collectif (siège social situé à Reims)
  - Le COS Pasteur, Association à but non lucratif (SSR), pour le compte du Centre de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles PASTEUR (siège social situé à Troyes)

► *Contenu du projet médico-soignant du GHT*

Le projet médical du GHT définit la stratégie médicale du GHT. Il comprend notamment l'organisation en filières de parcours de soins et les objectifs en matière d'amélioration de la qualité des soins et sécurité des patients.

Il se décline en filières :

- Filière urgences, chirurgie, réanimation
- Filière cancérologie, soins palliatifs
- Filière soins aux détenus
- Filière neuro vasculaire
- Filière personnes âgées
- Filière gynécologie, obstétrique, périnatalité
- Filière santé mentale : prise en charge des adultes et des enfants
- Réponse aux situations sanitaires exceptionnelles

.....

◀◀ *Le projet médical du GHT définit la stratégie médicale du GHT. Il comprend notamment l'organisation en filières de parcours de soins et les objectifs en matière d'amélioration de la qualité des soins et sécurité des patients* ▶▶

Transversal à chacune de ces filières, le projet de soins partagé est un outil de formalisation des orientations et des objectifs de soins coordonnés, sur lesquels s'appuieront les actions de pratique clinique, d'organisation de soins, de management par la clinique, de gestion des compétences, de formation et de recherche paramédicale.

Il se veut opérationnel et réalisable afin que chaque professionnel se retrouve dans la dynamique impulsée par la mise en place du GHT et le travail avec ses partenaires. Il doit être un fil conducteur pour les soignants et répondre aux attentes des usagers.

Le projet médico soignant du GHT intègre un projet qualité des soins et sécurité des patients, coordonné par l'un des cinq pôles interétablissement des Hôpitaux Champagne Sud, le pôle Evaluations, Sécurité et Qualité des Soins.

Le GHT de l'Aube et du Sézannais est rattaché au CHRU de Reims par une convention d'association, au titre des activités hospitalo-universitaire et de recours. Les Hôpitaux Champagne Sud disposent par ailleurs d'une Unité de Recherche Clinique et de Recherche en Soins (URCRS), dont le projet est intégré au projet médico soignant.

Outre le pôle Evaluations, Sécurité et Qualité des Soins, les Hôpitaux Champagne Sud ont mis en place quatre autres pôles inter-établissements : le pôle Information Médicale, Evaluation et Performance (IMEP), le pôle Pharmacie, le pôle Imagerie médicale et le pôle Biologie médicale Anatomopathologie. Le projet de chacun de ces pôles est présenté dans le présent document.

La mise en œuvre du projet médico-soignant s'appuie sur un système d'information performant et innovant, présenté dans le Schéma Directeur du Système d'Information du GHT.

Enfin, la mise en œuvre du projet médico-soignant du GHT fera l'objet d'une démarche d'évaluation, dont les modalités sont identifiées dans ce document.

.....

**« Les Hôpitaux Champagne Sud ont mis en place cinq pôles  
inter-établissements »**

► *Élaboration du Projet Médico Soignant*

Engagée dès la promulgation de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, et pour partie dès la constitution de la direction commune des Hôpitaux Champagne Sud en juin 2015, l'élaboration du Projet Médical Partagé et du Projet de Soins Partagé s'est déroulée selon une méthodologie présentée à la CME et à la CSIRMT du deuxième trimestre 2016.

Les travaux se sont déroulés jusqu'au deuxième trimestre 2017, en veillant à la cohérence entre Projet Médical Partagé et Projet de Soins Partagé, avec pour cible la présentation d'un document unique. Pour ce faire, un comité de pilotage a été constitué afin d'accompagner l'élaboration du projet médico-soignant du GHT.

Ces travaux ont abouti à la rédaction d'un Projet Médical Partagé, à l'élaboration duquel des médecins et des cadres de santé représentant les spécialités concernés ont participé pour chacune des filières. Ce Projet Médical Partagé est complété par un Projet de Soins Partagé transversal à chacune des filières traitées, ces projets constituant le socle du projet médico soignant de GHT.

Ces travaux ont mobilisé l'ensemble des établissements des HCS et des établissements partenaires du GHT, pour les filières les concernant.

L'ensemble des données quantitatives présentées dans les filières médicales sont issues du PMSI.

## ► *Élaboration du Projet Médical Partagé*

.....  
◀◀ ***Pour chacune des filières, un groupe a été constitué, intégrant un pilote de groupe, des médecins et cadres de santé de chaque établissement référents des spécialités*** ▶▶

Dans le cadre des objectifs et échéances arrêtés par la loi et la réglementation, ainsi que des orientations et axes de travail régionaux, les Hôpitaux Champagne Sud ont identifié les filières à aborder dans le cadre du projet médico-soignant, et leur périmètre précis.

Pour ce faire, les présidents de CME de chaque établissements et les chefs de pôle ont mené une analyse des besoins du territoire, reposant notamment sur les pratiques prioritaires et recommandations de bonnes pratiques. Cette réflexion a systématiquement intégré les possibles complémentarités entre établissements pour la consolidation et la structuration des filières.

- Étape 1 : Objectiver les pratiques actuelles : l'existant
- Étape 2 : Identifier les besoins
- Étape 3 : Identifier les opportunités
- Étape 4 : Définir le rôle de chacun et les interactions

Pour chacune des filières, un groupe a été constitué, intégrant un pilote de groupe, des médecins et cadres de santé de chaque établissement référents des spécialités, ainsi que deux référents du comité de pilotage.

En fonction des filières, des analyses par pathologies (ex : diabète gestationnel) ou des analyses par type de prise en charge (ex : prise en charge en cancérologie ou soins palliatifs) ont été menées par les spécialistes du domaine, avec l'appui du pôle Information Médicale, Evaluation et Performance.

L'analyse de l'existant s'est attachée notamment à l'étude des évolutions concernant les prises en charge, les moyens humains et les équipements. Des données quantitatives ont été fournies pour chaque filière dès l'ouverture des travaux, concernant les évolutions du nombre de séjours, les durées de séjour, les parts de marché, l'attractivité et le taux de fuite sur le territoire.

Ces groupes ont utilisé différents outils, en particulier des grilles d'analyse de l'existant, leur permettant par exemple d'identifier les problématiques de la filière à traiter et les bénéfices attendus, ou encore un diagramme SWOT ou MOFF (menaces, opportunités, forces, faiblesses).

Ces travaux ont veillé à identifier une gradation des soins entre hôpital de proximité, hôpital de référence et hôpital de recours, et ce concernant d'une part le diagnostic et la définition du protocole thérapeutique, et d'autre part la prise en charge du patient.

Les praticiens et cadres de santé participant aux réunions ont pu notamment faire part des éventuelles faiblesses actuelles et des pistes d'améliorations à explorer, afin que l'ensemble des acteurs des établissements apporte une solution collective.

Le travail mené a abouti à l'élaboration d'une feuille de route par filière identifiant les actions à mener, présentée selon un modèle commun à chaque filière et intégrée au présent projet médico-soignant. Pour chacune de ces actions, un ou plusieurs responsables sont identifiés, étant médecins, cadres de santé et/ou directeurs fonctionnels. Les plans d'actions présentent la complémentarité entre établissements, tant établissements membres qu'établissements partenaires du GHT.

La première réunion du groupe de travail a eu lieu en novembre 2015.  
L'avancée des travaux a été régulièrement présentée dans chaque CME des établissements membres.

.....  
**« Le travail mené a abouti à l'élaboration d'une feuille  
de route par filière identifiant les actions à mener »»**

► *Élaboration du Projet de Soins Partagé*

Le cadrage du projet de soins partagé a été défini par le Directeur Général des Hôpitaux Champagne Sud, par une lettre de mission.

Les objectifs fixés dans la lettre de mission étaient les suivants :

- Définir une politique de soins commune
- Définir les organes d'échanges avec les personnels paramédicaux
- Définir les axes de coopération entre les personnels paramédicaux
- Définir les axes de travail.

Un comité de pilotage composé des directeurs des soins et directeurs d'EHPAD a été créé afin de définir une méthodologie de travail, un calendrier et des thématiques de travail.

La réflexion sur la création d'une instance de coordination des soins du territoire a été engagée.

La première réunion du groupe de travail a eu lieu en septembre 2015.

L'avancée des travaux a été régulièrement présentée dans chaque CSIRMT des établissements membres, avant présentation pour avis aux CSIRMT de mai et juin 2017.





# CHAPITRE 1 : OBJECTIFS MÉDICAUX ET ORGANISATION DU PARCOURS DE SOINS PAR FILIÈRE



1.1. Filière Urgences Chirurgie Réanimation .....	23
1.2. Filière Cancérologie, soins palliatifs .....	36
1.3. Filière Soins aux détenus .....	48
1.4. Filière Neuro Cardio Vasculaire .....	52
1.5. Filière Personnes âgées .....	60
1.6. Filière Gynécologie, obstétrique et périnatalité .....	72
1.7. Filière Santé Mentale .....	80
1.8. Réponse aux situations sanitaires exceptionnelles .....	87

## 1.1. Filière Urgences Chirurgie Réanimation

### ► *Eléments de contexte*

Les conditions d'exercice et la démographie médicale en tension au sein des services des urgences ont donné lieu à une nouvelle organisation nationale du temps de travail des urgentistes, avec des déclinaisons locales. Cette réorganisation s'est effectuée dans un contexte d'augmentation importante du nombre de passages annuels aux urgences.

### Evolution du nombre de passages aux urgences

	CENTRE HOSPITALIER DE TROYES		GHAM	
	2015	2016	2015	2016
Nombre de passages aux urgences	53 022	57 279	22 736	22 639

Le bloc opératoire du Centre Hospitalier de Troyes a fait l'objet en 2015 d'un audit concernant l'optimisation de son organisation. Sur cette base depuis 2016 les plages de vacations du bloc opératoire ont été réorganisées afin d'améliorer l'efficacité. Cette réorganisation s'est notamment appuyée sur une analyse des modes d'entrées et de sorties du bloc opératoire.

### Mode d'entrée et de sorties, service de chirurgie

ENTRÉES (Mode d'entrée / Provenance)	EFFECTIFS 2016
Du domicile	60,9%
Avec passage par le service d'accueil des urgences	33,0%
Par mutation depuis une unité de soins de courte durée	5,4%

SORTIES (Mode de sortie / Destination)	EFFECTIFS 2016
Vers le domicile	91,0%
Vers une unité de soins de courte durée	5,0%
Vers une unité de soins de suite et de réadaptation	2,0%
Par décès	0,7%

La capacité en lits de réanimation des HCS est exclusivement localisée au Centre Hospitalier de Troyes, ce qui donne lieu à des transferts depuis les autres établissements. Pour ce qui est des soins continus cette activité est partagée entre le GHAM (unité de surveillance continue du site de Romilly) et le Centre Hospitalier de Troyes.

## Mode d'entrée et de sorties, service de réanimation

ENTRÉES (Mode d'entrée / Provenance)		EFFECTIFS
		2016
Avec passage par le service d'accueil des urgences		49%
Après passage dans une unité de soins de courte durée		42%
Du domicile		9%

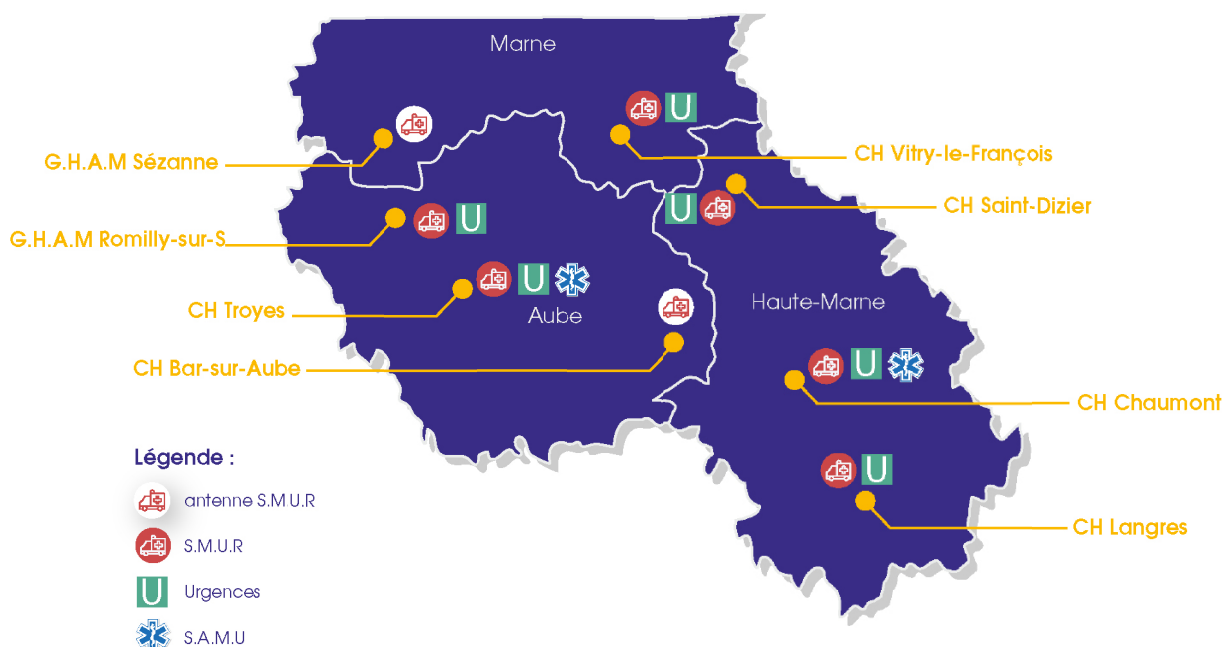
SORTIES (Mode de sortie / Destination)		EFFECTIFS
		2016
Vers une unité de soins de courte durée		77%
Par décès		17%
Vers le domicile		4%
Par transfert vers une unité de soins de suite ou de réadaptation		1%
Par transfert vers une unité de psychiatrie		1%

### ► Enjeux :

L'objectif principal poursuivi est d'assurer un maillage territorial optimal, compte tenu des ressources disponibles au sein du territoire.

L'organisation des soins doit notamment permettre une continuité de la prise en charge et une permanence des soins en mesure de sécuriser chaque parcours.

### Carte plateau service d'accueil des urgences et SMUR





## ► Constats :

L'organisation en équipe territoriale d'urgentistes sur l'ensemble des HCS n'est pas un objectif retenu, compte tenu notamment des effectifs et des organisations de chaque établissement.

Des antennes SMUR sont assurées à Bar-sur-Aube et Sézanne. Il est prévu de maintenir cette activité, considérée comme nécessaire au maillage territorial.

Les équipements et plateaux techniques présents sur le territoire sont performants et suffisants pour répondre aux besoins de cette filière. Seule une problématique a été identifiée, concernant l'absence de possibilité de réalisation d'acte de radiologie interventionnelle pour pratiquer une embolisation, en cas de lésions du bassin, foie ou utérus.

Des difficultés de recrutement placent les établissements et certains secteurs dans une situation de démographie médicale en tension, parfois en-deçà des effectifs minimum nécessaires. Cela est notamment le cas pour certaines spécialités de chirurgie, telles l'urologie, l'ophtalmologie et l'anesthésie.

D'autre part certaines filières doivent être consolidées par des recrutements de praticiens. Il s'agit en particulier de la filière de chirurgie thoracique et de la filière orthopédique. La chirurgie pédiatrique, bien que développée depuis quelques années au sein du Centre Hospitalier de Troyes, présente un bilan inférieur aux résultats attendus, notamment en terme d'adressage ; cette filière doit donc encore être développée.

### Données activité du pôle de chirurgie, rapport d'activité 2015, CH Troyes

#### ■ Activité du bloc opératoire de 2011 à 2015

Nombre d'interventions. Salle Inter. (d'après wingestbloc)

Hors salle externe

	2011	2012	2013	2014	2015
Chirurgie orthopédique et traumatologique	1645	1659	1577	1917	1748
Chirurgie orthopédique et traumatologique Pédiatrie	96	84	38	41	40
Chirurgie urologique	717	853	877	1070	938
Chirurgie vasculaire	1591	1550	1522	1547	1568
Chirurgie viscérale	1176	1213	1189	1082	988
Gastro-Entérologie Hépatologie	666	711	757	776	911
Gynécologie médicale et obstétrique	1676	1537	1644	1657	1586
Ophtalmologie	403	328	250	362	368
Oto-rhino laryngologie	694	581	656	583	563
Sénologie	220	243	245	349	440
Stomatologie	203	194	194	207	197
CP RE					38
Chirurgie pédiatrique					274
Total général	9087	8953	8949	9591	9632

■ Activité du bloc opératoire de 2011 à 2015

Nombre d'interventions. Salle externe (d'après wingestbloc)

Salle externe

	2011	2012	2013	2014	2015
Chirurgie orthopédique et traumatologique	182	141	157	144	146
Chirurgie orthopédique et traumatologique Pédiatrie	8	7	3	4	3
Chirurgie urologique	521	650	733	823	680
Chirurgie vasculaire	6	4	5	10	6
Chirurgie viscérale	226	213	239	227	246
Gynécologie médicale et obstétrique	219	234	266	331	274
Ophthalmologie		1	0		
Oto-rhino laryngologie	453	435	404	393	400
Sénologie	26	40	34	27	46
Stomatologie	1				
Total général	1642	1725	1841	1959	1801

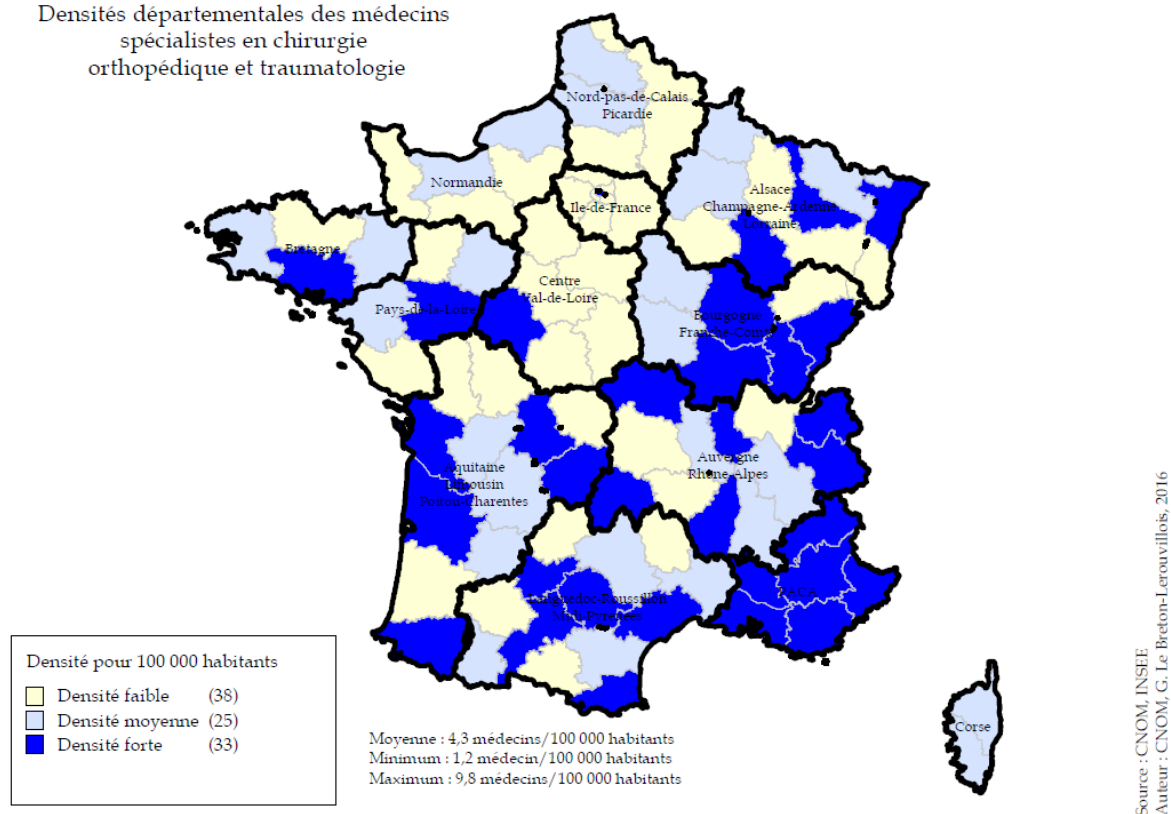
Des pistes d'amélioration ont été identifiées concernant la coordination du parcours patient. Des actions en cours, telles que des staffs pluridisciplinaires et des outils partagés, visent à améliorer la coopération entre les équipes chirurgicales et les urgences d'une part, et les différentes équipes chirurgicales du Centre Hospitalier de Troyes d'autre part. Les équipes concernées travaillent à améliorer la pertinence de l'orientation des patients en service de réanimation depuis les urgences. Enfin, le lien entre les urgences et les services de chirurgie d'une part, et les structures d'aval d'autre part peut être fluidifié, la méconnaissance de l'offre entraînant un sous-recours à certaines structures, en particulier les SSR.

L'accès aux avis de spécialistes est insuffisant et ne permet pas de répondre aux demandes exprimées sur le territoire. Un développement des consultations avancées vise à répondre à ces difficultés.

Le territoire dispose d'une unité de prise en charge des patients cérébrolésés, située au Centre Hospitalier de Bar-sur-Seine. L'analyse du contexte permet d'identifier une insuffisance de lits d'aval pour les patients cérébro-lésés, en particulier à l'issue d'un séjour en unité de réanimation.

## Densités et Variation des densités médecins spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie

Densités départementales des médecins  
spécialistes en chirurgie  
orthopédique et traumatologie



### ► Objectifs généraux :

Au regard des différentes demandes, le maintien et le développement de la chirurgie thoracique constituent des priorités.

La filière neurochirurgie sera d'avantage structurée, en lien avec l'établissement de référence de la région, à savoir le Centre Hospitalier Universitaire de Reims.

La chirurgie pédiatrique sera renforcée afin d'augmenter le nombre de prises en charge au sein du centre hospitalier de Troyes.

La prise en charge des patients traumatisés sévères accueillis aux services des urgences des HCS, et nécessitant une intervention chirurgicale (rachis, thorax, neurochirurgie), sera à structurer en lien avec les équipes d'urgentistes et les équipes chirurgicales.

Le secteur du don d'organes est également impacté par la démographie médicale défavorable, notamment en urologie. Ainsi, cette filière nécessitera un renforcement, notamment par le biais de recrutements ou de partenariats à développer.

Une optimisation du parcours patient et la coordination entre les différents établissements devra permettre d'améliorer les transferts en structure d'aval.

L'utilisation de la télémédecine sera développée afin de renforcer l'accès aux consultations et avis de médecins spécialistes.

Une réflexion concernera spécifiquement les lits de soins continus, dont notamment le renforcement de l'offre sur le site du GHAM à Romilly. Il est par ailleurs prévu de créer une unité de soins continus de chirurgie au sein du centre hospitalier de Troyes.

► *Orientations essentielles retenues :*

Afin d'améliorer la prise en charge d'aval des patients, et de favoriser les sorties directes des patients depuis le service des urgences, il est notamment prévu d'identifier les patients des urgences relevant d'une HAD.

Une problématique de coordination des différents acteurs au sein des établissements ayant été identifiée, les staffs pluridisciplinaires entre chirurgiens et urgentistes seront développés. Concernant la chirurgie, une identification des prises en charge non réalisées sur site et des parcours patients à organiser sera menée par les équipes d'urgentistes et de chirurgiens.

L'activité de prélèvement d'organes doit être préservée sur le territoire. Afin de pallier les difficultés liées aux effectifs médicaux de médecin préleveur, un partenariat avec le secteur privé est envisagé. Cette activité doit notamment être développée dans le cadre d'un réseau opérationnel de proximité de prélèvement d'organes.

La communication et le transfert d'informations entre services d'hospitalisation et services d'aval devront être optimisées afin de sécuriser et de favoriser les parcours patients.

Des actions de communication auprès des médecins prescripteurs de la filière chirurgie pédiatrique, permettront de renforcer la dynamique de cette filière.

Deux axes forts permettront de sécuriser la prise en charge en chirurgie. Il s'agit dans un premier temps d'ouvrir un secteur de soins continus au sein des services d'hospitalisation complète de chirurgie. Et dans un second temps d'assurer le suivi des patients en service d'hospitalisation complète, notamment concernant la gestion des pathologies médicales.

Des secteurs ont été identifiés comme nécessitant un renforcement en lits. Il s'agit en particulier de maintenir les lits d'EVC (état végétatif chronique) au CH de Bar-sur-Seine, mais également de développer des lits d'EVC sur le site de Sézanne du GHAM. D'autre part, il est envisagé de créer une unité de soins continus aux urgences du GHAM site de Romilly.

Le dernier axe retenu comme prioritaire et spécifique à cette filière réside dans l'identification des patients à limitation de soins.

<b>Action 1</b>		<b>Identification des patients des urgences relevant d'une HAD : Identifier des profils de patients</b>
<b>Constats</b>	<p>Les patients des urgences qui pourraient bénéficier d'une prise en charge en HAD ne sont pas toujours identifiés.</p> <p>De plus, il y a des facilités pour prendre en HAD les résidents EHPAD : permettrait sortie rapide vers HAD.</p>	
<b>Actions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Diminuer le temps de passage aux urgences</li> <li>▶ Permettre retour à domicile quand il est possible/souhaitable</li> <li>▶ Diminuer les épisodes de tension hospitalière</li> </ul>	
<b>Calendrier</b>	1er trimestre 2017	
<b>Moyens humains et techniques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Cadre + médecins HAD</li> <li>▶ Rencontrer les médecins et cadres des urgences</li> </ul>	
<b>Complémentarités inter établissement</b>	<p>CHT, GHAM pour le volet urgences</p> <p>GHAM pour HAD</p>	
<b>Complémentarités avec partenaires externes</b>	HAD Mutualité	

<b>Action 2</b>		<b>Identification des résidents EHPAD pouvant bénéficier d'une HAD</b>
<b>Constats</b>	De nombreux résidents d'EHPAD arrivent aux urgences car pas d'anticipation de la conduite à tenir en cas de dégradation.	
<b>Action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Travail à mener avec les médecins coordonnateurs d'EHPAD : identifier les patients et les situations relevant d'une HAD afin d'éviter un transport aux urgences pour des résidents pouvant être gérés à l'EHPAD avec HAD</li> </ul>	
<b>Calendrier</b>	1er semestre 2017	
<b>Moyens humains et techniques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Cadre + médecins HAD</li> <li>▶ Rencontrer les médecins coordonnateurs et directeurs EHPAD de l'Aube et du Sézannais</li> </ul>	
<b>Complémentarités inter établissement</b>	<p>CHT</p> <p>GHAM</p> <p>Bar sur Seine</p> <p>Bar sur Aube</p> <p>Cardinal de Loménie</p>	
<b>Complémentarités avec partenaires externes</b>	<p>HAD Mutualité</p> <p>EHPAD</p>	

**Action 3**      **Communication entre les services d'hospitalisation et les services d'aval : identification des patients à limitation de soins**

<b>Constats</b>	Les situations de limitation de soins ne sont pas identifiées : manque de directives anticipées, absence de directives médicales sur la gestion d'une situation d'urgence, manque de réflexion éthique préalable alors que le patient a déjà été hospitalisé / a des pathologies lourdes connues
<b>Action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Identifier en sortie d'hospitalisation les situations devant conduire à une limitation des soins pour le patient, permettant au médecin traitant / médecin coordonnateur EHPAD d'anticiper ces situations</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	2ème trimestre 2017
<b>Moyens humains et techniques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Informer les médecins des services d'hospitalisation des informations à transmettre au médecin traitant (et au patient + famille) en sortie d'hospitalisation</li> </ul>
<b>Complémentarités inter établissement</b>	Tous les établissements des HCS
<b>Complémentarités avec partenaires externes</b>	<p>HAD Mutualité Clinique Pays de Seine EHPAD médecins traitants</p>

**Action 4**      **Communication entre les services d'hospitalisation et les services d'aval : Transmission des éléments nécessaires à la prise en charge du patient**

<b>Constats</b>	<p>Manque d'informations pour les services d'aval prenant en charge des patients sortant d'hospitalisation : il manque souvent le compte-rendu opératoire, le compte-rendu d'hospitalisation, les consignes de rééducation, etc.</p> <p>Le logiciel Via-trajectoire n'est pas toujours rempli, et s'il est rempli pas toujours réactualisé au moment de la sortie du patient</p>
<b>Action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Disposer des compte-rendu opératoires le jour même</li> <li>▶ Remplir Via trajectoire et le réactualiser si besoin</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	1er semestre 2017
<b>Moyens humains et techniques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Via trajectoire</li> <li>▶ Logiciel édition de CRO</li> <li>▶ Dxbloc</li> </ul>
<b>Complémentarités inter établissement</b>	Tous les établissements des HCS
<b>Complémentarités avec partenaires externes</b>	<p>HAD mutualité Clinique Pays de Seine</p>

<b>Action 5</b>	<b>Faire sortir les patients des services d'hospitalisation avec leur document de sortie</b>
<b>Constats</b>	Les délais d'envoi des courriers de sortie ne sont pas toujours compatibles avec les besoins de la prise en charge des patients (cf indicateurs IPAQSS : délai d'envoi courrier de sortie et présence d'un document de sortie).
<b>Action</b>	▶ Document de sortie obligatoire au 1er janvier 2017 : à remettre aux patients le jour de leur sortie
<b>Calendrier</b>	2ème trimestre 2017
<b>Moyens humains et techniques</b>	▶ Logiciel dossier patient : édition de documents de sortie
<b>Complémentarités inter établissement</b>	Tous les établissements des HCS
<b>Complémentarités avec partenaires externes</b>	HAD mutualité Clinique Pays de Seine

<b>Action 6</b>	<b>Développer l'offre de soins pour les patients cérébro-lésés</b>
<b>Constats</b>	Il y a un besoin de lits d'hospitalisation pour patients cérébro-lésés car offre insuffisante : le nombre des lits de Bar sur Seine est insuffisant
<b>Action</b>	▶ Ouvrir une unité pour prise en charge de patients cérébro-lésés au GHAM : étudier la faisabilité (contraintes techniques, financement, potentiel d'activité : à voir avec IMEP)
<b>Calendrier</b>	2018
<b>Moyens humains et techniques</b>	▶ A étudier
<b>Complémentarités inter établissement</b>	Tous les établissements des HCS

<b>Action 7</b>		<b>Sécurisation de la prise en charge en chirurgie : gestion des pathologies médicales</b>
<b>Constats</b>	Manque de coordination de la prise en charge médicale des patients hospitalisés en chirurgie au CHT : appel des spécialistes mais pas de responsable qui coordonne Manque d'anesthésistes, ils sont affectés en priorité au bloc.	
<b>Action</b>	▶ Recrutement de médecins généralistes pour la chirurgie	
<b>Calendrier</b>	1er semestre 2017	
<b>Moyens humains et techniques</b>	▶ 2 postes médecins généralistes	
<b>Complémentarités inter établissement</b>	CHT	

<b>Action 8</b>		<b>Sécurisation de la prise en charge en chirurgie : USC chirurgicale</b>
<b>Constats</b>	Certains patients hospitalisés en chirurgie nécessitent, soit du fait de leur pathologie, soit du fait de la chirurgie, une prise en charge en soins continus.	
<b>Action</b>	▶ Ouvrir une unité de soins continus chirurgicale, sous la responsabilité des réanimateurs	
<b>Calendrier</b>	Fin 2017	
<b>Moyens humains et techniques</b>	▶ Personnel médical : anesthésistes et réanimateurs en collaboration avec le service de réanimation polyvalente ▶ Personnel paramédical formé locaux à aménager au 5ème étage NBH	
<b>Complémentarités inter établissement</b>	CHT	



Action 9	Prise en charge traumatisés sévères
<b>Constats</b>	<p>Pas de trauma center dans l'Aube, manque de plateau technique et de spécialités médico-chirurgicales pour la prise en charge des traumatisés sévères (pas de neuro-chirurgie, pas de possibilité d'embolisation artérielle) les patients sont transférés hors de la région.</p> <p>Arrivée de chirurgiens au CHT : orthopédie, rachis, chirurgie thoracique et consultations neuro-chirurgie</p>
<b>Action</b>	<p>▶ Définir les modalités de prise en charge locale des traumatisés sévères : groupe de travail urgentistes /anesthésistes /chirurgiens /réanimateurs</p>
<b>Calendrier</b>	1er semestre 2017
<b>Complémentarités inter établissement</b>	<p>CHT GHAM</p>
<b>Complémentarités avec partenaires externes</b>	<p>CHU Reims autres établissements ressource hors région</p>

Action 10	Développement activité chirurgie pédiatrique
<b>Constats</b>	<p>La file active des patients en chirurgie pédiatrique est faible : activité mal connue, mal identifiée des médecins traitants et correspondants.</p>
<b>Actions</b>	<p>▶ Rencontrer les médecins libéraux et correspondants pouvant adresser des enfants relevant d'une indication de chirurgie pédiatrique</p> <p>▶ Communiquer sur la filière</p>
<b>Calendrier</b>	2ème semestre 2017
<b>Complémentarités inter établissement</b>	<p>CHT GHAM Bar sur Aube (antenne SMUR)</p>
<b>Complémentarités avec partenaires externes</b>	<p>Clinique Pays de Seine médecins libéraux Cliniques de l'Aube CHU Reims</p>

Action 11	Développement réseau opérationnel de proximité de prélèvement d'organes
<b>Constats</b>	Prélèvements d'organes autorisés au CHT et recensement des décès Cristal Action en place au GHAM.
<b>Action</b>	▶ Développer le réseau opérationnel de proximité avec les établissements des HCS, signer la convention ROP, recenser les décès et comas graves et donneurs potentiels
<b>Calendrier</b>	1er semestre 2017
<b>Moyens humains et techniques</b>	▶ Réseau de la coordination
<b>Complémentarités inter établissement</b>	Tous les établissements des HCS
<b>Complémentarités avec partenaires externes</b>	Clinique Pays de Seine Cliniques de l'Aube CHU Reims

Action 12	Développer l'offre de soins en USC
<b>Constats</b>	Les lits de réanimation polyvalente du CHT sont saturés, il faudrait pouvoir offrir des places en USC aux patients ne relevant pas de la réanimation.
<b>Action</b>	▶ Ouvrir une unité de surveillance continue gérée par les urgentistes au GHAM en liaison avec la réanimation polyvalente du CHT : étudier la faisabilité (contraintes techniques, financement, potentiel d'activité : à voir avec IMEP)
<b>Calendrier</b>	2019
<b>Moyens humains et techniques</b>	▶ Personnels médicaux et para-médicaux correspondants
<b>Complémentarités inter établissement</b>	CHT GHAM

**Action 13****Traçabilité des avis spécialisés / télémedecine****Constats**

Les avis spécialisés demandés par téléphone auprès de correspondants extérieurs (en particulier la neuro-chirurgie) ne sont pas formalisés ni écrits, risque de mauvaise compréhension/ interprétation, pas de traçabilité dans dossier

**Action**

développer un outil de télémedecine permettant la traçabilité des avis + procédure de demande d'avis

**Calendrier**

1er semestre 2018

**Moyens humains et techniques**

▶ Outil de télémedecine

**Complémentarités inter établissement**

tous les établissements des HCS

**Complémentarités avec partenaires externes**

CHU Reims  
Autres établissements ressource hors région

**Action 14****Poursuivre la montée en charge de la chirurgie ambulatoire****Constats**

L'attente des patients pour des prises en charge ambulatoires se confirme chaque jour davantage. Ce mode de prise en charge améliore également leur sécurité (baisse des infections nosocomiales). Le CH de Troyes est le seul établissement du GHT à pratiquer la chirurgie ambulatoire.

**Action**

▶ Développer l'ambulatoire dans ses différentes composantes, améliorer le parcours des patients et des prises en charge, et accompagner l'impact de ces transformations sur les unités d'hébergement et l'organisation hospitalière.  
▶ Les consultations avancées sont un moyen important pour améliorer les taux de recours.  
▶ L'établissement doit parvenir à un taux de chirurgie ambulatoire de 66.2% d'ici 2020 (cible nationale).

**Calendrier**

2017-2020

**Moyens humains et techniques**

l'UCA est dimensionnée pour résorber cette montée en charge.

**Complémentarités inter établissement**

CH de Troyes/CH Bar sur Aube/CH Bar su Seine/GHAM

## 1.2. Filière Cancérologie, soins palliatifs

### ► *Éléments de contexte :*

Les pathologies tumorales représentent un enjeu de santé publique majeur tant par leur recrudescence que par l'évolution des techniques de traitement.

Les activités de traitement sont soumises au respect de seuils fixés dans le cadre des autorisations de traitement du cancer. Concernant le territoire de l'Aube et du Sézannais, le Centre Hospitalier de Troyes est porteur des autorisations de traitement de cancer par chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie.

### Part de marché de la filière cancérologie (radiothérapie + chimiothérapie) Données Activité 2015

Établissement	Type	Part de marché
CH DE TROYES	Public	43,25 %
INSTITUT GUSTAVE ROUSSY	Public	13,41 %
CENTRE GEORGES-FRANCOIS LECLERC	Public	5,38 %
CHR DE REIMS	Public	3,92 %
INSTITUT JEAN GODINOT	Public	3,56 %
HU-P.SALPETRIERE SITE SALPETRIERE-APHP	Public	3,19 %
HU-SAINT LOUIS SITE SAINT LOUIS - APHP	Public	2,55 %
CLCC INSTITUT CURIE	Public	2,55 %
HU-PARIS SUD SITE PAUL BROUSSE APHP	Public	2,37 %
POLYCLINIQUE COURLANCY - REIMS	Privé	2,1 %
CHU DE DIJON	Public	1,92 %
HU-PARIS CENTRE SITE COCHIN APP	Public	1,92 %
HU-EST PARISIEN SITE ST ANTOINE APHP	Public	1,82 %
CH SENS	Public	1,37 %
HL BAR SUR AUBE	Public	1,19 %

► *Enjeux :*

Le Centre Hospitalier de Troyes étant seul porteur d'autorisation de traitement du cancer parmi les établissements des Hôpitaux Champagne Sud, il est nécessaire de renforcer et favoriser l'accès aux soins de tous les patients du territoire, afin d'assurer un maillage territorial et une offre graduée de soins de cancérologie.

**Évolution du nombre de séjours au sein du Centre Hospitalier de Troyes**

pratiques	Nombre de séjours			
	2013	2014	2015	2016
Radiothérapie externe	9863	9961	9 409	9 154
Chimiothérapie	7426	7035	5 628	5 383
chimiothérapie ambulatoire en hospitalisation de jour	6902	6417	5 141	5 057
Total	17552	17341	15 399	14 925

Le développement de prises en charge de proximité, et notamment d'accès aux médecins spécialistes, représente un caractère prioritaire pour le territoire.

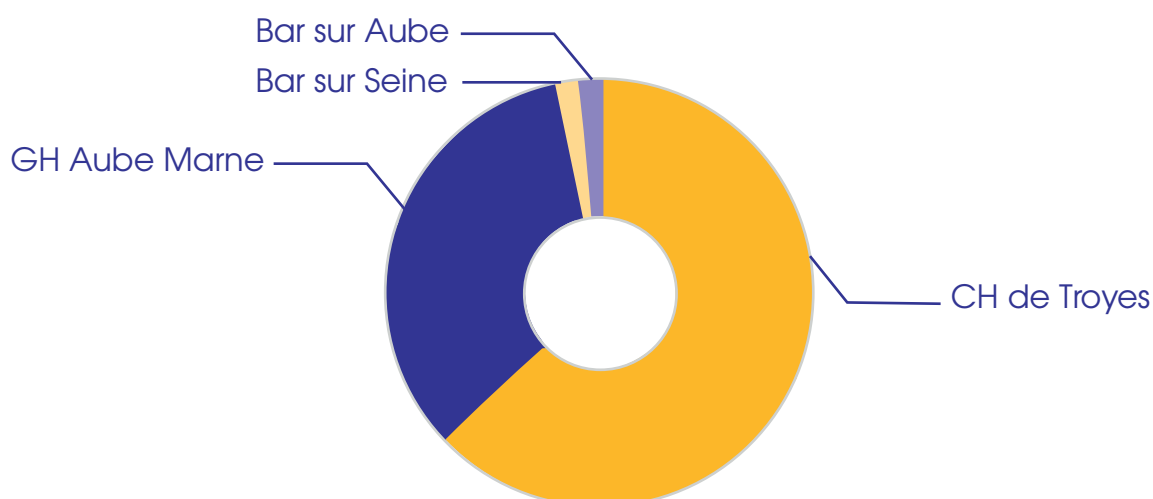
L'articulation et la coordination entre les différents acteurs de prise en charge revêtent un intérêt particulier. D'autre part, il est à noter que les activités de soins palliatifs sont partagées entre les équipes du GHAM et du CH de Troyes.

Concernant les prises en charge palliatives, elles reposent notamment sur une démarche de développement des politiques de formation notamment avec les partenaires externes (EHPAD et HAD).

► *Constats :*

L'analyse de l'existant a permis d'identifier le potentiel de développement du GHT concernant les prises en charge de cancérologie et de soins palliatifs. En effet, les établissements permettent d'offrir une prise en charge complète en cancérologie, de la phase de diagnostic au traitement, ainsi que la post-hospitalisation et la prise en charge de la fin de vie, en institution ou au domicile.

**Activité des Soins palliatifs du GHT**



## Évolution de l'activité au sein des unités de soins palliatifs

Libellé	CENTRE HOSPITALIER DE TROYES		GROUPEMENT HOSPITALIER AUBE MARNE (GHAM)	
	2015	2016	2015	2016
UNITE SOINS PALLIATIFS/ LISP	301	267	129	125

Les techniques de prises en charge en cancérologie s'adaptent aux évolutions en ce domaine. L'équipe de radiothérapie a ainsi intégré la modulation d'intensité, et la prise en charge des chimiothérapies évolue vers les thérapies orales.

Des interventions coordonnées sont en place concernant les soins palliatifs, pour lesquels une répartition du territoire a été définie entre les équipes du GHAM et du CH de Troyes. Les deux équipes mobiles disposent de conventions permettant de garantir le lien avec les établissements externes. Par ailleurs, les prises en charge en soins palliatifs pédiatriques sont assurées en coordination avec l'équipe du CHRU de Reims.

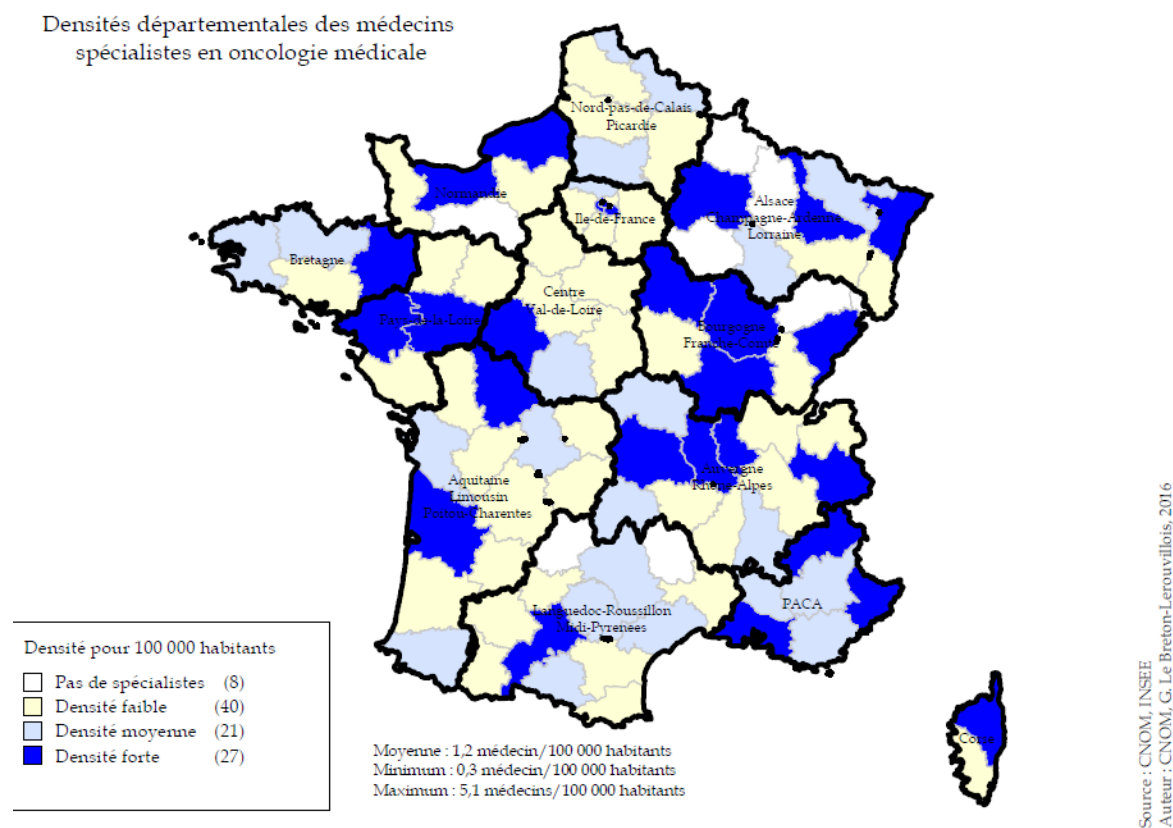
Concernant les problématiques rencontrées, les difficultés de recrutements médicaux sont notables, pour les secteurs de soins palliatifs, d'oncologie et de radiothérapie.

Des activités sont en cours de développement et doivent être consolidées. Il s'agit notamment de l'activité d'onco-gériatrie, qui pour le moment est réalisée à Troyes via des consultations et plus récemment via des prises en charge en HDJ de gériatrie. L'activité de recherche clinique est en pleine expansion pour le secteur de cancérologie, et s'est intensifiée via la mise en place d'une unité de Recherche Clinique et de Recherche en Soins aux Hôpitaux Champagne Sud.

L'acquisition du TEP scan permettra d'optimiser les activités de diagnostic, et répondra à un besoin non encore pourvu sur le territoire. Les patients sont en effet transférés à Reims pour la réalisation de cet examen.

Au regard des durées de séjour, croissantes pour le secteur de cancérologie, et des problématiques d'aval d'hospitalisation, il apparaît nécessaire d'orienter la coordination des activités vers une prise en charge de parcours, et notamment de fluidifier les prises en charge entre service d'hospitalisation, service de soins palliatifs et services d'aval, HAD et SSR.

## Densités et Variation des densités des médecins spécialistes en oncologie médicale



A noter que les Hôpitaux Champagne Sud comptent désormais un spécialiste en oncologie médicale et plusieurs spécialistes en oncologie-radiothérapie.

Le pôle cancérologie du CH de Troyes compte par ailleurs des médecins spécialistes (pneumologie et hématologie) ayant une qualification en oncologie.

### ► Objectifs généraux :

Le parcours de soins en cancérologie est complexe, le patient est en effet amené à fréquenter plusieurs services et ainsi rencontrer les différents acteurs de prise en charge. La coordination et la fluidification du parcours sont donc des clés d'organisation. Il convient alors de notamment de renforcer en lien avec les structures d'aval, les prises en charge en rééducation mais également le lien avec la ville et les hospitalisations à domicile, mais également en intra hospitalier de favoriser et de développer l'accès aux avis de spécialiste.

Le secteur d'hématologie sur le territoire a été confronté à une réduction d'activité du fait d'une équipe médicale en restructuration ainsi une consolidation de l'offre de soins de cette spécialité sera réalisée à partir de 2017 sur le site du centre hospitalier de Troyes.

L'activité de soins palliatifs s'intensifie notamment en dehors du secteur dédié, en effet, il est noté des patients relevant de soins palliatifs dans les services de médecine et de SSR des différents établissements du GHT. Il est alors apparu nécessaire de consolider les activités en Lits Identifiés Soins Palliatifs (LISP). Le lien entre les services de médecine et les secteurs de soins palliatifs, unités fixes et unités mobiles doit s'appuyer sur une communication et une collaboration optimale, pour faciliter les transferts ou optimiser les prises en charge en LISP.

► *Orientations essentielles retenues :*

Le renforcement du lien avec les structures de SSR doit permettre de fluidifier le parcours du patient, et notamment d'offrir des possibilités d'aval pour les services d'hospitalisation complète. Afin d'optimiser le circuit, il est envisagé d'identifier des interlocuteurs privilégiés dans le cadre des transferts de patients au sein des structures d'aval.

Concernant l'accès aux avis de spécialistes, ils seront formalisés via des demandes d'avis type ; une fiche par spécialité - pneumologie et oncologie - sera établie. Les consultations avancées déjà en place seront élargies à d'autres secteurs, notamment celui de Bar sur Aube.

Il a été mis en évidence des problématiques d'accueil des patients présentant des pathologies carcinologiques en soins de suite et réadaptation. Ainsi compte tenu du profil particulier de ces patients, il est envisagé de développer une prise en charge plus spécifique, par la création ou la reconnaissance de lits de soins de suite et de réadaptation spécialisés en cancérologie.

L'évolution des thérapeutiques, notamment les chimiothérapies orales qui prennent une place prépondérante dans les traitements en cancérologie, nécessite une attention particulière. Ainsi un programme d'éducation thérapeutique sera développé afin d'encadrer cette pratique, et permettra notamment d'offrir aux patients un accompagnement adapté. Le secteur d'hématologie sera consolidé par le recrutement de médecins hématologues et la réouverture d'un service d'hospitalisation complète au sein du centre hospitalier de Troyes. Cela permettra d'offrir de nouveau sur le territoire l'accès à des activités d'hospitalisation complète d'hématologie **oncologique et non oncologique**.

L'accès aux services de soins palliatifs étant à consolider, différentes actions seront menées en ce sens. Elles consisteront en premier lieu à anticiper et à intégrer au plus tôt les patients le nécessitant dans la filière palliative. Dans ce cadre, les démarches de sollicitation de l'UMPAS pourront se faire également lors des consultations et consultations avancées.

Des prises en charge palliatives ayant lieu en-dehors des services dédiés, des lits seront identifiés à Bar-sur-Aube et Bar-sur-Seine. Cette reconnaissance permettra d'attribuer les moyens adaptés.

Au-delà de la mise en place de lits identifiés en soins palliatifs, il est nécessaire de renforcer la communication et l'échange entre les équipes de soins palliatifs et les équipes des services de médecine, afin d'identifier les patients relevant de soins palliatifs, et de coordonner au mieux leur prise en charge.

L'accompagnement en soins palliatifs repose également essentiellement sur la formation des personnels. Des actions de formation seront proposées en ce sens au personnel des EHPAD et HAD du territoire.

Concernant les soins de supports et les prises en charge complexes, une plateforme d'appui sera organisée, avec identification d'un poste d'infirmier coordinateur, qui s'inscrira dans le prolongement du dispositif d'annonce déjà établi.



Action 1	Interlocuteurs privilégiés en SSR GHT
<b>Constats</b>	Logiciel via trajectoire mis en place mais demande de la part des équipes de renforcer le lien via des échanges pour les cas complexes
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Diminution des durées de séjours en médecine</li> <li>▶ Offrir la prise en charge la plus adaptée au patient sur le territoire</li> </ul>
<b>Actions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Recensement des lits sur le secteur rencontre entre les différents acteurs pôle oncologie service de ssr Fiche de poste référents</li> <li>▶ Annuaire des référents - mode de sollicitation, bilan chiffré évaluation des besoins et causes de refus / organiser des visites de site</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	2017
<b>Complémentarités inter établissement</b>	Bar sur Aube Bar sur Seine GHAM Troyes

Action 2	Formaliser les demandes d'avis de spécialistes
<b>Constats</b>	Examens ou évaluation patient non complète pour sollicitation d'avis.
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Faciliter les échanges entre les médecins et diminuer les délais de prises en charge par les spécialistes</li> </ul>
<b>Action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Réalisation de fiche de suivi patient de pneumologie et patient d'oncologie</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	2017
<b>Moyens humains et technique</b>	Fiche de suivi / Dx care
<b>Complémentarités inter établissement</b>	Bar sur Aube Bar sur Seine GHAM Troyes

<b>Action 3</b>		<b>Identification de lits SSR oncologie / ou création</b>
<b>Constats</b>	Déficit structures d'aval pour les patients de cancérologie / problématiques de sortie	
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Organiser la prise en charge pour les patients dont l'état clinique nécessite un suivi quotidien par un médecin qualifié,</li> <li>▶ Ou assurer la surveillance quand les contraintes thérapeutiques, sociales ou l'éloignement territorial ne permettent pas un retour rapide au domicile</li> </ul>	
<b>Actions</b>	▶ Bilan, profil patient, nombre évaluation du besoin et formalisation dossier d'autorisation	
<b>Calendrier</b>	2019	
<b>Moyens humains et technique</b>	Médecin formé personnel paramédical formé en oncologie	

<b>Action 4</b>		<b>Renforcer les liens avec les soins palliatifs</b>
<b>Constats</b>	Patients relevant de soins palliatifs, et équipe de soins palliatifs non sollicitée ou sollicités dans des délais restreints	
<b>Objectifs</b>	▶ Adéquation des besoins des patients avec l'offre diminution des durées de séjours dans les services augmentation des taux d'occupation des services de soins palliatifs	
<b>Actions</b>	▶ Rencontre équipe soins palliatifs équipes médicales et paramédicales rappel des critères d'inclusions	
<b>Calendrier</b>	2017	
<b>Moyens humains et techniques</b>	▶ Médecin formé en soins palliatifs 2 ETP	
<b>Complémentarités inter établissement</b>	USP et UMASP Romilly USP UMASP Troyes	

Action 5	Renforcer les liens avec l'HAD
<b>Constats</b>	Peu de sorties HAD, demande d'HAD sans réponse, méconnaissance des critères HAD
<b>Objectifs</b>	▶ Augmenter les retours à domicile dans les meilleures conditions possibles
<b>Actions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Mise en place d'un cadre de liaison HAD service d'hospitalisation</li> <li>▶ Identification de profils types HAD par service travail entre la cadre et les équipes</li> </ul>
<b>Complémentarités inter établissement</b>	HAD GHAM mutualité

Action 6	Mises en place de consultations avancées
<b>Constats</b>	Une consultation avancée à Romilly (pneumologie, oncologie) qui répond partiellement aux besoins, pas de consultation avancée à Bar sur Aube et Bar sur seine et besoins identifiés
<b>Objectifs</b>	▶ Renforcer les dépistages ou suivi et prises en charge post cancérologie sur le territoire, permettre l'accès aux différents plateaux techniques
<b>Actions</b>	▶ Mise en place d'une seconde consultation de pneumologue à Romilly, mise en place d'une consultation d'hématologie à Romilly, mise en place de cs avancées de pneumologues à Bar sur Seine Bar sur Aube
<b>Calendrier</b>	2018/2019 selon les recrutements
<b>Moyens humains et techniques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 1 ETP médecin pneumologue</li> <li>▶ 1 ETP médecin oncologue</li> <li>▶ Médecin hématologue</li> </ul>
<b>Complémentarités inter établissement</b>	Ch de Troyes Bar sur Aube Bar sur Seine GHAM

<b>Action 7</b>		<b>Education thérapeutique traitement chimio orale</b>
<b>Constats</b>	Modification des pratiques de prises en charge développement des chimio orales / traitement intraveineux	
<b>Objectifs</b>	▶ Développer des consultations et le suivi des patients traités par chimio orales ou IV	
<b>Actions</b>	▶ Formation du personnel formalisation du programme éducation thérapeutique / consultations multidisciplinaires	
<b>Calendrier</b>	2019	
<b>Moyens humains et techniques</b>	Moyens IDE / pharmacien => programme ETP	
<b>Action 8</b>		<b>Possibilités de solliciter via les cs avancées de spécialités l'UMASP</b>
<b>Constats</b>	Pratique à renforcer réalisée en oncologie : sollicitation de l'UMASP par les spécialistes lors des cs	
<b>Objectifs</b>	▶ Fluidifier le parcours patient	
<b>Actions</b>	▶ Coordonner les cs avec présence des acteurs UMAPS/USP	
<b>Calendrier</b>	2019	
<b>Moyens humains et techniques</b>	ETP médicaux soins palliatifs	
<b>Action 9</b>		<b>Identifier des LISP Bar sur Aube Bar sur Seine</b>
<b>Constats</b>	Patient relevant de soins palliatifs pris en charge dans les services de Bar sur Aube et Bar sur seine	
<b>Objectifs</b>	▶ Valoriser et optimiser la prise en charge de ces patients sur site	
<b>Actions</b>	▶ Réaliser un bilan : nombre de patients, profil des patients, liens avec les critères d'inclusion en soins palliatifs	
<b>Calendrier</b>	2017	
<b>Moyens humains et techniques</b>	▶ Recommandations LISP (Référénts médicaux paramédicaux, formation SP accès psychologue) locaux adaptés	
<b>Complémentarité inter établissements</b>	Bar sur Seine Bar sur Aube UMASP TROYES	

<b>Action 10</b>	<b>Formation du personnel paramédical de ville</b>
<b>Constats</b>	Volonté de renforcer les prises en charge au domicile, adaptation des compétences nécessaires
<b>Objectifs</b>	▶ Optimiser les prises en charge et renforcer les compétences au domicile
<b>Action</b>	▶ Formation par les équipes de l'UMASP des personnels exemples HAD SSIAD IDEL ...
<b>Calendrier</b>	2017-2021
<b>Complémentarités inter établissement</b>	HAD GHAM
<b>Complémentarités avec partenaires externes</b>	HAD mutualité SSIAD

<b>Action 11</b>	<b>Maillage avec EHPAD</b>
<b>Constats</b>	Des partenariats sont déjà établis avec les établissements du territoire
<b>Objectifs</b>	▶ Connaissances des partenariats en place pour chaque structure
<b>Action</b>	▶ Lister de façon exhaustive les partenariats en cours (publiques/ privées). Actions de formation auprès des personnels
<b>Calendrier</b>	2017-2021
<b>Complémentarités inter établissement</b>	HAD GHAM TROYES
<b>Complémentarités avec partenaires externes</b>	EHPAD

Action 12		Rencontre entre les équipes de SP et les services de médecine
<b>Constats</b>	Insuffisance de sollicitation	
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Renforcer les transferts en USP pour les patients le nécessitant ou adaptation de la prise en charge dans le service (LISP) ou prise en charge pour un suivi au domicile</li> </ul>	
<b>Action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Rencontre entre les équipes de SP et les services de médecine : neurologie, cardiologie, neurovasculaire , pneumologie ...</li> </ul>	
<b>Calendrier</b>	2018/2019	
<b>Complémentarités inter établissement</b>	CHT GHAM Bar sur Aube Bar sur Seine UMASP GHAM TROYES	
Action 13		Plateforme de soins de support
<b>Constats</b>	Accès aux soins de support insuffisant ou difficultés de coordination	
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Renforcer l'accès des patients aux soins de supports</li> <li>▶ Améliorer la communication entre les professionnels (ville/ hôpital/ médicaux / paramédicaux)</li> <li>▶ Mieux anticiper les situations à risque</li> <li>▶ Evaluer l'adéquation entre les besoins et l'offre de soins</li> </ul>	
<b>Actions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Création d'un poste de coordinateur de parcours, évaluer l'offre actuelle en soins de support et les ressources de chaque établissement</li> <li>▶ Création d'un outil d'évaluation de critères de fragilité permettant pour certains patients de réaliser un staff pluridisciplinaire</li> </ul>	
<b>Calendrier</b>	2019	
<b>Moyens humains et techniques</b>	IDE coordinatrice parcours patient	
<b>Complémentarités inter établissement</b>	Bar sur Aube Bar sur Seine GHAM CHT	
<b>Complémentarités avec partenaires externes</b>	Lien avec la ville (ex esthéticienne, psychologue de ville, coiffeur.....)	

Action 14	Développement d'un secteur d'hospitalisation complète d'hématologie clinique
<b>Constats</b>	Besoins identifiés non pourvus
<b>Objectifs</b>	▶ Développer l'hospitalisation complète, prises en charge des chimiothérapies longues, prises en charge des pathologies hématologiques non tumorales
<b>Action</b>	▶ Création de lits d'hospitalisation complète d'hématologie, définition des modalités de prises en charge, projet médical et de soin
<b>Calendrier</b>	2018
<b>Moyens humains et techniques</b>	▶ Constitution équipe IDE AS
<b>Complémentarités inter établissement</b>	Bar sur Aube Bar sur Seine GHAM Troyes
<b>Complémentarités avec partenaires externes</b>	Médecins de ville

## 1.3. Filière Soins aux détenus

### ► Enjeux :

Les unités sanitaires du Centre de Détention de Villenauxe, de la Centrale de Clairvaux, et de la maison d'arrêt de Troyes, sont sous la responsabilité administrative et médicale du Centre Hospitalier de Troyes. Les prises en charge sont réalisées au sein des unités sanitaires, à l'exception des prises en charge de recours qui ont lieu dans les différents établissements des Hôpitaux Champagne Sud.

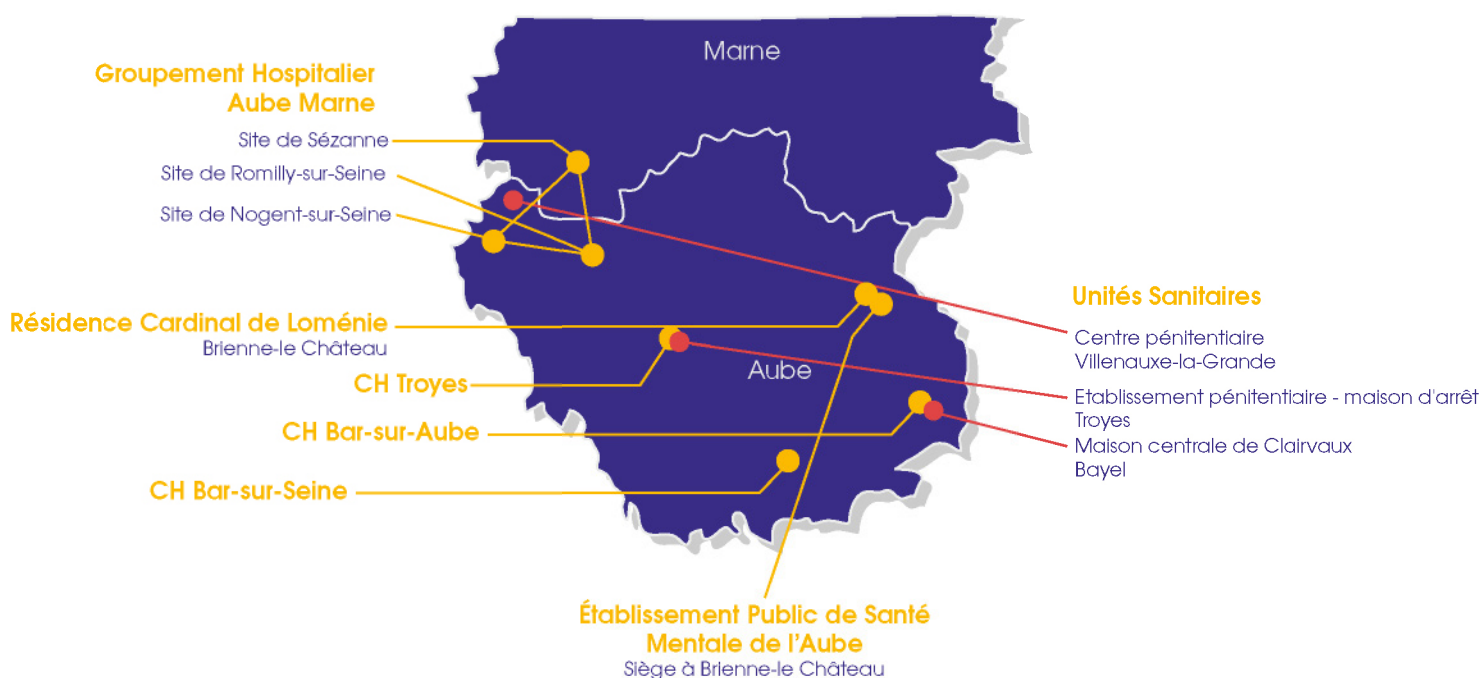
Le suivi des addictions, les actions de prévention ainsi que les actions de dépistage du cancer du côlon, de la tuberculose et des hépatites sont réalisés par les médecins au sein des unités sanitaires de Clairvaux et Villenauxe.

Les détenus sont également accueillis en consultations externes au CH de Troyes et au GHAM (site de Romilly), ainsi qu'en urgences aux Centres Hospitaliers de Troyes, Romilly et Bar-sur-Aube, hors urgences vitales pour ce dernier.

Concernant les examens d'imagerie et les plateaux techniques, l'offre est accessible au Centre Hospitalier de Troyes et au GHAM (site de Romilly). Des examens d'échographie, scanner et radiologie sont proposés à Bar sur Aube. L'EPSM de l'Aube assure la prise en charge psychiatrique des personnes détenues.

L'EPSM de l'Aube assure la prise en charge psychiatrique et psychologique des personnes détenues.

### Carte des unités sanitaires de l'Aube et les établissements des Hôpitaux Champagne Sud



### ► Constats :

Concernant les effectifs médicaux et paramédicaux, il est à noter des difficultés de recrutement, en particulier concernant les médecins généralistes et psychiatres, ainsi que les psychologues, du fait du lieu d'exercice particulier, auquel s'ajoute la pénurie actuelle de psychiatres dans le département.



Il est également difficile d'obtenir un accès aux consultations de médecins spécialistes, pour des pathologies dont relèvent fréquemment les personnes détenues, plus particulièrement en dermatologie, anesthésie et psychiatrie.

La prise en charge des personnes détenues, en hospitalisation et en consultation, est définie par une organisation établie entre les services pénitentiaires et les hôpitaux. Au regard du nombre important d'extractions des personnes détenues, il convient d'améliorer la coordination entre équipes sanitaires et pénitentiaires, afin de s'adapter aux exigences et contraintes de chacun. Ainsi la programmation des activités hospitalières doit dans la mesure du possible intégrer les impératifs des personnels pénitentiaires.

D'autre part, compte tenu du déficit de temps de médecins psychiatres au sein de l'EPSMA les prises en charge psychiatriques ne peuvent répondre à l'ensemble des besoins exprimés dans cette filière.

#### ► *Objectifs généraux :*

Compte tenu de la population spécifique à cette filière il semble primordial de renforcer l'accès aux soins ainsi qu'au dépistage. Il est pour cela prévu de renforcer l'accès aux plateaux techniques d'imagerie, notamment sur le site du GHAM à Romilly.

Compte tenu des problématiques évoquées concernant les contraintes des unités sanitaires et des personnels pénitentiaires, celles-ci seront communiquées et prises en compte par les établissements pour la programmation des activités hospitalières concernant les personnes détenues.

#### ► *Orientations essentielles retenues :*

Afin de renforcer l'accès aux soins, l'orientation est prise de renforcer les consultations avancées de médecins spécialistes et notamment au GHAM, site de Romilly. Il est également retenu de renforcer le plateau technique d'imagerie de Romilly, par l'installation d'une IRM à Romilly, limitant ainsi les transferts à Troyes pour ces examens.

Ce renforcement des consultations avancées n'est envisagé que pour certaines spécialités, compte tenu de la démographie médicale et afin de limiter les déplacements entre établissements. En complément, il est prévu de développer la télémédecine, notamment pour la dermatologie, l'anesthésie et la psychiatrie.

Afin de prendre en compte les contraintes des unités sanitaires, et notamment les difficultés d'extraction des personnes détenues le week-end, compte tenu des effectifs des établissements pénitentiaires, les programmations de bloc et d'hospitalisation seront revues afin d'éviter les extractions le dimanche.

<b>Action 1</b>	<b>Renforcer les consultations avancées</b>
<b>Constats</b>	Difficulté d'accès aux médecins spécialistes et mauvaise répartition sur le territoire.
<b>Action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Pour Villenauxe : prioriser les consultations de spécialistes à Romilly</li> <li>▶ Pour Clairvaux : prioriser les consultations de spécialiste à Bar sur Aube. Possibilité de réaliser les consultations post-opératoire sur le site de Romilly</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	2018
<b>Complémentarités inter établissement</b>	Travail entre le CHT, GHAM et Bar Sur Aube

<b>Action 2</b>	<b>Faciliter l'accès à l'imagerie</b>
<b>Constats</b>	Difficultés d'accès aux équipements d'imagerie
<b>Action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Pour Villenauxe : prioriser les extractions à Romilly pour l'imagerie. Demande d'autorisation d'installation d'une IRM à Romilly</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	2017
<b>Moyens humains et techniques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ IRM à Romilly</li> </ul>
<b>Complémentarités inter établissement</b>	CHT/GHAM

<b>Action 3</b>	<b>Télé médecine</b>
<b>Constats</b>	Extractions systématiques pour les consultations de spécialistes, difficultés d'organisation liées aux extractions
<b>Action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Faciliter l'accès pour les personnes aux consultations de médecins spécialistes par le biais de la télé médecine : dans un premier temps dermatologie et anesthésie</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	2017
<b>Moyens humains et techniques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Téléconsultations</li> </ul>
<b>Complémentarités inter établissement</b>	CHT/EPSMA

<b>Action 4</b>	<b>Renforcer l'accès aux consultations de psychiatrie</b>
<b>Constats</b>	Effectif de psychiatres insuffisant et créneaux de consultations de psychiatrie insuffisants
<b>Actions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Renforcer la politique de recrutement de psychiatres</li> <li>▶ Mettre en place des consultations de télé-médecine en psychiatrie</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	2018
<b>Moyens humains et techniques</b>	▶ ETP psychiatres
<b>Complémentarités inter établissement</b>	EPSMA et CHT
<b>Complémentarités avec partenaires externes</b>	Consultations par des psychiatres libéraux

<b>Action 5</b>	<b>Prise en charge des urgences en dehors de la présence médicale à l'unité sanitaire</b>
<b>Constats</b>	Problématique de prise en charge des urgences par les IDE en l'absence de présence médicale en continu au sein des unités sanitaires.
<b>Action</b>	▶ Sécuriser la prise en charge urgente par les infirmières hors présence médicale à l'unité sanitaire en transmettant des informations cliniques au médecin régulateur du centre 15 qui doit prendre la décision d'extraire ou non le patient détenu, vers le plateau technique adapté, en concertation avec les responsables médicaux concernés.
<b>Calendrier</b>	2018
<b>Complémentarités inter établissement</b>	US/ GHAM/CHT

<b>Action 6</b>	<b>Extractions des patients détenus de Villenauxe en urgence - problématique de transport</b>
<b>Constats</b>	Disponibilité des transports sanitaires sur le département et particulièrement sur le secteur nord-est
<b>Action</b>	▶ Voir avec le SAMU Centre 15 comment avoir recours en cas d'urgence à une autre société d'ambulances privée / convention avec d'autres compagnies d'assurances et envisager le recours possible aux pompiers / identifier les profils patients nécessitant des consultations de suivi
<b>Moyens humains et techniques</b>	▶ Moyen informatique
<b>Complémentarités inter établissement</b>	US /CHT

## 1.4. Filière Neuro Cardio Vasculaire

### 1.4.1. Prise en charge neurologique

#### ► *Éléments de contexte :*

Une coopération est en place pour la prise en charge des AVC se présentant aux urgences du Groupe Hospitalier Aube Marne. Un partenariat avec le CH Sud francilien permet dans le cadre de la télémédecine de réaliser une expertise neuro-vasculaire pouvant permettre une éventuelle thrombolyse, en s'appuyant sur les données cliniques et l'imagerie (scanner injecté télétransmis).

Les prises en charge neurologiques en SSR sont assurées et amenées à se développer dans le cadre du Groupement de Coopération Sanitaire Plateforme d'Aval Territoire Champagne Sud (PATCS). Ce GCS permet une coordination entre les activités du Centre Hospitalier de Troyes, les activités de rééducation et de réadaptation du Centre Pasteur, ainsi que l'activité d'HAD de la Mutualité Française. Dans ce contexte il est prévu courant 2018 un transfert des lits de SSR système nerveux du Centre Pasteur sur le site des Hauts Clos du Centre Hospitalier de Troyes.

A noter également que des consultations avancées de neurologie sont réalisées par les équipes du centre hospitalier de Troyes au sein du site du GHAM à Romilly.

#### ► *Enjeux :*

L'un des objectifs majeurs de la filière neuro vasculaire concerne la structuration de la filière AVC, afin d'organiser l'intégralité du parcours patient sur le territoire du GHT. Cette démarche est conditionnée par l'installation de l'équipement d'imagerie adapté à ces prises en charge, un IRM, au GHAM sur le site de Romilly.

L'analyse de l'existant confirme la possibilité de structurer un parcours AVC complet, incluant notamment les prises en charge post AVC, secteur de rééducation, prise en charge des facteurs de risque, éducation thérapeutique, et lien avec les médecins spécialistes de cardiologie.

Il est également projeté d'optimiser la coordination des acteurs dans la prise en charge des maladies chroniques (HTA, obésité, maladie cardiovasculaire et neurologie), et de renforcer les actions de coopération et les échanges dans le cadre de programmes d'éducation thérapeutique.

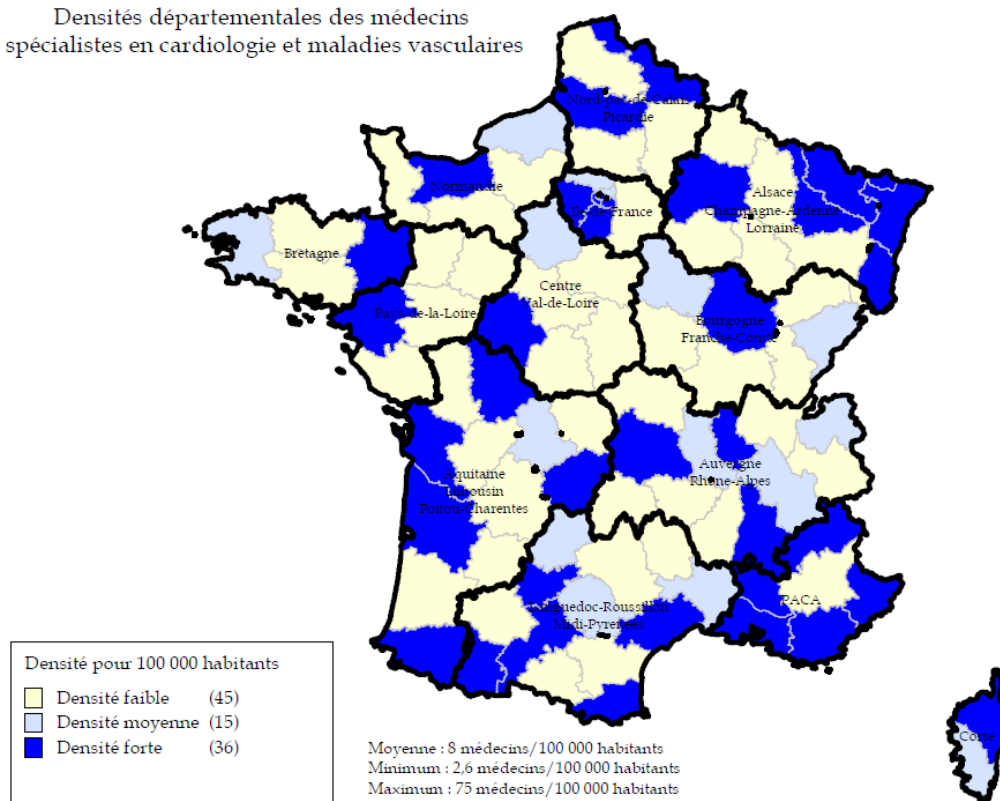
#### ► *Constats :*

La filière AVC pourra se structurer en s'appuyant sur l'UNV du CH de Troyes et les compétences des différents acteurs intervenant au sein des établissements du GHT. La coopération en place et portée par le GCS Plateforme d'Aval permettra un accès facilité aux avis de rééducation.

En effet, l'analyse de l'existant a conduit à souligner la complémentarité de l'offre présente au sein des structures participant à ce parcours patient : consultations de neurologie, explorations fonctionnelles de neurologie, consultations mémoire, neuropsychologues, prises en charge post-AVC, neurochirurgie, orthophonie. Cette fluidification du parcours repose également sur le dispositif de partage d'images opérationnel via le PACS, accessible dans chacun des établissements des HCS. La participation des professionnels des HCS à l'association d'aide aux victimes d'AVC contribue également à intégrer pleinement les usagers dans le parcours.

## Densités et Variation des densités des médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires

Densités départementales des médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires



## Répartition des parts de marché du domaine neuro-système nerveux, année 2015

Établissement	Type	Effectif	Part de marché
<b>CH DE TROYES</b>	Public	2413	85,81 %
<b>GROUPEMENT HOSPITALIER AUBE MARNE</b>	Public	269	9,57 %
<b>POLYCLINIQUE MONTIER LA CELLE</b>	Privé	71	2,52 %
<b>HL BAR S/SEINE</b>	Public	29	1,03 %
<b>HL BAR S/AUBE</b>	Public	16	0,57 %
<b>CLINIQUE DE CHAMPAGNE - TROYES</b>	Privé	12	0,43 %

Concernant les autres prises en charge en Neurologie, il n'existe pas à ce jour sur le territoire des HCS de prise en charge des thrombectomies, occasionnant dès lors pour les patients concernés des transferts au CHU de Reims ou vers les centres franciliens (CHU Henri Mondor de Créteil et Krémelin Bicêtre).

Deux problématiques concernant les moyens mobilisés par cette filière sont identifiées. La première concerne les difficultés de recrutement en personnel spécialisé notamment infirmier et kinésithérapeute. La seconde concerne un manque de places en foyer et en USLD, structures d'aval pour les post prises en charge d'un patient âgé polypathologique.

### ► Objectifs généraux :

Les parcours des patients présentant un AVC doivent s'organiser autour d'une prise en charge entre les différents services d'urgences, d'hospitalisation complète et d'aval. Parmi les services d'aval, il convient notamment de renforcer les liens avec les structures de SSR et d'USLD, notamment pour les personnes âgées polypathologiques.

Il semble également nécessaire d'améliorer l'accès aux consultations et aux avis de spécialistes.

L'un des objectifs poursuivis consiste notamment en la diminution des durées moyennes de séjour pour les hospitalisations complètes en neurologie.

### ► Orientations essentielles retenues :

Concernant la structuration de la filière AVC, deux actions prioritaires ont été identifiées afin de répondre aux problématiques de fluidification des parcours :

- Réinternaliser la filière par l'installation d'une IRM sur le site de Romilly, ce qui permettra aux équipes de Neurologie du centre hospitalier de Troyes de donner un avis à distance, pour les traitements par thrombolyse à réaliser sur le site de Romilly
- Organiser les prises en charge d'aval, en particulier SSR et USLD pour certains patients

A ce jour, il n'existe pas de consultation avancée en neurologie. Il est donc proposé de développer cette activité, notamment sur le site de Bar-sur-Aube. Afin d'améliorer l'accès aux avis spécialisés, une réflexion sera engagée sur les dispositifs de téléconsultation.

Action 1	Filière AVC
<b>Constats</b>	Patients transférés au CH sud francilien, formalisation du parcours Télé AVC, filière à ré internaliser.
<b>Action</b>	► Télé AVC avec avis à partir d'une IRM pour prise en charge par le service de neurologie du CH de Troyes
<b>Calendrier</b>	Autorisation IRM GHAM
<b>Moyens humains et techniques</b>	► RM Romilly
<b>Complémentarités inter établissement</b>	GHAM / CH de Troyes

Action 2		Aval filière AVC
<b>Constats</b>	Structuration de la filière d'aval AVC après prise en charge en hospitalisation complète	
<b>Action</b>	▶ Formaliser le parcours SSR et ou USLD pour les patients le nécessitant	
<b>Moyens humains et techniques</b>	▶ Place de Lits SSR spécialisé et place d'USLD	
<b>Complémentarités inter établissement</b>	GHAM CH de Troyes SSR pasteur Bar Sur Seine Bar Sur Aube	

Action 3		Accès avis de spécialistes / consultations avancées
<b>Constats</b>	Inégal accès aux consultations de neurologues, uniquement CH de Troyes, et CS avancées GHAM site de Romilly	
<b>Action</b>	▶ Développer les consultations avancées de neurologie à Bar Sur Aube	
<b>Complémentarités inter établissement</b>	Bar Sur Aube CH de Troyes	

Action 4		Accès avis de spécialistes de neurochirurgie
<b>Constats</b>	Inégal accès aux consultations, consultations avancées de neurochirurgie mises en place au sein du centre hospitalier de Troyes. Pas d'activité opératoire sur le département	
<b>Action</b>	▶ Prise en charge précoce de patient relevant de neurochirurgie	
<b>Complémentarités inter établissement</b>	CH de Troyes	
<b>Complémentarités avec partenaires externes</b>	CHU de REIMS	

## 1.4.2. Prise en charge des pathologies cardio vasculaires :

### ► *Éléments de contexte :*

La rythmologie et plus spécifiquement la fibrillation atriale a une incidence (3% dans la population adulte et de 15 % chez les plus de 75 ans) et une prévalence en rapide croissance, principalement liées au vieillissement de la population. Cette pathologie requiert donc une attention particulière.

Tout comme la spécialité de neurologie, le secteur de cardiologie bénéficiera du rapprochement des places d'HDJ en SSR de cardiologie du Centre Pasteur, dans le cadre du GCS PATCS. Cela permettra de renforcer l'activité existante d'HDJ en SSR de cardiologie pour laquelle la demande est supérieure à l'offre proposée. Une convention est également en place avec le Centre Pasteur concernant un programme d'éducation thérapeutique.

### ► *Constats :*

Des coopérations médicales sont déjà en place et fonctionnent depuis 2011, des cardiologues partageant leur temps entre le GHAM et le Centre Hospitalier de Troyes. Il reste cependant à renforcer d'avantage la complémentarité entre les services de cardiologie du CHT et du GHAM. En effet, suite à l'analyse de données quantitatives, il a été souligné des fuites de patients pour réalisation d'actes techniques (pacemaker, coronarographie).

Concernant les activités à développer, un élargissement de l'offre de rythmologie interventionnelle sera initié suite au retour d'un praticien formé.

Il est également nécessaire d'optimiser la transmission des données permettant aux deux équipes de disposer des informations nécessaires aux avis de spécialistes, notamment les ECG.

Il a été souligné l'absence actuelle de possibilité de réalisation d'IRM cardiaque sur le territoire. Ce point sera notamment résolu par l'acquisition du second IRM sur le site de Troyes en 2017. Cette nouvelle activité nécessitera une étroite coopération entre les médecins radiologues et les médecins cardiologues.

### ► *Objectifs généraux :*

Le service de cardiologie du CH de Troyes a développé une offre de prise en charge de rééducation en hôpital de jour, en collaboration avec le centre de rééducation et réadaptation Pasteur. Cependant, au regard de l'importance de la demande, cette offre nécessite d'être développée.

La prise en charge en cardiologie est répartie entre les deux sites du GHAM - site de Romilly et du centre hospitalier de Troyes. Il est dès lors nécessaire d'optimiser la gestion des urgences, en fonction des plateaux techniques et des activités de chaque établissement.

Il est également prévu de développer et renforcer des activités, afin d'élargir l'offre disponible sur le territoire dans le but de répondre à l'ensemble des demandes, notamment en IRM cardiaque, rythmologie, et unité de douleur thoracique au sein des urgences du centre hospitalier de Troyes.

### ► *Orientations essentielles retenues :*

Suite à l'installation d'un nouvel IRM sur le site de Troyes, l'activité d'IRM cardiaque sera développée, en partenariat entre les services de cardiologie et d'imagerie médicale du Centre Hospitalier de Troyes.



La coopération avec le centre de rééducation Pasteur sera intensifiée, par le développement du nombre de prises en charge dans le programme de rééducation porté par les deux structures.

La sécurisation et l'optimisation des prises en charge des urgences cardiaques reposent sur l'accès aux ECG, réalisés aux urgences du GHAM par les cardiologues de Troyes, mais aussi sur la fluidification de l'orientation des patients présentant un trouble de repolarisation.

Les patients présentant des pathologies du rythme sont actuellement transférés en région parisienne. Pour répondre à cette problématique, il est prévu de développer une activité de rythmologie au sein du Centre Hospitalier de Troyes.

Il a été constaté des prises en charge fréquentes au sein du service des urgences du centre hospitalier de Troyes de patients manifestant des douleurs thoraciques. Afin d'améliorer les délais de prises en charge, et de sécuriser celles-ci, une unité spécifique sera créée au sein des urgences en partenariat entre les équipes d'urgentistes et les cardiologues du Centre Hospitalier de Troyes.

Action 1	IRM Cardiaque
Constats	Absence de l'offre sur le territoire
Actions	▶ Développement activité IRM cardiaque, avec stress, sans stress
Moyens humains et techniques	▶ IDE / manipulateur radio
Complémentarités inter établissement	CH TROYES

<b>Action 2</b>	<b>Fluidification aval</b>
<b>Constats</b>	Forte demande nécessaire augmentation de l'offre
<b>Actions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Fluidifier le parcours des patients post prise en charge en hospitalisation complète de cardiologie.</li> <li>▶ Faciliter d'accès aux lits de SSR et programme de rééducation cardiaque.</li> <li>▶ Augmenter les prises en charge programme en coopération avec pasteur</li> </ul>
<b>calendrier</b>	2018
<b>Moyens humains et techniques</b>	▶ IDE
<b>Complémentarités inter établissement</b>	CH TROYES GHAM
<b>Complémentarités avec partenaires externes</b>	SSR Pasteur

<b>Action 3</b>	<b>Prise en charge des urgences cardiaques au GHAM</b>
<b>Constats</b>	Fluidification du parcours patients
<b>Actions</b>	Insérer les ECG dans Dx care pour lecture direct par les praticiens du CH de Troyes dans le cadre de transferts pour les patients ST+
<b>Moyens humains et techniques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Accès partagé à Dx care pour les praticiens des différents établissements HCS</li> <li>▶ Interface Dx care et électrocardiographe</li> </ul>
<b>Complémentarités inter établissement</b>	CH TROYES GHAM

<b>Action 4</b>		<b>Développement activité de rythmologie</b>	
<b>Constats</b>		Problème de santé publique majeur absence d'offre sur le territoire, transferts de patients en région parisienne	
<b>Actions</b>		▶ Traiter la fibrillation atriale arythmie / développer des consultations avancées	
<b>calendrier</b>		Avril 2017	
<b>Moyens humains et techniques</b>		▶ IDE/ temps anesthésique + station d'anesthésie	
<b>Complémentarités inter établissement</b>		CH TROYES	

<b>Action 5</b>		<b>Création d'une unité de douleur thoracique</b>	
<b>Constats</b>		Prise en charge fréquente et prolongée aux urgences des patients	
<b>Actions</b>		▶ Amélioration de la prise en charge des patients présentant une douleur thoracique aux urgences	
<b>Moyens humains et techniques</b>		▶ Zone de soins de très courte durée aux urgences et protocole de prise en charge	
<b>Complémentarités inter établissement</b>		CH TROYES	

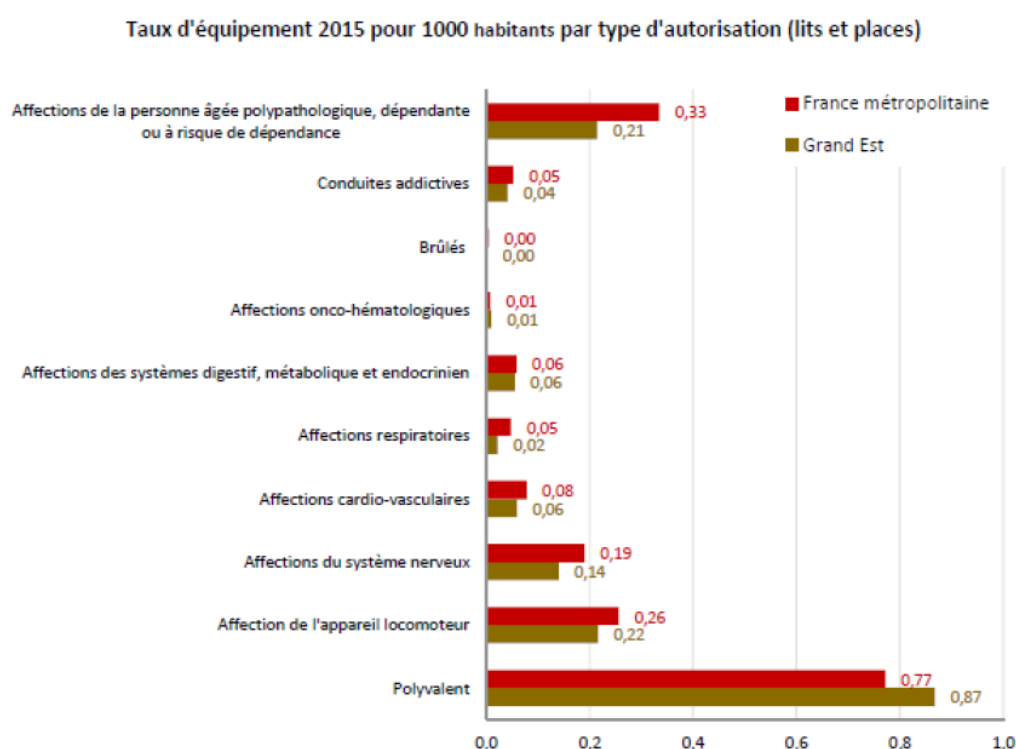
## 1.5. Filière Personnes âgées

### ► *Éléments de contexte :*

L'offre disponible sur le territoire en soins de suite et de réadaptation sera profondément modifiée d'ici 2018, notamment par le développement de l'offre sur le département. Des créations de lits de SSR sont prévues en 2018 dans le cadre du GCS Plateforme d'Aval Territoire Champagne Sud. Par ailleurs le groupe Korian développera son offre en SSR polyvalent et à destination de la personne âgée poly pathologique.

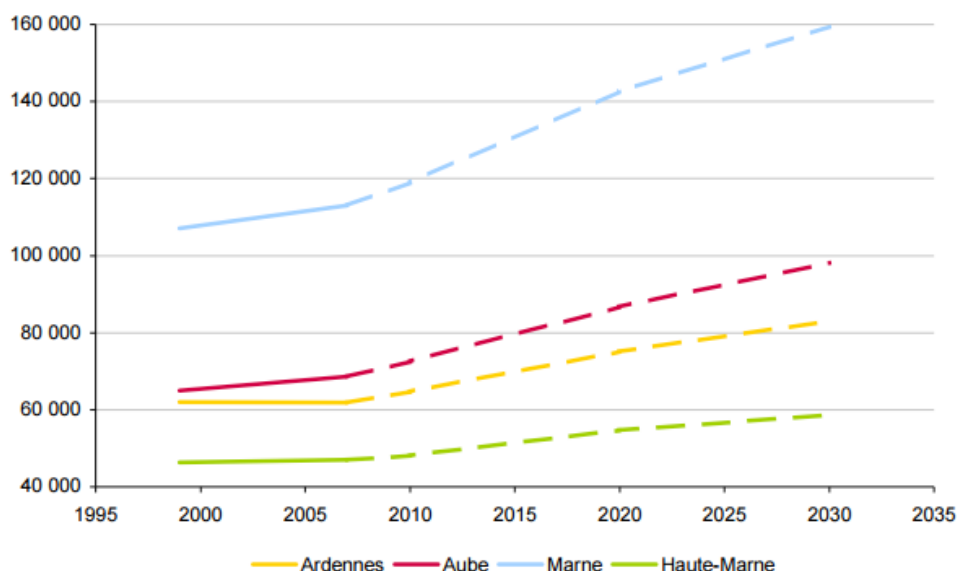
Cette évolution en lits sur le territoire s'inscrit dans une démarche d'adéquation de l'offre aux demandes, puisque les données quantitatives démontrent un taux de recours au SSR inférieur au taux de recours national, et un taux d'équipement en SSR inférieur au taux national.

### Taux d'équipement 2015 pour 1000 habitants par type d'autorisation (lits et places)



D'autre part, les projections démographiques tendent vers une évolution significative de la part des personnes âgées de plus de 60 ans dans la population du territoire.

## Évolution récente et projection du nombre de personnes âgées (60 ans et plus) en Champagne-Ardenne à l'horizon 2030



Source : INSEE, recensements de la population 1999 et 2007, Projections Omphale 2010-2030, Exploration ORSCA  
Données Indicateurs régionaux ARS champagne Ardenne , 2012

### ► Enjeux :

La filière de prise en charge des personnes âgées repose sur une forte structuration du lien ville hôpital. La ville est considérée dans son ensemble, tant comme regroupant les médecins généralistes et spécialistes qu'associant les prises en charge en HAD, ainsi que les structures de prises en charge des personnes âgées dépendantes. Le projet vise à repenser les parcours, afin de renforcer la coordination et la communication entre les différents intervenants. Ainsi par exemple, le recours à l'hospitalisation programmée peut contribuer à limiter et éviter les passages aux urgences.

### Évolution du nombre de séjours des personnes âgées de + de 75 ans

Libellé	CENTRE HOSPITALIER DE TROYES		GROUPEMENT HOSPITALIER AUBE MARNE : GHAM		Bar Sur Aube		Bar Sur Seine	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
séjours	13643	14358	1708	1820	160	156	103	120

L'organisation du repérage de la fragilité et de l'évaluation gériatrique chez le sujet âgé constitue un élément déterminant d'un parcours adapté. Cette organisation s'appuie sur des dispositifs spécifiques : l'équipe mobile d'intervention en gériatrie, l'équipe mobile de géronto psychiatrie, l'HDJ de gériatrie ainsi que les consultations spécialisées (mémoire, chute, oncogériatrie).

## ► Constats :

Il est constaté pour l'ensemble des services d'hospitalisation complète de médecine, d'hospitalisation complète de gériatrie psychiatrie, de SSR, d'USLD et d'EHPAD, des taux d'occupation élevés.

D'autre part la lourdeur médicale des patients à prendre en charge s'accroît. Il est notamment fait état d'un nombre important de prises en charge palliatives, et d'une dépendance accrue.

### Évolution du nombre de courts séjours gériatrique

Hospitalisation	CENTRE HOSPITALIER DE TROYES		GROUPEMENT HOSPITALIER AUBE MARNE : GHAM		Bar Sur Aube		Bar Sur Seine	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
indicateurs								
Nombre de RUM	850	849	576	559	261	253	173	186
DMS PMSI	14,26	14,95	11,6	12,25	7,37	7,41	12,35	18,83
DMS NATIONALE	11,45	11,78	8,43	8,49	6,5	7,84	10,67	11,28

### Évolution du nombre de séjours SSR

	CENTRE HOSPITALIER DE TROYES		GROUPEMENT HOSPITALIER AUBE MARNE : GHAM		Bar Sur Aube		Bar Sur Seine	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
séjours	853	895	692	705	249	290	173	186

Les sollicitations des partenaires externes et des équipes hospitalières s'intensifient, notamment concernant l'HDJ de gériatrie. Cependant, les effectifs médicaux actuels ne permettent pas de répondre totalement à cette demande.

En effet, le constat est partagé sur l'ensemble des établissements du GHT d'une carence en personnels médicaux, kinésithérapeutes et ergothérapeutes. Une problématique particulière est identifiée pour les centres hospitaliers de Bar-sur-Aube et Bar-sur-Seine, qui organisent la présence médicale en lien avec les praticiens libéraux du territoire.

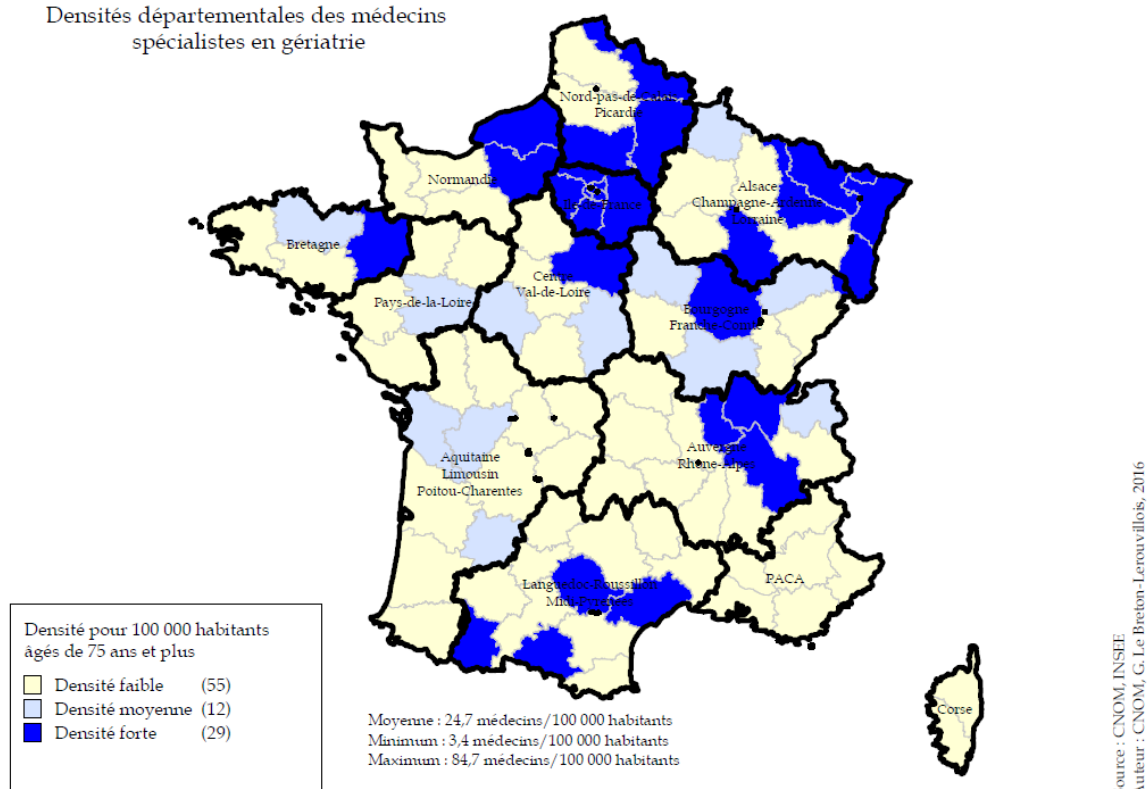
Outre les effectifs insuffisants de médecins gériatres et psychiatres, il est également noté un accès limité aux consultations de spécialistes pour les SSR, EHPAD et USLD.

Il existe par ailleurs des profils de patients ne relevant ni de psychiatrie ni de l'Unité Cognitivo Comportementale. Ces patients sont alors pris en charge dans un service non adapté, ce qui accentue les difficultés de gestion des lits.

Concernant cette filière, qui nécessite notamment pour la partie réadaptation-rééducation des échanges privilégiés avec les services d'amont et les services prescripteurs, une amélioration des accès aux dossiers et transmissions d'informations lors de transferts de patients entre établissements est nécessaire (suivi de rééducation, compte rendu de chirurgie, bilan, radiographie).

## Densités et Variation des densités des médecins spécialistes en gériatrie

Densités départementales des médecins spécialistes en gériatrie



### ► Objectifs généraux :

Cette filière a prioritairement pour objectifs de contribuer à fluidifier le parcours du patient, à raccourcir autant que possible les délais et le nombre d'interlocuteurs, ainsi que le nombre de transferts. Il paraît également nécessaire d'optimiser le partage d'informations. Ainsi l'orientation est prise de travailler sur les parcours et de renforcer le lien ville hôpital, en particulier avec l'HAD, les EHPAD et les médecins libéraux.

Le projet médical partagé, et tout particulièrement concernant la filière personnes âgées, s'inscrit dans le cadre de l'instruction, DGOS/R2/R5 numéro 2014-222 du 17 juillet 2014 relative «au positionnement des hôpitaux de proximités sur leur territoire et aux modalités de financement spécifiques des ex-hôpitaux locaux», et le support méthodologique de la DGOS en date du 20 juin 2016 relatif à la réforme des hôpitaux de proximité.

Le parcours patient peut intégrer des passages par le service des urgences. Cependant ceux-ci contribuent à allonger les durées de prises en charge et sont parfois suivis d'une hospitalisation. Il est donc convenu de travailler sur la fluidification des parcours en évitant les passages par le service des urgences, parfois contraignant pour la prise en charge de la personne âgée. D'autre part, la structuration du parcours de gérontopsychiatrie représente également un enjeu majeur pour cette filière.

La télémédecine sera déployée, dans un double objectif de garantir l'accès à tous aux médecins spécialistes et de limiter les transferts de patients en provenance des structures d'hébergement.

### ► Orientations essentielles retenues :

Afin d'orienter les patients vers les différents établissements de la façon la plus pertinente, les profils de patients pouvant

être pris en charge à Bar-sur-Aube et Bar-sur-Seine seront identifiés, en fonction notamment de leurs plateaux techniques. Concernant des patients pris en charge en rééducation en Bar-sur-Aube et Bar-sur-Seine, des problématiques d'échange d'information ont été identifiées. Afin d'y répondre, il est envisagé d'informatiser et de partager les bilans fonctionnels de suivi de prise en charge, notamment de kinésithérapie.

Concernant la fluidification des parcours, différentes pistes d'amélioration ont été identifiées. La première consiste à privilégier les entrées directes dans les services, sans passer par les urgences.

D'autre part, afin d'éviter les passages aux urgences, notamment des résidents des EHPAD, un travail en partenariat entre les urgences, l'HAD et les EHPAD sera entrepris afin d'identifier les situations et les patients à prendre en charge directement en HAD. Il s'agit soit d'éviter un passage aux urgences, soit après prise en charge par les urgentistes d'orienter le patient directement vers une prise en charge au domicile.

Ce procédé d'identification des patients concerne également le retour à domicile après hospitalisation. Il s'agira de développer et faciliter le retour au domicile, en identifiant dans les services de spécialité des profils type de patients, en lien avec le cadre de liaison de l'HAD.

Des plateformes d'appui ont été mises en place sur le territoire. Il est envisagé de développer ou formaliser les modalités de recours, afin de favoriser le travail en réseau avec la ville et les différents acteurs non hospitaliers.

Les équipes mobiles de gériatrie et de géronto psychiatrie ont un rôle majeur dans l'orientation et la détection des troubles et de la fragilité chez le sujet âgé. Il convient dès lors de renforcer l'intervention de l'EMIG au sein des urgences et de favoriser les visites EMIG avant et après la sortie. L'hôpital de jour de gériatrie, en tant notamment que structure d'évaluation, est un maillon clé de l'organisation de cette filière qu'il paraît primordial de pérenniser et développer.

Action 1	Lien HAD /EHPAD
<b>Constats</b>	Passages aux urgences évitables pour les patients provenant des EHPAD
<b>Objectifs</b>	▶ Fluidifier le parcours et intervenir en amont et aval des urgences
<b>Actions</b>	▶ Intervention auprès des EHPAD pour identifier les situations et les patients pouvant être pris en charge par l'HAD.
<b>Calendrier</b>	2018
<b>Moyens humains et techniques</b>	▶ Recrutement de la cadre de coordination ▶ Actions de communication
<b>Complémentarités inter établissement</b>	CHT GHAM Bar Sur Aube Bar sur seine
<b>Complémentarités avec partenaires externes</b>	EHPAD / HAD mutualité



Action 2	HAD / urgences
<b>Constats</b>	Intervention en amont de l'hospitalisation patient hospitalisé mais qui aurait pu sortir au domicile
<b>Objectifs</b>	Réaliser des sorties directes au domicile après passages aux urgences
<b>Action</b>	▶ Rencontre urgentistes HAD
<b>Calendrier</b>	2017
<b>Moyens humains et techniques</b>	▶ Recrutement de la cadre de coordination ▶ Actions de communication
<b>Complémentarités inter établissement</b>	CHT GHAM
<b>Complémentarités avec partenaires externes</b>	HAD mutualité

Action 3	HAD / hospitalisation
<b>Constats</b>	Durée de séjour élevée pour des patients en attente de sortie domicile
<b>Objectifs</b>	▶ Anticiper la sortie du patient et favoriser l'intervention de l'HAD
<b>Action</b>	▶ Travail sur les critères d'inclusion avec le cadre de liaison de l'HAD pour identifier au sein du secteur d'hospitalisation complète les profils patients pouvant être pris en charge par l'HAD
<b>Calendrier</b>	2018
<b>Moyens humains et techniques</b>	▶ Présence de l'HAD en commission des séjours longs ▶ Actions de communication
<b>Complémentarités inter établissement</b>	CHT/GHAM Bar Sur Aube Bar sur seine
<b>Complémentarités avec partenaires externes</b>	EHPAD / HAD mutualité

<b>Action 4</b>		<b>EMIG du centre hospitalier de Troyes</b>	
<b>Constats</b>		Sollicitation mais offre médicale insuffisante de l'EMIG du centre hospitalier de Troyes	
<b>Objectifs</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Recrutement médical/ campagne de re sensibilisation pour intervention EMIG au sein des services et depuis l'extérieur EHPAD et médecins de ville / repérage de fragilité</li> </ul>	
<b>Actions</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Recrutement médecin gériatre</li> <li>▶ Présence aux urgences</li> <li>▶ Accompagnement des sorties d'hospitalisation</li> <li>▶ Ouverture de lits d'UHCD gériatrique</li> </ul>	
<b>Calendrier</b>		2018/2019	
<b>Complémentarités inter établissement</b>		CHT GHAM Bar Sur Aube Bar sur seine	

<b>Action 5</b>		<b>Entrées directes</b>	
<b>Constats</b>		Taux d'entrées directes dans les services d'hospitalisation complète et SSR en diminution	
<b>Objectifs</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Favoriser les entrées directes</li> </ul>	
<b>Actions</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ré organisation des modes d'entrées et de sorties dans les services</li> <li>▶ Équipe de gériatrie facilement joignable</li> </ul>	
<b>Calendrier</b>		2018	
<b>Complémentarités inter établissement</b>		CHT/GHAM/Bar Sur Aube /Bar sur seine	

<b>Action 6</b>	<b>Anticipation de la sortie</b>
<b>Constats</b>	Lien médecin traitant et ehpad pour favoriser la sortie / transmission d'information
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Prévoir la sortie et les conditions de sortie dès l'entrée du patient</li> <li>▶ Diminuer la DMS et les ré hospitalisations</li> </ul>
<b>Action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Utilisation de la check list HAS</li> <li>▶ Utilisation du document de sortie à J0</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	2018
<b>Complémentarités inter établissement</b>	CHT GHAM Bar Sur Aube Bar sur seine
<b>Complémentarités avec partenaires externes</b>	Médecin de ville et EHPAD

<b>Action 7</b>	<b>Plateforme territoriale d'appui</b>
<b>Constats</b>	réflexion sur la mise en place ce la PTA Difficulté sur la PEC de patients complexes
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Soutien et résolution des situations complexes</li> </ul>
<b>Action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Accompagnement et participation du secteur hospitalier à la PTA</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	2018
<b>Complémentarités inter établissement</b>	CHT GHAM Bar Sur Aube Bar sur seine
<b>Complémentarités avec partenaires externes</b>	Acteurs de ville/ réseaux

Action 8		Accès aux avis spécialisés
Constats	Difficultés d'accès aux consultations de médecins spécialistes	
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Diminuer les durées d'hospitalisation</li> <li>▶ Améliorer la prise en charge</li> <li>▶ Diminution des transports</li> </ul>	
Action	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Développement des consultations avancées</li> <li>▶ Développement de l'accès à la téléconsultation</li> </ul>	
Calendrier	2018	
Moyens humains et techniques	▶ Support de téléconsultation SIH, temps médical	
Complémentarités inter établissement	CHT GHAM Bar Sur Aube Bar sur seine	

Action 9		Accès avis somatique et psychiatrique
Constats	Disponibilité médicale insuffisante	
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Accès plus rapide aux avis</li> <li>▶ Diminution de durée séjours</li> <li>▶ Hospitalisation directe dans le secteur adapté</li> </ul>	
Action	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Mise en place de la télémédecine</li> <li>▶ Mise en place de staffs pluridisciplinaires</li> </ul>	
Calendrier	2018	
Moyens humains et techniques	▶ Temps médecin psychiatre	
Complémentarités inter établissement	CHT GHAM Bar Sur Aube Bar sur seine EPSMA	

<b>Action 10</b>	<b>Maintien offre SSR et médecine gériatrique hôpitaux de proximité</b>
<b>Constats</b>	Problématiques effectifs médicaux, taux d'occupation des lits variables
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Attractivité personnel médicaux et paramédicaux / garantir la permanence des soins</li> </ul>
<b>Actions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Mise en place de la télémédecine</li> <li>▶ Mise en place de staffs pluridisciplinaires</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	2017/2018/2019
<b>Moyens humains et techniques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ ETP médecin libéraux</li> </ul>
<b>Complémentarités inter établissement</b>	Bar Sur aube/ Bar sur seine CHT
<b>Complémentarités avec partenaires externes</b>	Praticiens libéraux

<b>Action 11</b>	<b>Accès HDJ de gériatrie</b>
<b>Constats</b>	Demande en forte augmentation mais insuffisance d'effectif
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Attractivité médecin gériatre pour garantir une ouverture 5j/5</li> <li>▶ Repérage de la fragilité</li> <li>▶ Diminuer les hospitalisations</li> </ul>
<b>Actions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Visibilité de la filière pour rendre attractif</li> <li>▶ Renforcer offre sur CHT</li> <li>▶ Évaluation gériatrique sur sites GHT</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	2017/2018
<b>Moyens humains et techniques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ ETP gériatres</li> </ul>
<b>Complémentarités inter établissement</b>	CHT
<b>Complémentarités avec partenaires externes</b>	Acteurs de ville

Action 12	Transferts entre établissements
<b>Constats</b>	Méconnaissance de l'offre et des possibilités d'accueil en fonction des profils patients/ accès laboratoire et radiologie restreint pb de patients non stables
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Favoriser les parcours inter établissements</li> <li>▶ Diminuer les durées de séjours des secteurs d'hospitalisation complète MCO</li> <li>▶ Le bon patient au bon endroit</li> </ul>
<b>Actions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Bon usage de via trajectoire</li> <li>▶ Renforcer le lien entre urgences/UHCD/Hôpitaux de proximité</li> <li>▶ Définir les modalités d'admission et profils de patients en hôpital de proximité</li> </ul>

Action 13	Travail autour de la iatrogénie
<b>Constats</b>	Hospitalisations évitables dues à la iatrogénie
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Diminuer les EI indésirables dus à la iatrogénie</li> </ul>
<b>Actions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Conciliation médicamenteuse à l'échelle du GHT</li> <li>▶ PUI de GHT et officines de ville</li> <li>▶ Développement d'outil de communication entre ville et hôpitaux (MyGHT)</li> </ul>

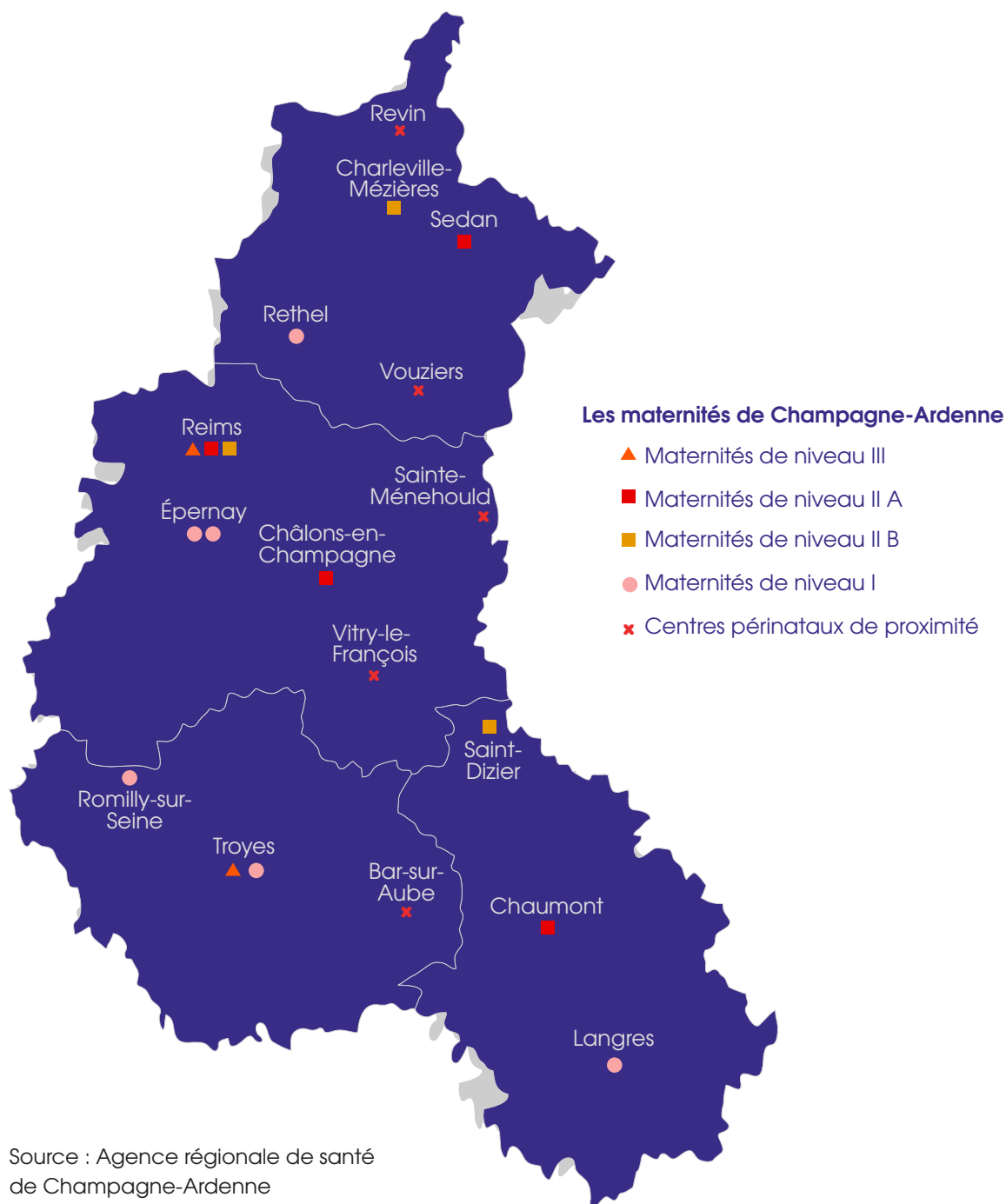
<b>Constats</b>	<p>▶ Les projections statistiques : vieillissement de la population nationale et régionale (plus de 60ans) qui risque d'entraîner des situations de dépendance de plus en plus importantes pouvant s'accompagner de troubles psychiatriques et/ou cognitifs</p> <p>▶ Il existe sur le secteur sud aube de nombreuses structures pour personnes âgées notamment pour l'accueil de celles atteintes d'une maladie d'Alzheimer et/ou apparentée. Cependant un vide persiste pour les personnes âgées dépendantes souffrant de troubles psychiatriques et/ou cognitifs, laissant les familles, les soignants, et les résidents bien souvent face à des situations inadaptées</p>
<b>Objectifs</b>	<p>▶ Répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées dépendantes souffrants de troubles psychiatriques et/ou cognitifs</p> <p>▶ Favoriser une approche non médicamenteuse</p> <p>▶ Limiter, voire supprimer les hospitalisations d'équilibrage du traitement qui sont parfois le dernier recours pour ces personnes</p> <p>▶ Permettre de proposer aux aidants, souvent fragilisés, une offre d'hébergement et/ou de soins pour leur proche qui se retrouve souvent sans solution</p> <p>▶ Proposer sur le territoire une offre d'UHR publique</p> <p>▶ Etre novateur dans la prise en soins des aînés avec une offre d'EHPAD adaptée aux troubles psychiatriques et/ou cognitifs</p>
<b>Actions</b>	<p>▶ Définir le type de prise en soins, le personnel nécessaire (médical, paramédical, psychologue...), le matériel et configuration architecturale indispensables</p> <p>▶ Définir les formations utiles pour les prises en soins</p> <p>▶ Développer la télémédecine psychiatrique</p> <p>▶ Travailler en collaboration avec l'équipe mobile de géro-psycho-geriatrie de territoire</p> <p>▶ Rédiger un projet à présenter aux tutelles</p> <p>▶ Transformation de lits d'EHPAD en lits d'unité d'hébergement pour personnes âgées dépendantes présentant des troubles psychiatriques et/ou cognitifs</p> <p>▶ Création d'une unité d'UHR publique sur le territoire</p>
<b>Calendrier</b>	2017-2022
<b>Moyens humains et techniques</b>	<p>▶ Temps médical : psychiatre et gériatre</p> <p>▶ Temps psychologue</p> <p>▶ Temps paramédicaux</p> <p>▶ Moyen financier (modifications architecturales de l'existant, personnel, formation...)</p>
<b>Complémentarités inter établissement</b>	<p>HCS</p> <p>EHPAD</p> <p>Réseaux personnes âgées : REGEMA, MAIA...</p>

## 1.6. Filière Gynécologie, obstétrique et périnatalité

### ► *Éléments de contexte :*

Le GHT dispose de deux maternités sur deux sites différents, une maternité de niveau I au GHAM sur le site de Romilly, et une maternité de niveau III au CH de Troyes. La mutualisation des ressources humaines, en particulier pour l'offre en obstétrique (Gynéco-Obstétriciens, Anesthésistes Réanimateurs, Pédiatres), est un des éléments permettant le maintien d'une offre de proximité de qualité.

### Offre de soins en maternité en Champagne-Ardenne





### ► Enjeux :

Cette filière a été traitée par pathologies. Pour chacune d'elle, les étapes de prises en charge réalisées par chaque établissement ont été présentées afin d'harmoniser les processus.

L'objectif essentiel est de maintenir une offre optimale, adaptée et répartie sur le territoire.

La filière se décompose en 3 sous parties, les prises en charge obstétricales, les prises en charges gynécologiques et les prises en charge néonatales.

## 1.6.1. Prises en charge obstétricales

### ► Constat :

L'activité de césariennes est pratiquée au sein des deux maternités, les prises en charge les plus complexes donnent lieu à des transferts du GHAM vers le Centre Hospitalier de Troyes.

Certains suivis de grossesses à risques ne peuvent être assurés au sein du département et font l'objet d'une organisation formalisée entre le CH de Troyes, le CHRU de Reims et l'hôpital Necker.

D'autre part, le secteur d'activité obstétricale est fortement partagé avec les professionnels libéraux. Ce lien entre les différents intervenants doit permettre d'identifier un parcours fluide de prise en charge, et repose également sur un système d'information performant.

### Évolution du nombre d'accouchements et IVG

Synthèse comparaison GA établissements de santé

		CENTRE HOSPITALIER DE TROYES		GHAM	
		2015	2016	2015	2016
GA	Libellé	Eff.	Eff.	Eff.	Eff.
G116	Accouchements par voie basse	1792	1751	451	399
G117	Césariennes	569	468	91	98
Total accouchements (G116-G117)		2361	2219	542	497
G118	IVG	683	706	43	31

### ► Objectifs généraux :

L'un des enjeux majeurs réside dans la sécurisation des prises en charge des parturientes, et l'adaptation la plus efficiente de l'offre à la demande.

La coordination des prises en charge, et la fluidité du parcours ne pourront être optimales que si le partage d'informations est amélioré.

Au-delà du maintien et de l'optimisation des activités déjà en place, il est prévu de développer l'offre sur le territoire. Il est également prévu de renforcer les coopérations entre la ville et l'hôpital, afin de renforcer le maillage territorial et de garantir l'égal accès à tous à des soins de qualité.

► *Orientations essentielles retenues :*

L'un des premiers axes consistera à formaliser les parcours de patients, notamment en précisant les indications et modalités de transferts, et les parcours de prises en charge pour les césariennes.

L'analyse des problématiques existantes conduit à inscrire aux actions transversales portées par le schéma directeur du système d'information l'optimisation du transfert d'informations.

Afin de garantir l'homogénéisation des procédures, et d'assurer la qualité et la sécurité des prises en charge, celles-ci feront l'objet de protocoles.

Il a été noté un secteur d'activité non développé, il s'agit de la prévention antéconceptionnelle. Afin de répondre à ce besoin, une consultation sera mise en place en vue de prévenir les grossesses à risque.

D'autre part, un axe prépondérant concerne le lien ville hôpital. En effet, l'accès aux consultations des différents secteurs doit être renforcé, et la coordination entre les différents acteurs optimisée. Pour cela une consultation d'orientation sera créée, et un livret de liaison ville-hôpital sera proposé.

Dans le but de répondre au développement de l'offre sur le territoire, une activité de procréation médicalement assistée sera mise en place au centre hospitalier de Troyes .

<b>Action 1</b>		<b>Formalisation parcours patient pour césariennes</b>
<b>Constats</b>	Manque d'indications formalisées entraînant un transfert du GHAM vers le CHT en vue d'une césarienne programmée	
<b>Action</b>	▶ Formaliser dans un protocole les indications de programmation de césariennes devant se réaliser au CHT	
<b>Calendrier</b>	1er semestre 2017	
<b>Complémentarités inter établissement</b>	Validation des 2 équipes	

<b>Action 2</b>		<b>Partage d'information</b>
<b>Constats</b>	Manque d'articulations dans la filière : Non accessibilité des dossiers et des résultats biologiques d'une structure à l'autre	
<b>Action</b>	▶ Les dossiers médicaux et paramédicaux consultables et abondants d'une structure à l'autre (CHT / GHAM / CDP de Bar sur Aube)	
<b>calendrier</b>	1er semestre 2018	
<b>Moyens humains et techniques</b>	▶ Aide de l'informatique / logiciels compatibles	
<b>Complémentarités inter établissement</b>	Validation des 3 équipes	

<b>Action 3</b>		<b>Protocolisation des prises en charge</b>
<b>Constats</b>	Prise en charge uniformisée et complémentaire des pathologies (HTA/Toxémie/prééclampsie/RCUI, diabète)	
<b>Action</b>	▶ Réaliser des protocoles médicaux communs afin d'uniformiser et de compléter nos prises en charge	
<b>calendrier</b>	2018	
<b>Moyens humains et techniques</b>	▶ Gestion documentaire commune des deux secteurs	
<b>Complémentarités inter établissement</b>	Validation des 2 équipes	

<b>Action 4</b>		<b>Développer la prévention anté conceptionnelle</b>
<b>Constats</b>	Lors d'un constat de risques sur les grossesses futures, pas de prévention anté conceptionnelle développée	
<b>Action</b>	▶ Création d'une consultation préconceptionnelle sur les deux structures / prévention du risque d'accouchement prématuré	
<b>calendrier</b>	2018	
<b>Complémentarités inter établissement</b>	GHAM / CHT	

<b>Action 5</b>		<b>Renforcer l'accès aux consultations ville hôpital</b>
<b>Constats</b>	Manque d'accessibilité aux plages de consultations / liaison ville hôpital	
<b>Actions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Création de consultations d'orientation sur les trois secteurs : orientation pour une prise en charge optimisée.</li> <li>▶ Création d'un livret de liaison ville hôpital</li> </ul>	
<b>Complémentarités avec partenaires externes</b>	Acteurs de ville	

<b>Action 6</b>		<b>Développer la PMA sur le site de Troyes</b>
<b>Constats</b>	Aucune offre de PMA sur le département de l'Aube.	
<b>Action</b>	▶ Développement de la PMA sur le site du CHT pouvant bénéficier pour l'ensemble des patientes du territoire	
<b>calendrier</b>	2019	
<b>Moyens humains et techniques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Laboratoire du CHT en adéquation avec la législation</li> <li>▶ Gynécologue - Obstétricien qualifié</li> </ul>	
<b>Complémentarités inter établissement</b>	GHAM / CHT	
<b>Complémentarités avec partenaires externes</b>	Complémentarité avec le CHU	

## 1.6.2. Prises en charge gynécologiques

### ► *Constat :*

Les dépistages de pathologies gynécologiques sont réalisés de façon uniforme au GHAM (site de Romilly), au Centre Hospitalier de Troyes et au Centre Hospitalier de Bar-sur-Aube. Il existe donc un maillage des consultations organisées sur le territoire.

Les hospitalisations en gynécologie sont exclusivement réalisées au Centre Hospitalier de Troyes. D'autre part, certaines prises en charge ne sont réalisées qu'au CHT, en particulier les coelioscopies et les colposcopies. Il s'agit donc d'organiser la filière afin que toutes les prestations soient accessibles au bassin de population.

### ► *Objectifs généraux :*

Concernant la gynécologie, les patientes peuvent être prises en charge sur les deux sites, en consultation ou en hospitalisation. Une uniformisation des pratiques est dès lors nécessaire pour permettre une coordination des acteurs autour des prises en charges spécifiques et complexes.

### ► *Orientations essentielles retenues :*

Il s'agira dans un premier temps de sécuriser et de fiabiliser le transfert d'information, notamment par la mise en place d'un dossier commun, et d'autre part d'uniformiser et de partager les protocoles.

Action 1	Dossier patient commun
<b>Constats</b>	Nécessité d'un dossier patient unique informatisé utilisable sur les deux sites
<b>Action</b>	► Suivre une même patiente sur les deux sites avec un accès aux données médicales du dossier permettant une PEC coordonnée
<b>Référents du thème</b>	Dr Kimpamboudi / C. Banry / M-M Delaunois
<b>Calendrier</b>	Dernier semestre 2018
<b>Moyens humains et techniques</b>	► Logiciels adaptés ► Travail en coopération avec le service informatique
<b>Complémentarités inter établissement</b>	GHAM / CHT

Action 2	Protocoles uniformisés et partagés
<b>Constats</b>	Rédaction de protocoles communs de PEC entre le CHT et le GHAM
<b>Action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Prise en charge harmonisée et coordonnée pour :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- GEU</li> <li>- Fibromes et polypes</li> <li>- Lésions du col / dysplasie</li> <li>- Endométriose</li> </ul> </li> </ul>
<b>Calendrier</b>	1er semestre 2018
<b>Moyens humains et techniques</b>	▶ Dégager du temps médical pour rédaction et validation des protocoles
<b>Complémentarités inter établissement</b>	GHAM / CHT

### 1.6.3. Prises en charge de néonatalogie

#### Répartition des parts de marché des prises en charges des nouveaux nés

Établissement	Type	Effectif	Part de marché
CH DE TROYES	Public	2498	71,99 %
<b>GROUPEMENT HOSPITALIER AUBE MARNE</b>	Public	547	15,76 %
<b>POLYCLINIQUE MONTIER LA CELLE</b>	Privé	425	12,25 %
<b>TOTAL</b>		3470	

#### ▶ Constat :

Les actions de dépistage et de diagnostic sont réalisées au GHAM site de Romilly ainsi qu'au Centre Hospitalier de Troyes. La surveillance prénatale des prises en charge spécifiques s'organise autour de staff pluridisciplinaires sur chacun des sites, avec un recours possible auprès du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (gynécologue-obstétriciens, sages-femmes, néonatalogues). Il est à noter que les dossiers du GHAM sont présentés au CDPN de Reims via le Centre Hospitalier de Troyes.

Les prises en charge des nouveaux nés de moins de 36 semaines d'aménorrhée, ou d'un poids inférieur à 2200 grammes, peuvent être transférées au Centre Hospitalier de Troyes selon des protocoles établis entre le Centre Hospitalier de Troyes et le GHAM.

Certaines prises en charge de pointe nécessitent le transfert du patient dans un établissement de référence. En particulier la prise en charge des nouveaux nés nécessitant une intervention chirurgicale ne peut être assurée sur le territoire. Deux situations sont à distinguer : si la chirurgie relève de la cardiologie le nouveau-né sera transféré à l'hôpital Necker ; si la chirurgie ne relève pas de la cardiologie le nouveau-né sera transféré au CHU de Reims. Le suivi des patients peut avoir lieu au Centre Hospitalier de Troyes ou au GHAM site de Romilly, en collaboration avec le centre de référence correspondant.

► *Objectifs généraux :*

Des transferts peuvent avoir lieu entre les deux sites. Il est donc impératif que le système d'information puisse permettre le suivi coordonné des prises en charge, et notamment l'accès au dossier d'admission et au courrier de sortie. D'autre part, il s'avère nécessaire que l'ensemble des professionnels concernés s'accorde sur les parcours de soins.

► *Orientations essentielles retenues :*

Il est proposé de mettre en place un dossier commun informatisé, permettant l'accès des deux sites aux dossiers des parturientes et des nouveaux nés.

D'autre part, afin d'assurer la prise en charge efficiente des pathologies et la coordination du parcours, des staffs pluridisciplinaires et des revues de morbi-mortalité communs aux équipes des deux sites seront mis en place.

Action 1	Transmission d'informations
<b>Constats</b>	Documents de liaison entre le GHAM et le CHT nécessitent des photocopies de dossier et remplissage de feuilles de liaison manuscrites
<b>Action</b>	Simplification de ces transmissions : liaison informatique avec dossier obstétrical et PEC du nouveau-né commun. CR, dossier d'admission et lettre de sortie informatisés à disposition GHAM et CHT
<b>Calendrier</b>	2018
<b>Moyens humains et techniques</b>	► Logiciel commun avec le GHAM
<b>Complémentarités inter établissement</b>	GHAM / CHT
<b>Complémentarités avec partenaires externes</b>	Réseau périnatal

Action 2	Staff pluridisciplinaire
<b>Constat</b>	PEC efficiente des pathologies en améliorant le parcours de soins et le travail de chacun
<b>Action</b>	Staff pluridisciplinaire + RMM commune gynécologie - obstétrique du CHT et du GHAM et Néonatalogie du CHT
<b>Calendrier</b>	Second semestre 2017
<b>Complémentarités inter établissement</b>	GHAM/CHT

## 1.7. Filière Santé Mentale

### ► *Éléments de contexte :*

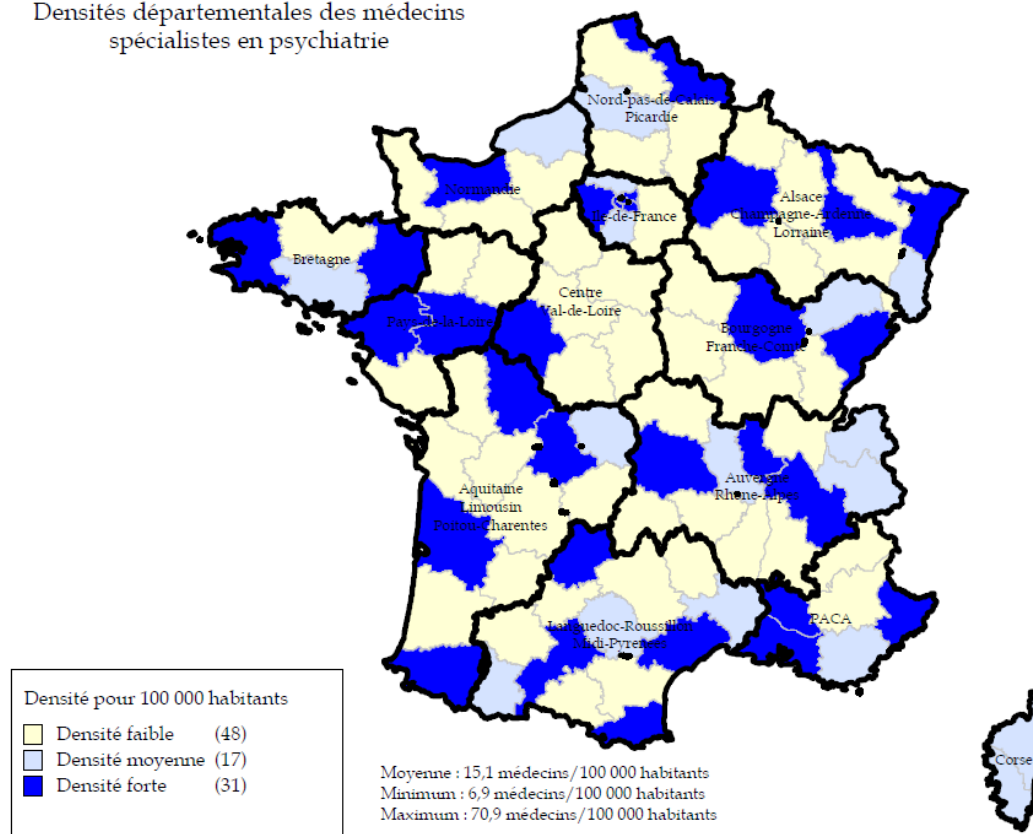
Selon l'OMS, les pathologies psychiatriques se trouvent au 3ème rang des maladies en termes de prévalence, après les cancers et les maladies cardio-vasculaires, et sont responsables du quart des invalidités. La nécessité de coordonner une pluralité d'acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux est une particularité de cette filière. Cette filière a été traitée en deux sous-parties, l'une correspondant à la prise en charge des adultes et l'autre consacrée à la prise en charge des enfants. Les éléments concernant la gérontopsychiatrie ont été intégrés à la filière Personnes Âgées.

### ► *Enjeux :*

Les enjeux pour les deux types de prises en charge adultes et enfants résident dans la structuration des filières de prise en charge, coordonnée entre l'ensemble des acteurs. Il s'agit notamment de s'attacher à la prise en charge des urgences, en particulier pour le secteur adultes et également de prendre en compte le lien avec les secteurs d'hospitalisation complète somatique ou psychiatrique.

### Densités et Variation des densités des médecins spécialistes en psychiatrie

Densités départementales des médecins spécialistes en psychiatrie



Source : CNOM, INSEE  
Auteur : CNOM, G. Le Breton-Lerouvillois, 2016



## 1.7.1. Prise en charge des adultes

### Missions Intersectorielles

Ville de Troyes

#### Équipe Psychiatrique d'Accueil aux Urgences et de Liason de l'EPSMA (E.P.A.U.L.E)

Site du CH de Troyes

**Hospitalisation de Courte Durée** : Clinique Psychiatrique de l'Aube - 5 rue Raymond Burgard - Troyes

Site de l'EPSMA à Brienne le Château

**Hospitalisation de Moyenne Durée** : pavillon les Charmilles et les Méridiens

**Hospitalisation de Longue Durée** : Clinique Dominique Florentin

**Hospitalisation de Personnes Âgées** : Pavillon les Ellipses

### Missions sectorielles

#### SECTEUR OUEST

**Romilly sur Seine** : Centre de soins Camille Claudel :  
CMP, CATTP : 27 rue des Champs Élysées  
HDJ : 27 rue des Champs Élysées -

**Aix en Othe** : CMP : av. Mar. Foch -

**Villenauxe la Grande** : SPMP : Centre de détention

#### SECTEUR NORD

**Troyes** : CMP, HAD, VAD : 5 r. Fort Chevreuse

CATTP : 5 r. Fort Chevreuse

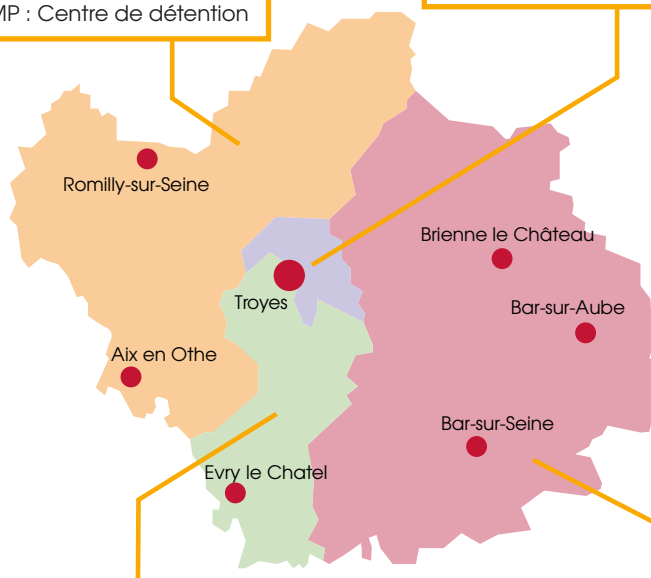
HDJ : 40 av. Pasteur

CPC : 36 av. Pasteur

**Brienne le Château** : Accueil Familial Thérapeutique - tél : 03 25 92 36 43

HDJ la Parenthèse - Dr A. Cousin

SPMP Maison d'Arrêt de Troyes



#### SECTEUR SUD

**Troyes** : CMP : 44 avenue P. Brossolette  
CATTP Troyes Sud : 44 avenue P. Brossolette

**Evry le Chatel** : CMP : 4 bd. Grands Fossés

#### SECTEUR EST

**Brienne le Château** : CMP, CATTP : 11 pl. République  
HDJ : 1 r. Pont

**Bar-sur-Aube** : CMP, CATTP : adultes et adolescents - 8 rue Gaston Cheq

**Bar sur Seine** : CMP, CATTP : 9 bis pl. Église

**Clairvaux** : SPMP Centre de détention et centrale

## ► *Constats*

La démographie médicale de psychiatres est insuffisante au regard de l'activité et des besoins du territoire de santé à prendre en charge.

Les différents fonctionnements mis en place dans le cadre de la coordination des urgences et des urgences psychiatrique ne répondent que partiellement aux besoins exprimés, notamment au sein des urgences. En effet, la fermeture des lits de 72 heures au sein des urgences psychiatriques a contribué à limiter les possibilités d'accueil des patients relevant de psychiatrie.

Mise en place en 2016, l'EPAULE (Equipe Psychiatrique d'Accueil aux Urgences et de Liaison de l'EPSMA) intervient auprès des patients accueillis aux urgences, à l'UHCD ou dans les autres services du CHT qui requièrent un avis spécialisé. Ce dispositif est cependant perfectible, et des améliorations peuvent être apportées concernant la prise en charge des urgences psychiatriques dans son ensemble. Les CMP sectoriels doivent évoluer vers une meilleure capacité d'accueil des urgences psychiatriques (premier recours).

Dans ce contexte de démographie médicale restreinte, il est à souligner qu'il est impossible aujourd'hui de répondre de façon satisfaisante aux demandes internes au GHT, mais également de répondre aux demandes des partenaires externes et des usagers.

## ► *Orientations essentielles retenues :*

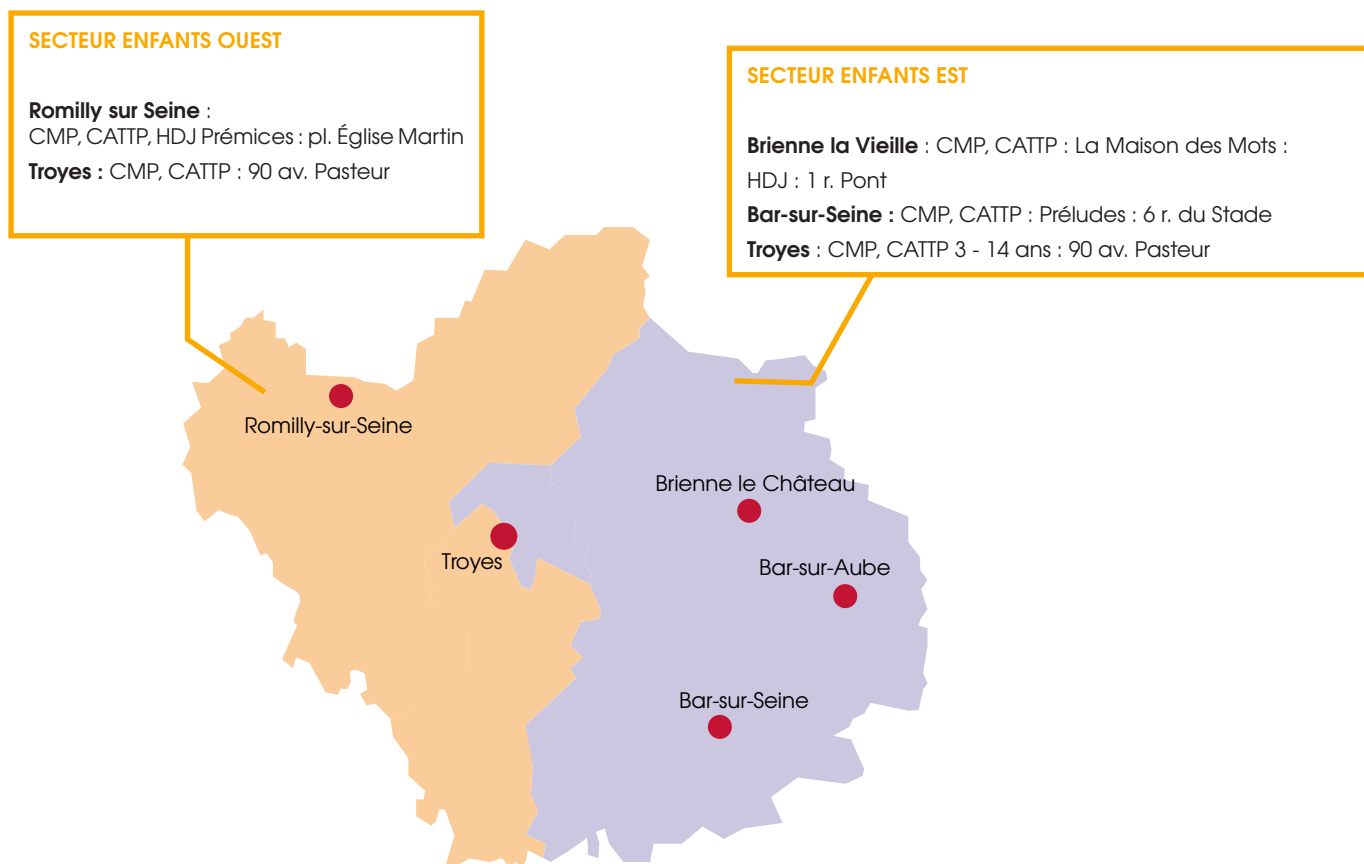
Les orientations visent à atteindre un équilibre de fonctionnement au sein de l'équipe de psychiatrie médicale et soignante, et à favoriser les échanges entre les équipes somatiques et psychiatriques afin que la prise en charge des patients soit optimale. Il est également important de donner au Centre Médico Psychologique une place de premier interlocuteur dans la prise en charge des urgences psychiatriques.

Action 1	Développer une activité d'HAD psychiatrique
<b>Constats</b>	L'EPSMA, depuis de nombreuses années et notamment sur la période récente, a réduit sa capacité en hospitalisation complète. Durant l'année passée, 10 lits de post-urgence et 25 lits de gérontopsychiatrie ont été fermés.
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Prendre en charge un patient à son domicile par des soins spécialisés coordonnés et intenses</li> <li>▶ Pas de rupture avec l'entourage et le lieu de vie</li> <li>▶ Meilleure alliance thérapeutique</li> <li>▶ Maintien, développement, restauration de l'autonomie du patient (Hygiène par exemple)</li> <li>▶ Bilan social</li> <li>▶ Réinsertion, après rupture, du patient dans un environnement social ou familial</li> <li>▶ Objectifs spécifiques concernant les personnes âgées qui nécessitent le maintien d'un lien avec le domicile, et concernant des situations de crise à domicile</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	2018-2019
<b>Moyens humains et techniques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 3 ETP IDE pour chacun des 4 secteurs, soit 12 ETP IDE.</li> <li>▶ Temps psychiatre</li> <li>▶ Véhicules, ordinateurs portables, téléphones portables</li> </ul>

Action 2	Améliorer la prise en charge des urgences psychiatriques
<b>Constats</b>	Système actuellement instable en raison principalement de difficultés de démographie médicale concernant les psychiatres. Le dispositif EPAULE (Equipe Psychiatrique d'Accueil aux Urgences et de Liaison de l'EPSMA) situé aux urgences du CH de Troyes n'a pas permis de répondre pleinement aux attentes des usagers et professionnels de santé.
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Eviter les passages en services d'urgences des patients dont la situation ne le nécessite pas</li> </ul>
<b>Actions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Développer le traitement par les CMP sectoriels en Psychiatrie de l'Adulte et Pédopsychiatrie des situations ne nécessitant pas le passage par un service des urgences</li> <li>▶ Développement des hospitalisations directes depuis les CMP vers les services de l'EPSMA</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	2017-2019

## 1.7.2. Prise en charge des enfants

### Missions sectorielles



### Missions Intersectorielles

**Troyes :** Hôpital de jour «Espace Retrouvé» , découverte du bébé (0-3 ans),  
Temps du devenir (14-18 ans) : 34 rue de la Paix

### ► *Enjeux :*

L'offre d'hospitalisation complète des enfants de 0 à 18 ans doit être développée, en lien avec les services d'hospitalisation de pédiatrie au sein du territoire. Une attention particulière doit également être portée au diagnostic de l'autisme.

### ► *Constats :*

L'offre de prise en charge des enfants présentant des pathologies en santé mentale permet un maillage territorial par la présence d'unités sur l'ensemble du département (CMP/CATTP/HDJE). D'autre part, il est souligné que le personnel bénéficie de l'ensemble des formations nécessaires à la prise en charge des psychopathologies de l'enfant et de l'adolescent. On note cependant une absence de lits d'hospitalisation complète pour les mineurs présentant une psychopathologie ou un état de décompensation aigüe.

Des partenariats sont établis et permettent d'assurer la coordination entre les différents acteurs, notamment entre la Maison de l'Adolescence de l'Aube (M2A) et la périnatalité et la pédiatrie du CH de Troyes.

Le contexte national de difficultés concernant la démographie des médecins pédopsychiatriques touche également le département de l'Aube, qui doit trouver les réponses afin d'y faire face dans les meilleures conditions.

### ► *Objectifs généraux :*

Par les différentes activités développées, les structures présentes au sein du département et les professionnels dont il dispose, l'EPSMA peut se positionner en tant qu'acteur de référence sur le territoire.

Il semble pour cela nécessaire de renforcer le travail en réseau, déjà engagé. Il est également nécessaire de développer l'hospitalisation complète de pédopsychiatrie.

### ► *Orientations essentielles retenues :*

Un secteur d'activité comprenant des lits d'hospitalisation complète sera installé à proximité du secteur d'hospitalisation complète de pédiatrie du Centre Hospitalier de Troyes.

Le développement de l'offre de pédopsychiatrie se fera également par la création d'un accueil familial et thérapeutique de pédopsychiatrie.

Concernant le diagnostic de l'autisme, il est nécessaire de formaliser une plateforme de repérage et de diagnostic précoce de l'autisme.

Action 1		Développement de lits
<b>Constats</b>	Absence de lits d'hospitalisation complète en pédopsychiatrie et lits de liaison	
<b>Action</b>	▶ Accueillir les mineurs dans un service adapté et de proximité par le développement de lits de pédopsychiatrie en partenariat avec le service d'hospitalisation complète du CH de Troyes	
<b>Calendrier</b>	Cf dossier d'autorisation et fonction du financement	
<b>Moyens humains et techniques</b>	▶ 1 ETP de psychiatre ▶ 0,5 ETP cadre de santé et 16 ETP IDE	
<b>Complémentarités inter établissement</b>	EPSMA CH de Troyes	
<b>Complémentarités avec partenaires externes</b>	CHU de REIMS/Maison des adolescents/Secteur médico-social	
Action 2		Création accueil familial thérapeutique
<b>Constats</b>	Absence de places d'accueil familial thérapeutique	
<b>Action</b>	▶ Prises en charge départementales, à la fois les séjours de rupture d'un mois et les prises en charge séquentielles	
<b>Moyens humains et techniques</b>	▶ 0,3 ETP psychiatre, 0,5 ETP psychologue, 0,5 ETP assistant social, 1 véhicule de service	
<b>Complémentarités inter établissement</b>	EPSMA CH de Troyes	
<b>Complémentarités avec partenaires externes</b>	MDPH/CAMPS/Secteur médico-social	
Action 3		Plateforme départementale d'autisme
<b>Constats</b>	Nécessité de formaliser une plateforme de repérage et de diagnostic précoce de l'autisme	
<b>Action</b>	▶ Formaliser une check list pour les bilans somatiques	
<b>Complémentarités inter établissement</b>	EPSMA	
<b>Complémentarités avec partenaires externes</b>	CAMPS/PMI/Médecine de ville/Éducation nationale	

Action 4	Organiser une filière d'exploration somatique coordonnée pour les TSA (Troubles du spectre autistique)
<b>Constats</b>	Les jeunes enfants diagnostiqués par les pédopsychiatres de l'EPSM de l'Aube dans les 5 CMP territoriaux nécessitent des explorations somatiques complémentaires : examens pédiatriques, neurologiques, génétiques, sensoriels (ophtalmologiques, ORL), pouvant parfois nécessiter une anesthésie (pour l'IRM, le PEA...).
<b>Actions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Organiser une filière coordonnée dans l'Aube où dans l'idéal, une journée d'Hôpital de Jour permettrait de réaliser tous les examens cliniques et paracliniques nécessaires, en ne faisant revenir les familles que pour les résultats.</li> <li>▶ Création d'un poste de coordinateur de parcours, évaluer l'offre actuelle en soins de support et les ressources de chaque établissement</li> <li>▶ Création d'un outil d'évaluation de critères de fragilité permettant pour certains patients de réaliser un staff pluridisciplinaire</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	2018-2019
<b>Moyens humains et techniques</b>	Cela implique de synchroniser au moins 5 services différents (pédiatrie, radiologie, anesthésie, ORL, ophtalmologie).
<b>Complémentarités inter établissement</b>	EPSMA / CH de Troyes

## 1.8. Réponse aux situations sanitaires exceptionnelles

Concernant la prise en charge de victimes potentiellement contaminées NRBC, l'établissement support du GHT est classé comme en « capacité de décontamination structurée ». A cet effet, il dispose d'une chaîne de décontamination dont il convient d'assurer la continuité de fonctionnement pendant 2 heures et la prise en charge d'au moins 25 victimes valides par heure ainsi que quelques personnes en brancard.

Les Hôpitaux Champagne Sud s'engagent, ensemble, dans cet objectif. Ils constituent une équipe opérationnelle de territoire, composée de personnels volontaires, médicaux ou soignants ou autres, issus des différents établissements et formés à l'utilisation des équipements dans le respect des règles de sécurité individuelle et collective.

Concernant un afflux massif de victimes et une situation d'hôpital en tension, les HCS s'engagent également à une entraide en cas de besoin en lits d'hébergement ou d'accès aux soins.

Ces deux aspects seront pris en compte dans le plan blanc/gestion de crise de chaque établissement, au sein d'une rubrique traitant d'une dimension territoriale de la crise, dans une logique de subsidiarité.

Les Hôpitaux Champagne Sud sont par ailleurs confrontés à une épidémie atypique lié aux entérobactéries productrices de carbopénémase (EPC), dans leurs établissements, qui crée de très importantes difficultés dans les parcours de patient et la gestion des lits. La création d'une unité dédiée est envisagée pour l'ensemble des patients concernés du GHT, incluant les établissements des Hôpitaux Champagne Sud et leurs partenaires, et en particulier le CRRF Pasteur.



# **CHAPITRE 2 : PROJET DE SOINS PARTAGÉ TRANSVERSAL AUX FILIÈRES**



2.1. Concepts et valeurs du soin .....	89
2.2. Les cinq axes du projet de soins partagé .....	91
> Fiche action 1 : Développement et accompagnement de la réflexion éthique au sein du GHT ...	92
> Fiche action 2 : Définition et déclinaison du parcours patient .....	93
> Fiche action 3 : Déclinaison du parcours patient au niveau soignant .....	94
> Fiche action 4 : Déclinaison du parcours patient (dépendant ou en situation de handicap) : populations spécifiques .....	95
> Fiche action 5 : Harmonisation du dossier de soins partagé informatisé.....	96
> Fiche action 6 : Promotion des bonnes pratiques de soins « Prise en charge de la dénutrition » ....	97
> Fiche action 7 : Cartographie des métiers sensibles .....	98
> Fiche action 8 : Accompagnement de l'évolution des professionnels .....	99
> Fiche action 9 : Accompagnement du tutorat .....	100
> Fiche action 10 : Développement et accompagnement de la mise en place des pratiques avancées et coopérations .....	101
> Fiche action 11 : Accompagnement des professionnels à l'utilisation et l'intégration de nouvelles technologies : télémédecine et consultations à distance.....	102
> Fiche action 12 : Dispositif d'accompagnement institutionnel pour les candidats cadres .....	103
> Fiche action 13 : Accompagnement du jeune cadre pour une intégration réussie .....	104
> Fiche action 14 : Renforcer la professionnalisation.....	105
> Fiche action 15 : Développement d'une communication managériale.....	106
> Fiche action 16 : développement de la responsabilité éthique pour l'équipe d'encadrement (pmp) .....	107
> Fiche action 17 : dispositif d'accompagnement des projets professionnels des cadres dans la perspective d'être cadre supérieur et/ou de pôle .....	108
> Fiche action 18 : Valorisation de la spécificité du travail en service médico-social.....	109
> Fiche action 19 : Les projets de vie personnalisés.....	110
> Fiche action 20 : Les accompagnements spécifiques .....	111



Le comité de pilotage composé de directeurs de soins, directeur d'EHPAD et de cadres supérieurs de santé en charge de la coordination des soins, dresse un état de lieux sur les projets de soins dans les établissements partenaires ainsi que sur l'existence de projet de soins partagé. Il dresse ensuite un état sur les dates de renouvellement des CSIRMT. Il définit ensuite cinq axes de travail :

- ▶ Parcours patient en lien avec le projet médical
- ▶ Prendre soin : Ethique, recherche
- ▶ Gestion des compétences
- ▶ Projet managérial
- ▶ Projet d'accompagnement médico-social

Ce travail s'articule avec les PCME pour répondre à l'offre de soins et fluidifier, coordonner le parcours de soins de l'utilisateur au sein du territoire. Il s'inscrit dans une volonté commune de mobiliser tous les professionnels autour d'objectifs communs de prise en soins.

Le comité de pilotage engage ensuite une réflexion sur les concepts et les valeurs de soins communs aux professionnels du GHT.

## 2.1. Concepts et valeurs du soin

### 2.1.1. Les concepts fondateurs de la démarche soignante au sein des HCS

Le concept de soin trouve son fondement dans la pratique soignante ainsi que dans le cadre philosophique, les modèles conceptuels et théoriques de notre profession.

Notre culture, notre vécu, nos valeurs impactent notre perception sur les concepts de base en soins résumés ci-dessous et définis dans les référentiels professionnels et l'OMS :

- ▶ Concept de l'Homme et de la personne soignée (être unique avec des attentes et besoins fondamentaux, un tout indivisible).
- ▶ Concept de la santé (état dynamique susceptible de variations, satisfaction de tous les besoins)
- ▶ Concept de la maladie (altération de l'état d'équilibre)
- ▶ Concept de la maladie mentale (altération de la vie des relations en tant que support au monde et/ou à soi-même)
- ▶ Concept de l'environnement (influences des éléments extérieurs sur la vie, le bien-être, la santé de la personne)

### 2.1.2. Le concept du soin

C'est un acte réfléchi, une réponse ayant pour objectif de promouvoir, protéger, maintenir ou restaurer l'équilibre de la personne soignée dans toutes ses dimensions (biologique, physiologique, physique, psychologique et sociale).

Selon Walter Hesbeen, « le soin est une attention particulière portée à une personne qui vit une situation particulière et ce, dans la perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé ».

Les soins regroupent les interventions infirmières, de rééducation et médicotéchniques et/ou de tout autre professionnel de santé, à visée : thérapeutique, diagnostique, palliative, préventive, éducative et d'accompagnement.

L'engagement d'une réflexion sur la démarche de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques au sein des HCS (recueil des besoins, raisonnement clinique infirmier et projet de soins pour harmoniser les pratiques d'utilisation du dossier de soins informatisé), reste un préalable indispensable dans cette dynamique de collaboration.

La qualité de cette dispensation de soin s'appuie sur un raisonnement clinique partagé combinant un savoir théorique et la connaissance particulière du patient. Elle requiert :

Un langage commun et partagé par tous

- ▶ Des références professionnelles communes
- ▶ Des compétences métiers
- ▶ Des valeurs professionnelles communes
- ▶ Une collaboration médico-soignante
- ▶ Une approche pluridisciplinaire
- ▶ Un parcours de soins coordonné
- ▶ Une implication de la personne soignée et/ou de son entourage

### 2.1.3. Le concept de valeur

Le concept de valeur, fait référence à des manières d'agir et de se comporter des professionnels. Les valeurs se déclinent en 2 dimensions complémentaires :

- ▶ Les valeurs humanistes (le respect d'autrui, la bienveillance, l'équité, le respect des droits du patient, la satisfaction de ses besoins fondamentaux, l'autonomie)
- ▶ Les valeurs professionnelles (la compétence, le professionnalisme, l'empathie, la solidarité, le « prendre soin », la responsabilité)

Elles s'appliquent à tous les acteurs des HCS.

### 2.1.4. Le rôle des valeurs dans la pratique soignante

Ces valeurs partagées par les professionnels des HCS conditionnent la qualité des soins dispensés.

Elles influencent leurs actions, orientent leurs comportements et leurs attitudes en constituant un idéal commun à atteindre : une prise en charge personnalisée et optimisée. Ainsi, la pratique soignante est guidée par la singularité de la personne soignée, par l'expression de ses volontés. Ces valeurs, pouvant parfois s'opposer, rendent les décisions difficiles car elles imposent aux professionnels de faire des choix. Le questionnement éthique, vise alors à déterminer comment agir au mieux, dans le respect des souhaits de la personne soignée.

## 2.2. Les cinq axes du projet de soins partagé

### 2.2.1. AXE 1 : PRENDRE SOINS

Le concept du « prendre soin » est une des orientations choisies et affirmées par les directions de soins des établissements membres du GHT.

Le « prendre soin » constitue le socle de la pratique soignante. Il représente l'une des valeurs essentielles dans la démarche réflexive sur le sens à donner au travail quotidien des professionnels de santé, dans un contexte d'évolution permanente qui génère de profonds changements dans les modes de prise en charge.

L'universalité du « prendre soin » sous-entend la reconnaissance de la personne soignée dans la globalité de ses besoins, exprimés ou non, de ses attentes et de ses souhaits.

Il requiert du savoir-faire et du savoir être des professionnels qui doivent constamment rechercher le bon équilibre entre le partage de l'expertise et la collaboration des intervenants impliqués dans les soins.

« Prendre soin » devient alors une activité complexe et singulière lorsqu'elle se réalise en milieu hospitalier, et plus particulièrement dans la relation soignant- soigné.

En effet le concept du prendre soin revêt une dimension humaine essentielle dans la prise en charge des usagers bénéficiaires du Soins.

Les soignants attentifs à la dimension humaine du soin s'engagent dans le respect des bonnes pratiques professionnelles dans les différents processus de prise en charge tout au long du parcours de la personne soignée par :

- ▶ Un accueil personnalisé par une présence, un respect, une écoute, une disponibilité
- ▶ L'élaboration de son projet de soins individualisé, la prévention de la douleur, la prise en charge de la dénutrition, l'accompagnement dans la maladie
- ▶ La recherche de la participation et du consentement du patient
- ▶ L'information du patient et de son entourage
- ▶ La continuité, la coordination et la sécurisation des pratiques de soins
- ▶ Et l'anticipation de la sortie dans de bonnes conditions, l'articulation avec le service social...

Ce concept de prendre soin implique de la part de l'ensemble des soignants la nécessité de mener une réflexion éthique sur leurs pratiques en cohérence avec l'éthique médicale définie au sein des HCS. Une démarche institutionnelle est à ce titre engagée mobilisant l'ensemble des professionnels médicaux et soignants des Hôpitaux Champagne Sud.

Cette démarche éthique est menée conjointement au développement de la recherche aux Hôpitaux Champagne Sud, dans le cadre d'une démarche institutionnelle menée dans le cadre de l'Unité de Recherche Clinique et de Recherche en Soins (URCRS), dont les travaux sont coordonnés par une équipe intégrant un cadre de santé référent pour la recherche en soins.

Les principales orientations visent à :

- ▶ Développer la coordination médecins/ soignants pour une prise en charge efficiente au service du patient garantissant qualité et sécurité des soins
- ▶ Prévenir la maltraitance et promouvoir la bientraitance dans les pratiques soignantes
- ▶ Favoriser les pratiques collaboratives entre les équipes du GHT afin de mieux agir sur les interfaces et éviter les ruptures de soins
- ▶ Poursuivre la démarche continue d'amélioration de la qualité des soins et de prévention des risques évitables associés aux soins en poursuivant les projets et les actions engagées, en collaboration avec le service d'appui à la qualité/gestion des risques du GHT.

► *Fiche action 1 : Développement et accompagnement de la réflexion éthique au sein du GHT*

<b>Etablissements concernés</b>	Tous les établissements des HCS
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Offrir aux professionnels hospitaliers un lieu d'expression, de rencontre et de réflexion sur les questions d'éthique soulevées par leurs pratiques.</li> <li>▶ Encourager l'émergence de nouvelles compétences professionnelles.</li> <li>▶ Soutenir le questionnement éthique à partir des évolutions de la société.</li> <li>▶ Favoriser le développement de la recherche en éthique, et la discussion des problèmes d'éthique attachés à la recherche.</li> </ul>
<b>Actions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Identifier les acteurs concernés, motivés par l'éthique dans les HCS</li> <li>▶ Déployer un espace éthique dans chaque établissement du GHT</li> <li>▶ Rédiger un règlement de fonctionnement de chaque espace éthique</li> <li>▶ Proposer des moments d'échanges : café éthique dans chaque établissement ouvert à tous, soirée conférence, etc.</li> <li>▶ Formation commune pour les HCS sur une thématique éthique</li> </ul>
<b>Acteurs concernés</b>	▶ Tous les professionnels du GHT
<b>Echéancier</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Dès le 2ème semestre 2016 pour la communication</li> <li>▶ Actions au long cours pour les autres leviers</li> </ul>
<b>Indicateurs de résultat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Espace éthique en place dans les établissements</li> <li>▶ Nombre de rencontres, débats...</li> <li>▶ Nombre de formation éthique</li> </ul>
<b>Références bibliographique ou réglementaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Vu la Loi n°2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique</li> <li>▶ Vu la Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique</li> <li>▶ Manuel de certification des établissements de santé V2010 - Janvier 2014</li> <li>▶ Chapitre 1 : Management de l'établissement, Partie 1 : Management stratégique,</li> <li>▶ Critère 1.c : Démarche éthique</li> </ul>

## 2.2.2. AXE 2 : PARCOURS PATIENT

### ► Fiche action 2 : Définition et déclinaison du parcours patient

<b>Etablissements concernés</b>	Tous les établissements des HCS
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>► Déployer une stratégie pour favoriser une réflexion commune sur l'élaboration d'un projet médico-soignant partagé</li><li>► S'associer aux PCME et Chefs de pôle dans la rédaction des filières de soins coordonnées (+ filières)</li><li>► Cultiver et élargir la démarche de réflexions pluri professionnelle</li><li>► CASL ?</li></ul>
<b>Actions</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>► Participer aux réunions PCME / PCSIRMT</li><li>► Associer les cadres et cadres supérieurs de santé à la rédaction des filières de soins</li></ul>
<b>Acteurs concernés</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>► Tous les professionnels paramédicaux du GHT</li></ul>
<b>Echéancier</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>► En fonction de l'avancée du PMP</li></ul>
<b>Indicateurs de résultat</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>► Nombre de projets et d'actions communes réalisé</li></ul>
<b>Références bibliographique ou réglementaires</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>► Manuel de certification des établissements de santé V2010 Janvier 2014 - HAS Chapitre 1 : Management de l'établissement, Partie 1 : Management stratégique Chapitre 2 : Prise en charge du patient, Partie 3 : Parcours du patient</li><li>► GHT, Idées clés pour le projet de soins partagé, Ministère des affaires sociales et de la santé (Février 2017)</li></ul>

► *Fiche action 3 : Déclinaison du parcours patient au niveau soignant*

<b>Établissements concernés</b>	Tous les établissements des HCS
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Assurer un accueil sécurisé et personnalisé de l'usager</li> <li>▶ Réaliser une évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient</li> <li>▶ Définir le projet de soin personnalisé avec le patient et l'équipe pluridisciplinaire</li> <li>▶ Assurer la continuité et la coordination de la prise en soin tout au long du séjour en prenant en compte les urgences vitales</li> <li>▶ Permettre au patient de bénéficier d'un accompagnement à l'éducation thérapeutique par les professionnels et/ou les associations d'usagers et de patients experts</li> <li>▶ Optimiser la sortie du patient pour réduire les risques de rupture de continuité des soins</li> </ul>
<b>Actions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Formaliser une procédure commune d'accueil (accueil personnalisé, évaluation, information)</li> <li>▶ Dispenser des soins de qualité dans le respect des droits du patient et des bonnes pratiques professionnelles en promouvant les valeurs et l'éthique professionnelles (élaboration d'une charte)</li> <li>▶ Définir et concevoir des outils communs (dossier patient informatisé, questionnaires.....)</li> <li>▶ Proposer un plan de communication adapté permettant la continuité des soins</li> <li>▶ Formaliser le processus de sortie et anticiper les besoins d'aval (HAS, documents de sortie, fiche de liaison, coordination et information, service social, médico-social...)</li> </ul>
<b>Acteurs concernés</b>	▶ Tous les professionnels paramédicaux du GHT
<b>Echéancier</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Dès le 2<sup>ième</sup> semestre 2017 pour la communication</li> <li>▶ Actions au long cours pour les autres leviers 2017/2020</li> </ul>
<b>Indicateurs de résultat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Élaboration et diffusion de la charte</li> <li>▶ Audit « sortie du patient », nombre de procédures</li> </ul>
<b>Références bibliographique ou réglementaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Manuel de certification des établissements de santé V2010 - Janvier 2014 - HAS Chapitre 2 : Prise en charge du patient, Partie 1 : Droits et place des patients Partie 2 : Gestion des données Partie 3 : Parcours du patient</li> <li>▶ GHT, Idées clés pour le projet de soins partagé, Ministère des affaires sociales et de la santé (Février 2017)</li> </ul>

► *Fiche action 4 : Déclinaison du parcours patient (dépendant ou en situation de handicap) : populations spécifiques*

<b>Etablissements concernés</b>	GHT
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Tenir compte des besoins spécifiques des populations à risque à chacune des étapes du parcours</li> </ul>
<b>Actions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Diffuser la charte Romain Jacob au sein des unités de soins des HCS</li> <li>▶ Présenter et déployer la fiche de liaison PH (ES/EMS) au sein des unités des HCS</li> <li>▶ Rédiger une procédure spécifique d'accueil (accueil personnalisé, évaluation, information)</li> <li>▶ Inscrire dans le plan de formation pluriannuel, la sensibilisation du personnel sur le handicap (exemple : le personnel des urgences, l'accueil spécifique, la communication non verbale...).</li> <li>▶ Organiser des formations croisées entre les acteurs de l'hôpital, du médico-social voire en associant des professionnels libéraux.</li> <li>▶ Optimiser l'utilisation des nouvelles technologies (télémédecine, e-learning...)</li> </ul>
<b>Acteurs concernés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Professionnels de santé du GHT</li> <li>▶ Famille</li> <li>▶ Patients</li> <li>▶ Représentants des Usagers</li> </ul>
<b>Echéancier</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ PSP 2017-2022</li> </ul>
<b>Indicateurs de résultat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Nombre de procédures</li> <li>▶ Élaboration et diffusion de la charte</li> </ul>
<b>références bibliographique ou réglementaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Manuel de certification des établissements de santé V2010 - Janvier 2014 - HAS Chapitre 2 : Prise en charge du patient, Partie 3 : Parcours du patient, Référence 19 : Les prises en charge particulières</li> <li>▶ SDPSH</li> <li>▶ Boîte à outil FHF + ARS</li> <li>▶ FC Facile A Lire et Comprendre (FALC). (Livret d'accueil)</li> </ul>

► *Fiche action 5 : Harmonisation du dossier de soins partagé informatisé*

<b>Etablissements concernés</b>	Tous les établissements des HCS
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>► Engager une réflexion sur la démarche de soins infirmiers et paramédicaux au sein des HCS (recueil des besoins, raisonnement clinique infirmier et projet de soins), pour harmoniser les pratiques d'utilisation du dossier de soins informatisé</li> </ul>
<b>Actions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>► Définir les outils communs pour garantir une meilleure continuité et coordination des soins (dossier patient informatisé, fiche de liaison, questionnaire)</li> <li>► Créer dans le DPI un emplacement spécifique pour le suivi de PEC des rééducateurs et médico-techniques</li> <li>► Poursuivre la formation des nouveaux agents à l'utilisation du logiciel</li> </ul>
<b>Acteurs concernés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>► Tous les professionnels paramédicaux et l'IFSI du GHT</li> </ul>
<b>Echéancier</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>► 2017 - 2018</li> </ul>
<b>Indicateurs de résultat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>► Nb de procédures formalisées</li> <li>► Nb d'interventions tracées par les rééducateurs et médico-techniques</li> </ul>
<b>Références bibliographique ou réglementaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>► Manuel de certification des établissements de santé V2010 - Janvier 2014 - HAS Chapitre 2 : Prise en charge du patient, Partie 2 : Gestion des données du Patient</li> <li>► DOSSIER DU PATIENT : Réglementation et recommandations (ANAES juin 2003)</li> <li>??</li> </ul>



► *Fiche action 6 : Promotion des bonnes pratiques de soins « Prise en charge de la dénutrition »*

<b>Etablissements concernés</b>	Tous les établissements des HCS
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Prévenir la dénutrition de la personne soignée tout au long de son parcours de soins au sein du GHT</li> </ul>
<b>Actions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Dépister la dénutrition</li> <li>▶ Suivi du poids, de la taille et de l'IMC</li> <li>▶ Calcul de la perte de poids par rapport au poids de référence.</li> <li>▶ Suivi des fiches alimentaires et calcul des ingesta.</li> <li>▶ Dépister les troubles bucco-dentaires</li> <li>▶ Adapter le régime alimentaire en fonction des goûts et dégoûts mais également la texture du menu.</li> </ul>
<b>Acteurs concernés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Médecins</li> <li>▶ Soignants</li> <li>▶ Diététiciennes</li> <li>▶ Responsables de la restauration</li> <li>▶ Patients, résidents</li> <li>▶ Représentants des usagers</li> <li>▶ Familles des résidents</li> <li>▶ Les représentants des familles</li> </ul>
<b>Echéancier</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 2017/2018</li> </ul>
<b>Indicateurs de résultat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ IPAQSS</li> <li>▶ Questionnaires de satisfaction</li> <li>▶ Nombre d'albuminémie</li> <li>▶ Nombre de personnes dépistées</li> </ul>
<b>Références bibliographique ou réglementaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Guide de l'HAS</li> <li>▶ Recommandations professionnelles 2007</li> <li>▶ Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique</li> </ul>

## 2.2.3. AXE 3 : GESTION DES COMPETENCES

### ► Fiche action 7 : Cartographie des métiers sensibles

<b>Etablissements concernés</b>	Tous les établissements des HCS
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Adopter une cohérence avec le projet social</li> <li>▶ Identifier les métiers sensibles soignants au travers d'une cartographie reflétant le territoire Champagne Sud</li> <li>▶ Engager une réflexion sur les compétences soignantes sur le territoire à l'aide d'une Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences</li> <li>▶ Prendre en compte l'évolution démographique spécifique de notre territoire</li> <li>▶ Proposer une offre de soins cohérente, complémentaire et non redondante, répondant aux besoins du territoire</li> </ul>
<b>Actions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Réaliser un état des lieux en collaboration avec les directions des ressources humaines             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifier au sein du GHT (par établissement) le nombre de professionnels par catégorie</li> <li>- Identifier les compétences spécifiques des paramédicaux et médico techniques</li> <li>- Réaliser une cartographie des métiers sensibles à la fois paramédical et médico technique sur le territoire et projection</li> <li>- Consulter les Etudes démographiques et projection concernant la population ainsi que son profil (identification du besoin)</li> </ul> </li> <li>▶ Mettre en corrélation l'offre par rapport au besoin (repérage des manques et des doublons)</li> <li>▶ Identifier les besoins de formation des paramédicaux et médico techniques</li> </ul>
<b>Acteurs concernés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Directions des ressources humaines</li> <li>▶ Directions des soins</li> <li>▶ Manipulateurs en électro radiologie médicale</li> <li>▶ Kinésithérapeute, ergothérapeute</li> <li>▶ Psychomotricien</li> <li>▶ Diététicienne</li> <li>▶ Techniciens de laboratoire, IDE, IADE, IBODE, IDE Puéricultrice, IDE Hygiéniste</li> <li>▶ Cadre supérieur, cadre de pôle</li> <li>▶ Aide- soignant</li> <li>▶ Aide médico psychologique</li> <li>▶ Auxiliaire de puériculture</li> <li>▶ Auxiliaire de vie</li> <li>▶ Orthophoniste</li> <li>▶ Orthoptiste</li> </ul>
<b>Echéancier</b>	▶ Période du projet de soins commun : 2017-2022
<b>indicateurs de résultat</b>	▶ Mise en adéquation annuelle de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) par rapport aux besoins identifiés
<b>Références bibliographique ou réglementaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière.</li> <li>▶ Étude prospective des métiers de la FPH (ministère de la santé et de la solidarité)             <ul style="list-style-type: none"> <li>- INSEE (données démographiques)</li> </ul> </li> <li>▶ Bilan social de chaque établissement du GHT</li> <li>▶ Manuel de certification des établissements de santé V2010 - Janvier 2014 –HAS             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chapitre 1 : Management de l'établissement, Partie 2 : Management des ressources</li> </ul> </li> </ul>

► *Fiche action 8 : Accompagnement de l'évolution des professionnels*

<b>Etablissements concernés</b>	Tous les établissements des HCS
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Permettre à chaque agent d'accéder à des formations lui permettant de compléter son cursus</li> <li>▶ Repérer les potentiels de chaque agent pour lui donner les possibilités d'évolution</li> <li>▶ Prévenir les risques psychosociaux liés à un épuisement professionnel (poste non adapté)</li> <li>▶ Permettre une reconversion professionnelle réfléchie et bénéfique pour l'agent et l'établissement</li> <li>▶ Favoriser la reconnaissance et la valorisation des professionnels</li> </ul>
<b>Actions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Co-construire et favoriser des parcours « découverte » dans d'autres services ou autres établissements</li> <li>▶ Formaliser lors des entretiens annuels d'évaluation les besoins en formation et les possibilités d'évolution</li> <li>▶ Accompagner les agents dans leur parcours de VAE.</li> <li>▶ Identifier les difficultés rencontrées par les agents (épuisement professionnel, TMS...)</li> <li>▶ Rentrer dans une politique de polyvalence et de mobilité interne. Créer un document de contractualisation</li> </ul>
<b>Acteurs concernés</b>	▶ Tous les agents paramédicaux du GHT
<b>Echéancier</b>	▶ Période du projet de soins commun : 2017-2022
<b>Indicateurs de résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Nombre d'agents ayant bénéficié du parcours découverte</li> <li>▶ Nombre d'agents ayant bénéficié d'une formation correspondant à une demande formulée</li> <li>▶ Nombre d'agents ayant obtenu un diplôme grâce à une VAE</li> </ul>
<b>Références bibliographiques ou réglementaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Textes réglementant les différents métiers</li> <li>▶ Manuel de certification des établissements de santé V2010 - Janvier 2014 –HAS Chapitre 1 : Management de l'établissement, Partie 2 : Management des ressources</li> </ul>

► *Fiche action 9 : Accompagnement du tutorat*

<b>Etablissements concernés</b>	Tous les établissements des HCS
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>► Accueillir et accompagner les agents dans une évolution liée au GHT</li><li>► Anticiper des futures mobilités géographiques et ou fonctionnelles</li><li>► Diminuer la charge mentale souvent élevée pour une nouvelle prise de poste. (Nombre important d'informations à retenir)</li><li>► Favoriser la stabilité des équipes ayant un turn over important</li><li>► Contribuer au maintien de l'expertise soignante de certains services en lien avec les métiers sensibles.</li><li>► Transmettre les savoirs, les savoirs faire et les savoirs être.</li><li>► Permettre au nouveau professionnel intégrant un service du GHT d'être opérationnel dans les meilleurs délais et dans de bonnes conditions</li><li>► Contribuer à favoriser le bien-être au travail et permettre ainsi une fidélisation des professionnels compétents et des futurs professionnels</li></ul>
<b>Actions</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>► Rédiger un parcours d'intégration des nouveaux arrivants par catégorie professionnelle</li><li>► Adapter le parcours d'intégration aux spécificités de chaque pôle/service</li><li>► Rédiger un livret d'accueil pour les étudiants</li><li>► Accompagner les services dans l'utilisation des différents outils</li><li>► Rédiger de deux fiches profil tuteur : nouveaux arrivants et étudiants (sélection, missions ...)</li><li>► Former des tuteurs</li><li>► Identifier dans chaque établissement une personne en charge d'évaluer le tutorat des nouveaux arrivants (satisfaction de l'agent et du parcours d'intégration).</li><li>► Intégrer le tutorat dans le futur projet social du GHT</li><li>► Conduire et évaluer les dispositifs</li></ul>
<b>Acteurs concernés</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>► Tous les agents paramédicaux du GHT</li></ul>
<b>Echéancier</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>► Période du projet de soins commun : 2017-2022</li></ul>
<b>indicateurs de résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>► Nombre de personnes ayant bénéficié du parcours tutorat.</li></ul>
<b>Références bibliographique ou réglementaires</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>► Les différents décrets régissant les professions paramédicales.</li></ul>

► *Fiche action 10 : Développement et accompagnement de la mise en place des pratiques avancées et coopérations*

<b>Etablissements concernés</b>	Tous les établissements des HCS
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ S'inscrire dans l'évolution des professions paramédicales</li> <li>▶ Permettre à un plus grand nombre de patients/ résidents et usagers d'accéder à une réponse à leur demande en soins et permettre au médecin de se concentrer sur la partie la plus pointue de son expertise</li> <li>▶ Répondre à des nouvelles demandes sociales (accès à l'information, démocratie sanitaire...)</li> <li>▶ Coordonner la prise en soins des patients/ résidents et usagers au sein du GHT et relation ville/hôpital</li> <li>▶ Fidéliser la population du territoire afin que le GHT apporte la réponse adaptée et reconnue pour l'ensemble de leurs besoins</li> <li>▶ Renforcer l'attractivité des établissements du GHT pour les personnels para médicaux</li> <li>▶ Développer la coordination</li> <li>▶ Favoriser la recherche en soins</li> </ul>
<b>Actions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Établir un profil de la population du grand sud Champagne et ses environs. (identification du besoin)</li> <li>▶ Intégrer le cadre réglementaire nécessaire à la mise en œuvre des pratiques avancées</li> <li>▶ Repérer les compétences existantes et élaborer un plan de formation (repérer les enseignements dispensés dans le cursus LMD)</li> <li>▶ Mettre en adéquation l'offre par rapport au besoin.</li> <li>▶ Mettre en corrélation les pratiques avancées et la télémédecine</li> <li>▶ Rédiger des protocoles de coopération en ayant au préalable identifié le besoin, et mise en œuvre après autorisation</li> <li>▶ Faire un état des lieux des pratiques existantes (Consultations de première intention,...) et réfléchir aux autres possibilités</li> <li>▶ Communiquer sur l'expertise du GHT</li> </ul>
<b>Acteurs concernés</b>	▶ Médecin, sage- femme, IDE, IADE, IBODE, IDE Puéricultrice, IDE Hygiéniste, auxiliaires médicaux....
<b>Echéancier</b>	▶ Période du projet de soins commun : 2017-2022
<b>indicateurs de résultat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Nombre de personnes formées</li> <li>▶ Nombre de protocoles</li> <li>▶ Nombre d'actes de soins en pratiques avancées</li> </ul>
<b>Références bibliographique ou réglementaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Loi N°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé</li> <li>▶ Dynamiques professionnelles dans le champ de la santé, « la coordination dans les réseaux de de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles »</li> <li>▶ Projet de décret GHT</li> <li>▶ Loi HPST (article 51)</li> </ul>

► *Fiche action 11 : Accompagnement des professionnels à l'utilisation et l'intégration de nouvelles technologies : télémédecine et consultations à distance*

<b>Etablissements concernés</b>	Tous les établissements des HCS
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Offrir l'expertise médicale sur l'ensemble du territoire</li> <li>▶ Améliorer le service rendu à la population du Sud Champagne en proposant une offre de soins cohérente et complémentaire</li> <li>▶ Réduire les coûts en évitant les transferts inutiles, les pertes d'informations générant des reprises d'examens etc...</li> <li>▶ Faciliter l'accès aux spécialistes</li> <li>▶ Coordonner la prise en soins des patients/ résidents et usagers</li> <li>▶ Fidéliser la population du territoire afin que le GHT apporte la réponse adaptée et reconnue pour l'ensemble de leurs besoins</li> <li>▶ Renforcer l'attractivité des établissements du GHT pour les personnels médicaux et para médicaux</li> <li>▶ Accompagner le changement et préparer les professionnels à de nouvelles pratiques</li> </ul>
<b>Actions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Structurer un dossier patient commun à l'ensemble du territoire afin de le rendre accessible à tous les acteurs de santé</li> <li>▶ Réaliser un diagnostic interne et externe de l'existant (besoins, activités des principaux acteurs du territoire, complémentarités et doublons, ressources médicales...)</li> <li>▶ Élaborer un plan de formation : télémédecine, spécialisations</li> <li>▶ Articuler le projet d'établissement en intégrant la télémédecine</li> <li>▶ Mettre en œuvre la télémédecine</li> <li>▶ Communiquer sur ce nouveau service rendu à la population</li> <li>▶ Former les professionnels à de nouvelles pratiques.</li> <li>▶ Travailler en étroite collaboration avec la direction info/numérique</li> </ul>
<b>Acteurs concernés</b>	▶ Directeurs, personnel médical, bio médical et paramédical, service informatique
<b>Echéancier</b>	▶ Période du projet de soins commun : 2017-2022
<b>Indicateurs de résultat</b>	▶ Nombre d'actes facturés dans le cadre de la télémédecine
<b>Références bibliographique ou réglementaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ La loi Hôpital, patients, santé et territoire</li> <li>▶ Esanté.gouv.fr télémédecine</li> <li>▶ Les différents décrets régissant les professions paramédicales</li> <li>▶ Projet de décret GHT</li> <li>▶ GHT, Idées clés pour le projet de soins partagé, Ministère des affaires sociales et de la santé (Février 2017)</li> </ul>

## 2.2.4. AXE 4 : PROJET MANAGERIAL

► Fiche action 12 : Dispositif d'accompagnement institutionnel pour les candidats cadres

<b>Etablissements concernés</b>	Tous les établissements des HCS
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>► Repérer et mobiliser les talents de managers chez les paramédicaux</li><li>► Répondre aux besoins de l'institution en fonction des perspectives de postes</li><li>► Réduire le nombre de faisant fonction</li></ul>
<b>Actions</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>► Élaborer une grille de repérage des aptitudes et du potentiel</li><li>► Identifier les professionnels</li><li>► Faire émerger les projets professionnels au cours de l'entretien annuel d'évaluation avec le cadre de santé de l'unité</li><li>► Présentation du projet professionnel par le cadre supérieur de santé du pôle pour validation par le directeur de soins ou son représentant.</li><li>► Proposer des postes de faisant fonction (temps limité à 3 ans maximum) en dehors de l'unité d'origine ou confier des missions institutionnelles</li><li>► Décliner les attendus vis-à-vis des faisant fonction</li><li>► Définir un parcours de formation qui conduit à la préparation du concours (écriture d'un projet professionnel) ou du master</li><li>► Désigner un tuteur pour les accompagner dans leur démarche professionnelle</li></ul>
<b>Acteurs concernés</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>► Les paramédicaux ayant 5 années d'expérience au moment du concours IFCS</li><li>► Les paramédicaux ayant une expérience managériale de 3 ans, s'engageant dans un master 2 en management pourront prétendre à l'issue à se présenter au concours sur titre de cadre de santé après validation du parcours par la DRJCS</li><li>► L'encadrement</li><li>► Le directeur des soins</li><li>► La DRH dans le cadre de la GPMC</li></ul>
<b>Echéancier</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>► 2017- 2019</li></ul>
<b>Indicateurs de résultat</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>► Nombre de professionnels inscrits dans la démarche</li><li>► Nombre de professionnels inscrits et reçus au concours annuellement</li><li>► Nombre de faisant fonctions</li></ul>
<b>Références bibliographique ou réglementaires</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>► Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création du diplôme de cadre de santé. Modifié par le décret n°2008-806 du 20 août 2008 publié au J.O. n°195 du 22 août 2008.</li><li>► F.ESTRIC. « Dispositif d'accompagnement des postulants cadres », Soins cadres, février 2015, n °93</li></ul>

► *Fiche action 13 : Accompagnement du jeune cadre pour une intégration réussie*

<b>Etablissements concernés</b>	Tous les établissements des HCS
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Permettre une prise de poste sereine</li> <li>▶ Aider le cadre à se positionner dans sa nouvelle fonction</li> <li>▶ Réussir l'intégration</li> </ul>
<b>Actions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Formaliser des procédures d'accueil (tutorat)</li> <li>▶ Présenter le professionnel à l'équipe dont il a la responsabilité</li> <li>▶ Construire un parcours d'intégration (nommer un tuteur, rencontres avec les différents partenaires de l'institution, rapport d'étonnement)</li> <li>▶ Organiser des journées de rencontres et d'échanges avec toutes les directions fonctionnelles après 4 mois de prise de poste</li> <li>▶ Proposer au sein des HCS deux journées d'échanges de pratique professionnelle à 5 mois et à 1 an après la prise de fonction</li> <li>▶ Définir des attributions et des orientations précises (fiche de poste détaillée, fixer des objectifs atteignables)</li> <li>▶ Evaluer la prise de fonction tout au long de la démarche d'intégration.</li> </ul>
<b>Acteurs concernés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Cadres de retour de formation, cadres arrivant de l'extérieur, cadres expérimentés (analyse de pratique professionnelle)</li> <li>▶ tuteurs</li> </ul>
<b>Echéancier</b>	▶ 2018-2019
<b>Indicateurs de résultat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Nombre de cadres accompagnés</li> <li>▶ Nombre de participants aux journées de rencontres et d'échanges</li> </ul>
<b>Références bibliographique ou réglementaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ D.Bourgeon Dominique « Les cadres de santé et la reconnaissance au travail », édition Lamarre, p 146 à 148</li> <li>▶ Fabienne Banchet Cadre Supérieur de Santé « Soins Cadres N°93 » février 2015</li> </ul>



► *Fiche action 14 : Renforcer la professionnalisation*

<b>Etablissements concernés</b>	Tous les établissements des HCS
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>► Evaluer les aptitudes managériales</li><li>► Adapter et accompagner le cadre dans la mise en œuvre des évolutions de l'hôpital</li><li>► Positionner le cadre au sein de l'institution dans sa participation à l'efficience et à l'optimisation de la qualité des soins de l'unité</li></ul>
<b>Actions</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>► Concevoir un référentiel de compétences et d'activité des cadres (référentiel DGOS, APHP)</li><li>► Recentrer le cadre sur son cœur de métier</li><li>► Ajuster les fiches de poste de façon conjointe avec les spécificités des pôles</li><li>► Proposer des séminaires et formation pour inscrire le cadre dans un processus continu d'acquisition de compétences et d'actualisation de ses connaissances</li></ul>
<b>Acteurs concernés</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>► Les cadres en poste</li><li>► DRH formation continue</li><li>► Directeur des Soins</li></ul>
<b>echéancier</b>	► Période du projet de soins partagé : 2017 – 2022
<b>Indicateurs de résultat</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>► Nombre de formations réalisées en lien avec la professionnalisation des cadres</li><li>► Nombre de participants cadres dans des projets et missions transversales</li></ul>
<b>Références bibliographique ou réglementaires</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>► Ordonnances du 24 Avril 1996 : Contractualisation d'objectifs et de moyens</li><li>► Référentiel des compétences DGOS/APHP</li><li>► Anne Muller Cadre Supérieur de Santé Soins Cadres n°97 février 2016 P 35-37</li></ul>

► *Fiche action 15 : Développement d'une communication managériale*

<b>Etablissements concernés</b>	Tous les établissements des HCS
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Mettre en adéquation les attentes des cadres et les besoins exprimés du directeur des soins ou son représentant</li> <li>▶ Préserver et/ou encourager la performance de l'équipe d'encadrement, la dynamiser pour favoriser l'atteinte d'objectifs et de résultats.</li> <li>▶ Développer une vision commune managériale au sein des HCS</li> </ul>
<b>Actions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Informer sur le contexte du système de santé et de l'environnement</li> <li>▶ Faire participer les cadres de pôles aux stratégies d'établissement</li> <li>▶ Poser des principes partagés de communication et favoriser le partage des données</li> <li>▶ Prévoir des réunions d'encadrement pour favoriser l'expression, la concertation afin d'optimiser le fonctionnement collectif de qualité dans un contexte de changement</li> <li>▶ Préparer les instances avec les cadres de pôle</li> <li>▶ Planifier une formation managériale commune au HCS</li> <li>▶ Organiser des séminaires de cadres ou journées des managers</li> <li>▶ Développer des ateliers d'analyse managériale avec un intervenant extérieur.</li> </ul>
<b>Acteurs concernés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Cadres de proximité</li> <li>▶ Cadres de pôle</li> <li>▶ Directeur des Soins</li> </ul>
<b>Echéancier</b>	▶ 2017-2018
<b>Indicateurs de résultat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Nombre de réunions d'encadrement en précisant la fréquence</li> <li>▶ Nombre d'analyse de situations managériales</li> <li>▶ Nombre de participants aux analyses managériales</li> </ul>
<b>Références bibliographique ou réglementaires</b>	▶ Nicolas Pruvot Coordonnateur général des soins AP HP SOINS CADRES N°86 MAI 2013

► *Fiche action 16 : développement de la responsabilité éthique pour l'équipe d'encadrement (pmp)*

<b>Etablissements concernés</b>	Tous les établissements des HCS
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Développer et partager les valeurs communes à l'équipe managériale</li> <li>▶ Transmettre le sens de la mission et encourager un exercice professionnel réfléchi, distancié et responsable</li> <li>▶ Favoriser la démarche éthique, soutenir la réflexion éthique lors de situations complexes</li> <li>▶ Permettre à chacun de donner le meilleur de lui-même</li> </ul>
<b>Actions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Définir les valeurs communes du GHT et assurer la mise en œuvre au sein de chaque pôle</li> <li>▶ Rédiger une charte managériale</li> <li>▶ Respecter les principes éthiques par un positionnement managérial authentique fiable et constructif</li> <li>▶ Maintenir une communication institutionnelle efficace avec les professionnels en rappelant les convictions de l'équipe d'encadrement <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Favoriser l'éveil de la conscience éthique chez les soignants</li> <li>▶ Soutenir, renforcer un positionnement responsable dans la pratique soignante en insistant sur les bonnes pratiques. (reconnaître la personne malade comme un sujet à part entière et la respecter)</li> <li>▶ Organiser des temps d'analyse de pratique</li> <li>▶ Contribuer à une organisation de travail créative en adéquation avec le bien être soignant/soigné</li> </ul> </li> </ul>
<b>Acteurs concernés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Chef de pôle</li> <li>▶ Cadres de proximité</li> <li>▶ Cadres de pôle, cadre supérieur transversal</li> <li>▶ Directeur des Soins ou son représentant</li> </ul>
<b>Echéancier</b>	▶ 2017-2018
<b>Indicateurs de résultat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Nombre d'analyse de pratiques</li> <li>▶ Nombre de réunions éthique (équipe d'encadrement)</li> <li>▶ Diffuser la charte éthique</li> </ul>
<b>Références bibliographique ou réglementaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Philippe de Hautd Coordonnateur général des soins AP HP SOINS CADRES numéro 86- MAI 2013 p 47-49</li> <li>▶ Revue cadre numéro 383 – 1998</li> <li>▶ <a href="http://www.anesm.sante.gouv">www.anesm.sante.gouv</a></li> </ul>

► *Fiche action 17 : dispositif d'accompagnement des projets professionnels des cadres dans la perspective d'être cadre supérieur et/ou de pôle*

<b>Etablissements concernés</b>	Tous les établissements des HCS
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>► Repérer et mobiliser l'identité managériale et le leadership du cadre et évaluer ses capacités à animer une équipe de cadre et piloter des projets</li><li>► Aider à construire un parcours professionnel en lien avec le projet</li></ul>
<b>Actions</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>► Encourager les formations Master 2 pour s'appuyer sur un socle de savoirs</li><li>► Confier un pilotage de projet de pôle ou institutionnel</li><li>► Assurer les remplacements du cadre de pôle</li><li>► Tutorat lors de la prise de fonction</li></ul>
<b>Acteurs concernés</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>► Cadres de proximité</li><li>► Cadres de pôle</li><li>► Direction des Soins</li></ul>
<b>Echéancier</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>► 2018</li></ul>
<b>Indicateurs de résultat</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>► Nombre de professionnels inscrits dans la démarche</li></ul>

## 2.2.5. AXE 5 : PROJET D'ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL

► *Fiche action 18 : Valorisation de la spécificité du travail en service médico-social*

<b>Etablissements concernés</b>	Tous les établissements des HCS
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>► Valoriser la spécificité du travail des AS, AMP et IDE en service médico-social et redorer leur image au sein des établissements sanitaires.</li><li>► Faire connaître les métiers spécifiques non présents dans les autres services : AMP, animateurs, ASG,...</li></ul>
<b>Actions</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>► Identifier cette spécificité et la diffuser (outils de communication)</li><li>► Faire accepter cette spécificité par les professionnels directement concernés</li><li>► Légitimer cette spécificité à travers la formation professionnelle</li></ul>
<b>Acteurs concernés</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>► Tous les professionnels paramédicaux du GHT</li><li>► Les directions ou responsables des soins</li></ul>
<b>Echéancier</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>► Dès le 2ème semestre 2016 pour la communication</li><li>► Actions au long cours pour les autres leviers</li></ul>
<b>Indicateurs de résultat</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>► Evolution positive de l'attractivité du secteur</li><li>► Amélioration du sentiment de reconnaissance par les professionnels</li><li>► Meilleure compréhension par chacun des rôles dévolus en structure médico-sociale</li></ul>
<b>Références bibliographique ou réglementaires</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>► Circulaire relative aux rôles et missions des aides-soignants (96-31 du 19 janvier 1996)</li><li>► Décret de compétences IDE (2004-802 du 29 juillet 2004)</li><li>► Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et au territoire (2009-879 du 21 juillet 2009)</li></ul>

<b>Etablissements concernés</b>	Tous les établissements des HCS
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>► Répondre à la réglementation en plaçant les résidents au cœur de nos organisations</li> <li>► Offrir aux résidents un accompagnement de qualité et qui se rapproche autant que possible de leurs attentes et besoins</li> </ul>
<b>Actions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>► Mettre en place des outils uniformisés</li> <li>► Améliorer deux points majeurs dans le quotidien des résidents sur lesquels des marges de manœuvre persistent : la restauration et la blanchisserie.</li> </ul>
<b>Acteurs concernés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>► Les directions en charge du secteur médico-social, les responsables des soins et l'encadrement de proximité</li> <li>► La direction de l'accueil et de l'hôtellerie et les correspondants locaux</li> </ul>
<b>Echéancier</b>	► Juin 2018
<b>Indicateurs de résultat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>► Evolution du degré de satisfaction des résidents</li> <li>► Diminution du nombre de réclamations concernant la gestion du linge</li> <li>► Prise en compte par les services restauration des besoins spécifiques des résidents</li> <li>► Nombre de résidents disposant un PP réalisé, signé, appliqué, évalué et réactualisé</li> </ul>
<b>Références bibliographique ou réglementaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>► Loi portant rénovation de l'action sociale et des familles (2002-2 du 2 janvier 2002)</li> <li>► Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (2005-102 du 11 février 2005)</li> <li>► Recommandations de l'ANESM sur la qualité de vie en MAS et FAM (volets 1, 2 et 3)</li> <li>► Recommandations de l'ANESM sur la qualité de vie en EHPAD (volets 1, 2, 3 et 4)</li> <li>► Recommandation de l'ANESM « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement »</li> </ul>

► *Fiche action 20 : Les accompagnements spécifiques*

<b>Etablissements concernés</b>	Tous les établissements des HCS
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>► Identifier au mieux les différentes composantes de la filière gériatrique des HCS</li><li>► Proposer des accompagnements spécifiques en lien avec les troubles identifiés</li><li>► Faire face à la problématique des résidents présentant des troubles du comportement et/ou psychiatriques</li></ul>
<b>Actions</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>► Cartographier les services et leurs spécificités et formaliser des partenariats entre chaque</li><li>► Développer le recours à Via Trajectoire Grand Age et proposer des évolutions de l'outil</li><li>► Instaurer une commission de cas particuliers</li><li>► Mettre en place des groupes d'échanges de pratiques</li><li>► Développer la formation des professionnels sur la gestion des troubles du comportement</li></ul>
<b>Acteurs concernés</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>► Les directions en charge du secteur médico-social, les responsables des soins et l'encadrement de proximité</li><li>► Le corps médical et les psychologues intervenant au sein des services cartographiés</li><li>► Tous les professionnels intervenant auprès des résidents</li></ul>
<b>Echéancier</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>► Juin 2017</li></ul>
<b>Indicateurs de résultat</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>► Nombre de partenariats formalisés</li><li>► Baisse du nombre d'évènements indésirables dus aux troubles du comportement</li></ul>
<b>Références bibliographique ou réglementaires</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>► Recommandation de l'ANESM « l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social »</li><li>► Plan Alzheimer 2008-2012</li></ul>



# CHAPITRE 3 : PROJET QUALITÉ DES SOINS SÉCURITÉ DES PATIENTS



3.1. L'adaptation territoriale du dispositif de pilotage et de la stratégie de développement de la qualité des soins et de la sécurité des patients	114
3.2. L'identification et le déploiement territorial des axes stratégiques prioritaires de développement des processus/thématiques en lien avec la qualité des soins et la sécurité des patients .....	116
3.3. La communication, l'information et la valorisation .....	124
3.4. La certification commune par la HAS .....	125



Dans la continuité des Ordonnances du 24 avril 1996 et de la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la Loi HPST du 21 juillet 2009 constituait une réforme d'envergure en portant l'ambition de la qualité des soins pour l'ensemble des professionnels de santé.

Le niveau d'exigence fut accru, la cohérence et congruence des dispositifs renforcées, les compétences attribuées tout en laissant une grande liberté d'organisation.

Dans ce contexte, chaque établissement du GHT a poursuivi son évolution, matérialisée par un engagement individuel dans chacune des démarches successives de certification.

La création, en juin 2015, d'une direction commune autour des établissements dénommés : Hôpitaux Champagne Sud (HCS) et qui constitueront les membres fondateurs du GHT de l'Aube et du Sézannais, marque un nouveau tournant.

Dès lors, un projet médical partagé intégrant la prise en charge soignante se construit avec pour objectif de garantir une égalité d'accès aux soins de la population grâce au maillage territorial, à la gradation de l'offre et à la subsidiarité entre établissements.

Immédiatement se pose la question de la place à donner à la qualité. La direction commune, rejointe par les présidents de CME, affiche sans délai sa volonté de poser la qualité des soins et la sécurité des patients comme une évidence pour la construction de filières médicales efficaces. Dès lors, il revient de mettre en place une stratégie partagée fondée sur des objectifs à atteindre et sur la coordination des acteurs au niveau du territoire.

Ainsi, chacun entend passer d'une stratégie d'établissement à une stratégie de groupe guidée par la même détermination à veiller collectivement à la qualité des soins et la sécurité des patients tout au long de leur parcours.

La gouvernance affiche cette ambition dans la convention constitutive du GHT signée le 8 juillet 2016.

Seul objectif de résultat imposé par le législateur, la mise en place d'un compte qualité unique en vue d'une certification conjointe par la HAS pour 2020. Comme pour la Loi HPST, il faut y voir une grande liberté d'organisation dont le GHT de l'Aube et du Sézannais s'empare.

Dans ce contexte, les objectifs stratégiques prioritaires d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients développés dans ce chapitre se substituent à ceux définis dans chacun des projets médicaux ou médico-soignants des projets de chacun des établissements membres.

Ils comprennent les objectifs stratégiques communs et ceux propres à chacun des établissements membres.

Ils font référence au parcours patient dans ses différentes composantes de prise en charge des soins, médicale et non médicale.

Sur la base des évaluations, le GHT s'engage à réviser ses objectifs stratégiques et son organisation, au minimum à chaque révision de son projet médico-soignant. Il s'engage également à les réviser lors de tout événement le justifiant.

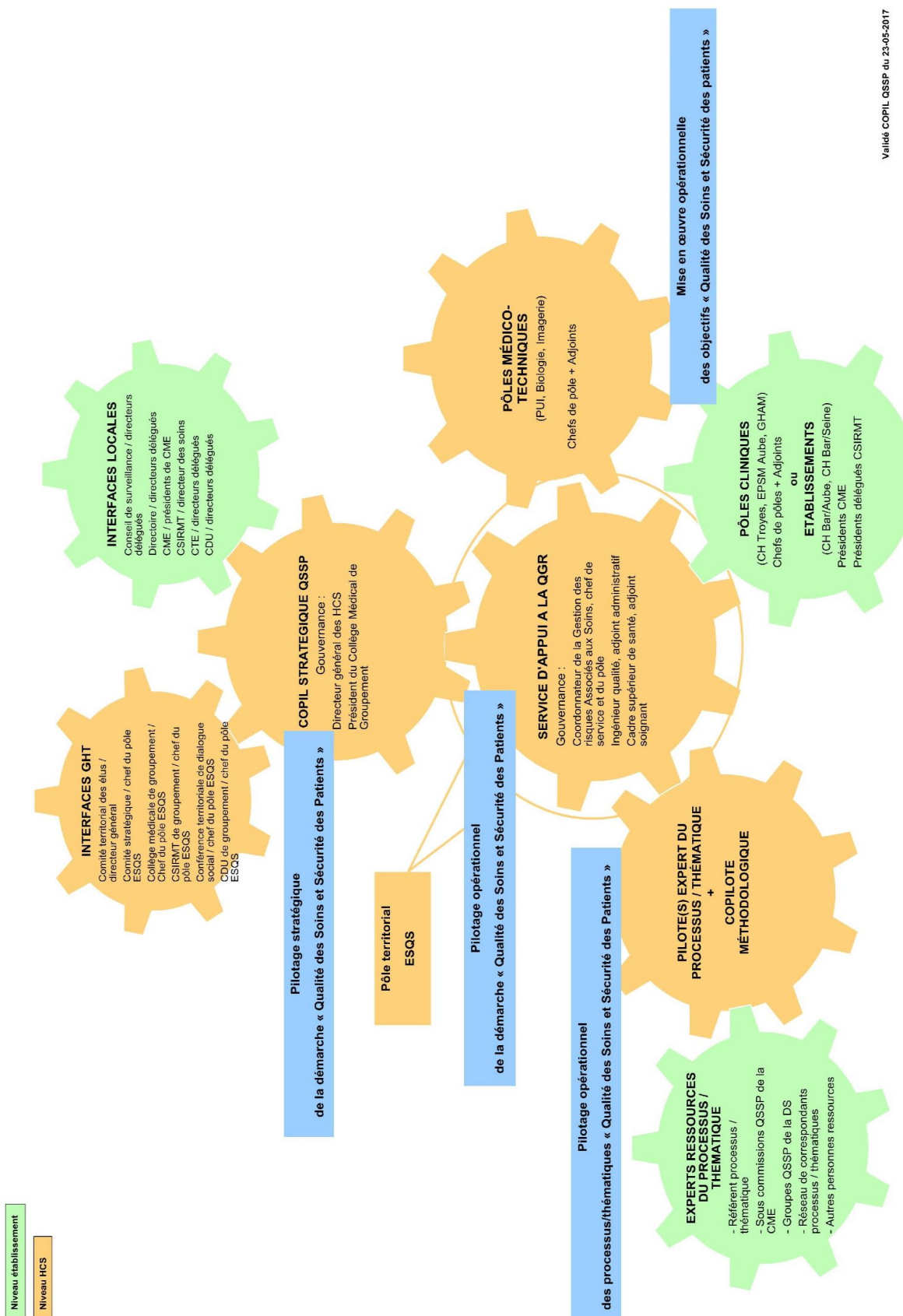
Les orientations stratégiques sont traduites en objectifs opérationnels, déclinés en actions à mener. Les responsabilités, échéances et modalités de suivi sont précisées.

Un bilan de l'état d'avancement et des résultats obtenus est effectué au terme de chaque année.

### 3.1. L'adaptation territoriale du dispositif de pilotage et de la stratégie de développement de la qualité des soins et de la sécurité des patients

L'organisation est repensée au niveau du territoire et se substitue aux organisations préexistantes des établissements membres.

Schéma d'Organisation de la qualité des Soins et de la Sécurité des Patients des HCS



Il est défini par :

- ▶ Un pilotage stratégique de la démarche « Qualité des Soins et Sécurité des Patients ».
- ▶ Un pilotage opérationnel de la démarche « Qualité des Soins et Sécurité des Patients ».
- ▶ Un pilotage opérationnel des processus/thématiques « Qualité des Soins et Sécurité des Patients ».

Une mise en œuvre opérationnelle des objectifs « Qualité des Soins et Sécurité des Patients ».

**Le pilotage stratégique de la démarche globale « Qualité des Soins et Sécurité des Patients »** est porté par un comité du même nom positionné au niveau du territoire.

Il intervient sur la politique générale, le programme global, l'organisation interne et la procédure de certification.

Il est présidé conjointement par le directeur de l'établissement support, directeur général des HCS et le président du collège médical de groupement.

Il est composé de membres avec voix délibérative : la direction générale des HCS, le président du collège médical de groupement, le président de la CSIRMT de groupement, un représentant des usagers et une délégation de chaque établissement sur la base du directeur délégué HCS, du président de CME et du président de la CSIRMT.

Il comprend également 3 membres avec voix consultative : le praticien hospitalier, Coordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux Soins des HCS (CGRAS), chef du pôle territorial : Evaluation, Sécurité-Qualité des Soins (ESQS), son adjoint soignant et son adjoint administratif.

Les interfaces avec les instances du GHT sont assurées par le directeur de l'établissement support en ce qui concerne le comité territorial des élus et par le chef du pôle territorial ESQS en ce qui concerne le comité stratégique, le collège médical de groupement, la CSIRMT de groupement, la conférence territoriale de dialogue social et la CDU de groupement.

Au sein de chaque établissement, les interfaces sont assurées par le directeur délégué en ce qui concerne le conseil de surveillance, le directoire, le comité technique d'établissement et la commission des usagers, par le président de la CME en ce qui concerne la CME et la communauté médicale et par le directeur des soins en ce qui concerne la CSIRMT et la communauté soignante.

**Le pilotage opérationnel de la démarche globale « Qualité des Soins et Sécurité des Patients »** est porté par le service d'appui à la qualité et la gestion des risques, positionné au niveau du territoire, qui constitue un des services du pôle territorial dédié à l'évaluation, la qualité et la sécurité des soins (pôle territorial ESQS).

Ce service assure le pilotage opérationnel du processus de management de la qualité et des risques, la déclinaison opérationnelle des missions génériques qualité-gestion des risques sur les établissements et des missions spécifiques sur les secteurs à risques, l'accompagnement méthodologique des pilotes de processus/thématiques. Il assure enfin la coordination entre stratégie et opérationnalité.

Il est dirigé par le CGRAS, fonction médicale unique au niveau des HCS, secondé par un adjoint soignant et un adjoint administratif.

Sur chaque établissement membre est positionné un responsable qualité-gestion des risques délégué. Il est placé sous la responsabilité hiérarchique du directeur délégué HCS et sous la responsabilité fonctionnelle du CGRAS.

Au niveau des HCS, chaque membre de l'équipe est en co-pilotage méthodologique d'un ou plusieurs processus/thématique. Certains ont la responsabilité opérationnelle qualité-gestion des risques d'un secteur à risque. D'autres assurent des fonctions d'experts dans des domaines relatifs à la qualité et la gestion des risques.

**Le pilotage opérationnel des processus/thématiques « Qualité des Soins et Sécurité des Patients »** repose sur des pilotes experts du sujet, secondés de co-pilotes méthodologiques, positionnés au niveau du territoire.

Les pilotes sont issus de l'ensemble des établissements, sur proposition du directeur délégué, du président de la CME et du président de la CSIRMT. Ils sont missionnés par le directeur de l'établissement support, directeur général des HCS et le président du collège médical de groupement après avis du comité de pilotage stratégique « Qualité des Soins et Sécurité des Patients ». Deux usagers sont pilotes de processus.

Les co-pilotes sont tous issus du service d'appui à la qualité et la gestion des risques, placés sous la responsabilité

fonctionnelle du CGRAS.

Ces binômes s'appuient localement sur des experts ressources : le référent processus/thématique, les réseaux de correspondants processus/thématiques, les sous-commissions qualité des soins-sécurité des patients de la CME, les groupes qualité des soins-sécurité des patients pilotés par la direction des soins ou les autres personnes ressources identifiées.

La mise en œuvre opérationnelle des objectifs « Qualité des Soins et Sécurité des Patients » se situe au niveau des pôles cliniques des établissements sous le contrôle des chefs de pôle et de leurs adjoints ou, en l'absence de pôle, au niveau de l'établissement, sous le contrôle des présidents de CME et présidents délégués des CSIRMT. Elle se situe également au niveau des pôles territoriaux médico-techniques ou médico-administratifs, sous le contrôle des chefs de pôle et de leurs adjoints.

## 3.2. L'identification et le déploiement territorial des axes stratégiques prioritaires de développement des processus/thématiques en lien avec la qualité des soins et la sécurité des patients

Les orientations stratégiques prioritaires identifiées, communes à un ou plusieurs des établissements membres ou spécifiques à l'un d'entre eux, résultent d'un diagnostic établi à partir de 4 sources :

- ▶ L'auto-évaluation HCS sur la base du manuel de certification des établissements de santé V2010 version janvier 2014. Le principe étant de faire un état des lieux par critère, depuis les dernières décisions de la dernière procédure de certification de chacun des établissements, de dégager les points ayant donné satisfaction à la HAS et les points restant à améliorer, communs ou individuels ;
- ▶ Les audits de processus HCS sur la base des éléments d'investigation obligatoire et des guides thématiques destinés aux experts visiteurs lors des procédures de certification. Le principe étant de faire un état des lieux, par processus, sur chacune des étapes du PDCA, de dégager les points conformes aux attentes de la HAS et les points restant à améliorer, communs ou individuels ;
- ▶ L'identification des risques par processus HCS, puis des risques majeurs à traiter prioritairement, qu'ils soient communs ou individuels et identifiés en utilisant la matrice d'acceptabilité des risques commune aux HCS ;
- ▶ Les résultats des contrôles externes.

Le diagnostic préliminaire et les objectifs qui en découlent sont pilotés par chaque pilote(s)/co-pilote de processus au niveau du territoire. Ils s'appuient sur les experts ressources locaux présentés au point 3.1 dans le pilotage opérationnel par processus/thématiques.

Des membres de la communauté médicale et de la communauté soignante sont, ou pilotes de processus ou personnes ressources experts du domaine, contribuant ainsi à l'élaboration de la politique globale.

Les usagers apportent leur contribution, soit par le biais des propositions émanant des CDU d'établissement ou de la CDU du groupement, soit par leur participation aux sous-commissions de la CME en lien avec la qualité des soins et la sécurité des patients, soit en étant eux même pilotes de processus, ce qui est le cas pour le processus « droit des patients » et « parcours patient ».

Le chef du service d'appui à la qualité – gestion des risques s'assure de la cohérence d'ensemble et prépare la politique globale, soumise à relecture par l'équipe qualité-gestion des risques.

Elle est ensuite présentée, pour avis, au comité de pilotage stratégique Qualité des Soins et Sécurité des Patients. La présence de chaque président de CME (ou son représentant) est requise pour qu'une décision soit prise en la matière. Les usagers apportent leur contribution en siégeant avec voix délibérative.

Dès lors, la politique peut être présentée aux instances.

### Les avis et approbation des instances sur la politique

Le GHT s'engage à présenter la politique globale de qualité des soins et de sécurité des patients :

Pour avis :

- ▶ Au collège médical de groupement et à la CME de chacun des établissements membres ;
- ▶ A la CSIRMT de groupement et à la CSIRMT de chacun des établissements membres ;
- ▶ A la CDU de groupement et à la CDU de chacun des établissements membres ;
- ▶ A la conférence territoriale de dialogue social et au comité technique de chacun des établissements membres ;
- ▶ Au comité territorial des élus et au conseil de surveillance de chacun des établissements membres ;

Pour approbation :

- ▶ Au comité stratégique du GHT dans le cadre du projet médical et de soins partagé et au directoire de chacun des établissements membres, considérant que cette politique se substitue aux politiques individuelles précédemment définies dans leur projet médical et/ou médico-soignant respectif.

La politique est alors décidée conjointement entre le directeur de l'établissement support, directeur général des HCS et le président du collège médical de groupement qui représente alors l'ensemble des présidents de CME des établissements membres.

### Les axes stratégiques prioritaires de développement par processus/thématiques

Mise à jour : mai 2017 ;

Les axes stratégiques prioritaires de développement par processus/thématiques présentés ci-dessous ont été identifiés à partir de l'auto-évaluation sur la base du manuel de certification V2010 version janvier 2014.

Ils seront réexaminés à partir des autres éléments de diagnostic.

## 3.2.1. Management de la qualité et des risques

**Périmètre établissement : HCS**

**Découpage par type de prise en charge : non**

**7 axes prioritaires de développement communs au niveau des HCS :**

- ▶ Mettre en place un management par processus pérenne au niveau du territoire ;
- ▶ Adapter le dispositif de pilotage et la stratégie de développement ;
- ▶ Poursuivre le développement de la culture de prévention des risques, particulièrement associés aux soins, dans une logique de territoire ;
- ▶ Poursuivre le développement des Evaluations des Pratiques Professionnelles comme outils d'évaluation de la maîtrise des risques majeurs identifiés au niveau des établissements ;
- ▶ Introduire et organiser la méthode du patient traceur comme nouvel outil de diagnostic et de suivi au niveau du pilotage des processus ;
- ▶ Rendre opérationnel le dispositif de gestion de crise dans une logique de territoire ;
- ▶ Mobiliser et accompagner les équipes par l'acquisition de compétences, par la conception d'outils et méthodes partagés, par l'identification de personnes ou groupes experts ressources locales et de territoire, par l'information, la communication et la restitution ciblées et répétées et par une gestion documentaire commune accessible à tous.

### 3.2.2. Qualité de vie au travail

Périmètre d'investigation : HCS

Découpage par type de prise en charge : non

2 axes prioritaires de développement commun au niveau HCS :

- ▶ Faire de la qualité de vie au travail un outil majeur de renforcement de la qualité des soins et de la sécurité des patients ;
- ▶ Promouvoir l'esprit d'appartenance au GHT pour garantir des soins sécurisés et de qualité tout au long des parcours patient.

### 3.2.3. Démarche éthique

Périmètre d'investigation : HCS

Découpage par type de prise en charge : non

4 axes prioritaires de développement commun au niveau HCS :

- ▶ Soutenir le questionnement éthique à partir de l'évolution de la société ;
- ▶ Favoriser le développement de la recherche en éthique et la discussion des problèmes d'éthique attachés à la recherche ;
- ▶ Offrir aux personnels hospitaliers un lieu d'expression, de rencontres et de réflexion sur les questions d'éthique soulevées par leurs pratiques ;
- ▶ Encourager l'émergence de nouvelles compétences professionnelles.

### 3.2.4. Parcours du patient

Le parcours patient comprend :

- ▶ Le dispositif d'accueil ;
- ▶ L'évaluation initiale et continue de l'état de santé et le projet de soins personnalisé ;
- ▶ La prise en charge somatique (en santé mentale) ;
- ▶ La continuité et la coordination de la prise en charge ;
- ▶ La prise en charge des urgences vitales intra hospitalières ;
- ▶ La prise en charge des patients appartenant à une population spécifique ;
- ▶ Les troubles de l'état nutritionnel ;
- ▶ Le risque suicidaire ;
- ▶ L'éducation thérapeutique ;
- ▶ La sortie ;
- ▶ Les activités de SSR.

Périmètre d'investigation : HCS

Découpage par type de prise en charge : oui

Types de prise en charge retenus par établissement :

EPSMA : santé mentale

Bar sur Aube : Médecine, SSR, SLD

Bar sur Seine : Médecine, SSR, SLD

GHAM : Médecine, Obstétrique, SSR, SLD, HAD

CHT : Médecine, Chirurgie, Obstétrique, SSR, SLD

15 axes prioritaires de développement identifiés

13 axes prioritaires de développement communs

Au niveau des HCS :

- ▶ Mettre en place un niveau homogène de qualité des soins et de sécurité des patients sur l'ensemble des parcours

patient ;

- ▶ Développer le travail en réseau ;
- ▶ Améliorer la coordination des acteurs dans les prises en charge ;
- ▶ Tenir compte des besoins et risques spécifiques des populations à risque à chacune des étapes du parcours ;
- ▶ Contribuer à la prévention et la gestion du risque suicidaire ;
- ▶ Contribuer à la prévention et la gestion des troubles nutritionnels ;
- ▶ S'assurer de l'opérationnalité de la gestion des urgences vitales intra-hospitalières ;
- ▶ Développer l'offre de programmes d'éducation thérapeutique au sein du GHT pour répondre aux besoins des patients sur le territoire ;
- ▶ Associer les aidants et les patients experts dans le déploiement des programmes d'éducation thérapeutique ;
- ▶ Assurer un accueil sécurisé et personnalisé de l'utilisateur ;
- ▶ Anticiper la sortie du patient dès son admission pour fluidifier les parcours ;
- ▶ Disposer d'évaluations et d'indicateurs de suivi de la qualité et de la sécurité des parcours patient .

Au niveau de l'EPSMA et CHT (médecine, chirurgie, obstétrique) :

- ▶ Développer la mise en œuvre du projet de soins personnalisé.

2 axes prioritaires de développement individuels

Au niveau de Bar sur Seine (médecine, SSR, SLD) :

- ▶ Améliorer l'organisation prévue pour l'accueil et la prise en charge des personnes se présentant pour une urgence.

Au niveau du CHT (SSR, SLD) :

- ▶ Rendre fonctionnels les locaux permettant l'accueil des personnes handicapées.

### 3.2.5. Prise en charge de la douleur

**Périmètre établissement : HCS**

**Découpage par type de prise en charge : oui**

**EPSMA : santé mentale**

**Bar sur Aube : Médecine, SSR, SLD**

**Bar sur Seine : Médecine, SSR, SLD**

**GHAM : Médecine, Obstétrique, SSR, SLD, HAD**

**CHT : Médecine, Chirurgie, Obstétrique, SSR, SLD**

**5 axes prioritaires de développement :**

3 axes prioritaires de développement communs au niveau des HCS :

- ▶ Contribuer aux partages d'expérience sur les organisations et les actions au niveau régional ;
- ▶ Améliorer la prise en charge de la douleur induite par les soins ;
- ▶ Développer des méthodes alternatives à la prise en charge de la douleur par les médicaments.

2 axes prioritaires de développement individuels

Au niveau de l'EPSMA :

- ▶ Développer l'éducation du patient à la prise en charge de sa douleur.

Au niveau du CHT (SLD) :

- ▶ S'assurer de la traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier patient.

### 3.2.6. Prise en charge des patients en fin de vie

**Périmètre d'investigation : HCS**

**Découpage par type de prise en charge : oui**

**Types de prise en charge retenus par établissement :**

**EPSMA : santé mentale**

**Bar sur Aube : Médecine, SSR, SLD**

**Bar sur Seine : Médecine, SSR, SLD**

**GHAM : Médecine, Obstétrique, SSR, SLD, HAD**  
**CHT : Médecine, Chirurgie, Obstétrique, SSR, SLD**

#### **1 axe prioritaire de développement commun au niveau des HCS:**

- ▶ Se mettre en conformité avec l'évolution de la réglementation intervenue en 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

### **3.2.7. Prise en charge des urgences et des soins non programmés**

**Périmètre d'investigation : CHT (site de Troyes et antenne SMUR de Bar sur Aube) et GHAM (site de Romilly et antenne SMUR de Sézanne)**

**Découpage par type de prise en charge : non**

#### **3 axes prioritaires de développement communs Au niveau du GHAM et du CHT :**

- ▶ Sécuriser la prise en charge des patients se présentant aux urgences dans un contexte d'augmentation significative du nombre de passages;
- ▶ Poursuivre l'objectif d'une orientation du patient, dans le service le plus appropriée à ses besoins, dans des délais compatibles avec son état de santé et dans une logique territoriale ;
- ▶ Disposer d'évaluations et d'indicateurs de suivi de la qualité et de la sécurité des urgences et des soins non programmés.

### **3.2.8. Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique**

**Périmètre d'investigation : CHT (préleveur), GHAM, Bar sur Seine et Bar sur Aube**

**Découpage par type de prise en charge : non**

#### **2 axes prioritaires de développement :**

1 axe prioritaire de développement commun au niveau du CHT, GHAM, Bar sur Aube et Bar sur Seine :

- ▶ Promouvoir le don d'organes.

1 axe prioritaire de développement individuel au niveau du CHT :

- ▶ Réviser l'organisation en place des prélèvements dans une logique de territoire.

### **3.2.9. Secteurs ou activités à risque :**

**Bloc opératoire :** CHT (le bloc opératoire du site de Romilly du GHAM est rattaché au périmètre de la salle de naissance)

**Radiothérapie :** CHT

**Médecine nucléaire :** CHT

**Endoscopie :** CHT (endoscopie digestive, urologique, ORL et pneumologique, échographie trans-oesophagienne), GHAM (endoscopie digestive, Echographie trans-oesophagienne)

**Salle des naissances :** CHT et GHAM

**Coronarographie :** CHT

**Découpage par type de prise en charge : non**

#### **3 axes prioritaires de développement communs :**

- ▶ Mettre en place un système de management par la prévention et la gestion des risques comprenant l'évaluation du dispositif au moyen d'indicateurs de suivi fiables et reproductibles ;
- ▶ Sécuriser les interfaces entre les différents acteurs au sein de l'activité, entre le secteur à risque et les autres services ; entre secteurs à risque qui partagent la même activité avec des transferts de patient possibles ;
- ▶ Garantir le même niveau de qualité des soins et de sécurité des patients entre les différents établissements.



### 3.2.10. Secteur soumis à accréditation : biologie médicale

Démarche qualité en laboratoire de biologie médicale

Périmètre d'investigation : CHT et GHAM (GCS du laboratoire public de l'Aube)

Découpage par type de prise en charge : non

3 axes prioritaires de développement communs au niveau du CHT et GHAM :

- ▶ Disposer de locaux unifiés, rénovés et mis aux normes ;
- ▶ Disposer d'un système informatique mieux intégrer au SIH ;
- ▶ Obtenir 100% d'accréditation en 2020.

Prescription d'examens de laboratoire, prélèvements, conditions de transport et transmission des résultats

Périmètre d'investigation : HCS

Découpage par type de prise en charge : oui

Types de prise en charge retenus par établissement :

EPSMA : santé mentale

Bar sur Aube : Médecine, SSR, SLD

Bar sur Seine : Médecine, SSR, SLD

GHAM : Médecine, Obstétrique, SSR, SLD, HAD

CHT : Médecine, Chirurgie, Obstétrique, SSR, SLD

4 axes prioritaires de développement communs

Au niveau de l'EPSMA, Bar sur Aube (médecine, SLD, SSR) et CHT (médecine, chirurgie, obstétrique, SSR, SLD) et GHAM (médecine, obstétrique, SSR, SLD) :

- ▶ Mettre en place des évaluations de pratiques relatives aux prescriptions d'examens de laboratoire, au respect des bonnes pratiques de prélèvement, de conditions de transport et de délai de transmission des résultats.

Au niveau du GHAM (médecine, obstétrique, SSR, SLD, HAD) et CHT (médecine, chirurgie, obstétrique) :

- ▶ Rendre conformes aux besoins, les délais de rendu des résultats ;
- ▶ Développer les coopérations en biologie médicale (transports et réseau de système d'information) ;
- ▶ Mettre en œuvre le recours raisonné à une biologie délocalisée dans les services qui le nécessitent, en intégrant l'obligation d'accréditation.

### 3.2.11. Imagerie médicale

Démarche qualité en secteur d'imagerie

Périmètre d'investigation : CHT, GHAM

Découpage par type de prise en charge : non

1 axe prioritaire de développement commun au niveau CHT, GHAM :

- ▶ Mettre en place un système de management par la qualité et la gestion des risques dans le cadre du pôle territorial d'imagerie médicale.

### 3.2.12. Demande d'examen et transmission des résultats

Périmètre d'investigation : HCS

Découpage par type de prise en charge : oui

Types de prise en charge retenus par établissement :

EPSMA : santé mentale

Bar sur Aube : Médecine, SSR, SLD

Bar sur Seine : Médecine, SSR, SLD

GHAM : Médecine, Obstétrique, SSR, SLD

CHT : Médecine, Chirurgie, Obstétrique, SSR, SLD

#### 1 axe prioritaire de développement commun au niveau HCS :

- ▶ Disposer d'évaluations de pratiques relatives aux prescriptions d'examens d'imagerie et de délai de transmission des résultats.

### 3.2.13. Gestion des équipements au domicile du patient

Périmètre d'investigation : GHAM

Découpage par type de prise en charge : non

#### 1 axe prioritaire de développement individuel :

- ▶ Développer l'information des patients et de leurs aidants en cas de dysfonctionnement afin d'accroître leur autonomie.

### 3.2.14. Identification du patient tout au long de sa prise en charge

Périmètre d'investigation : HCS

Découpage par type de prise en charge : oui

Types de prise en charge retenus par établissement :

EPSMA : santé mentale

Bar sur Aube : Médecine, SSR, SLD

Bar sur Seine : Médecine, SSR, SLD

GHAM : Médecine, Obstétrique, SSR, SLD, HAD

CHT : Médecine, Chirurgie, Obstétrique, SSR, SLD

#### 3 axes prioritaires de développement communs au niveau des HCS :

- ▶ Optimiser le dispositif permettant de fiabiliser l'identification du patient dans les logiciels administratifs et patients ;
- ▶ Mettre en place un dispositif permettant de fiabiliser l'identification du patient lors d'un parcours inter-établissements
- ▶ Disposer d'évaluations de pratiques relatives à l'identification du patient tout au long de son parcours, au sein de l'établissement et sur le territoire.

### 3.2.15. Prise en charge médicamenteuse

Périmètre d'investigation : HCS

Découpage par type de prise en charge : oui

Types de prise en charge retenus par établissement :

EPSMA : santé mentale

Bar sur Aube : Médecine, SSR, SLD

Bar sur Seine : Médecine, SSR, SLD

GHAM : Médecine, Obstétrique, SSR, SLD, HAD

CHT : Médecine, Chirurgie, Obstétrique, SSR, SLD

#### 5 axes prioritaires de développement communs au niveau des HCS :

- ▶ Formaliser la relation « fournisseur-client » existant entre les PUI (ou le pôle PUI) et chaque unité de soins, ou d'hébergement, dans l'optique d'une démarche continue de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, incluant les missions de pharmacie clinique.
- ▶ Améliorer les pratiques et la pertinence des prescriptions médicamenteuses à travers la systématisation de l'analyse pharmaceutique (à minima de niveau 2 selon le référentiel SFPC), et la mise en place de la conciliation médicamenteuse.
- ▶ Optimiser la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée, promouvoir la bonne utilisation des médicaments à « hauts risques », et réduire les « Nevers Events ».
- ▶ Favoriser, au sein de chaque établissement, le signalement des erreurs liées à la prise en charge médicamenteuse,

en lien avec un programme de sensibilisation à l'erreur médicamenteuse, et de promotion du bon usage du médicament et systématiser leur analyse.

- ▶ Mettre en place une démarche institutionnelle de sécurisation autour des dispositifs d'administration complexes (PCA, pousse-seringues, infuseurs, pompes de perfusion et de nutrition entérale).

### 3.2.16. Dossier patient

**Périmètre d'investigation : HCS**

**Découpage par type de prise en charge : oui**

**Types de prise en charge retenus par établissement :**

**EPSMA : santé mentale**

**Bar sur Aube : Médecine, SSR, SLD**

**Bar sur Seine : Médecine, SSR, SLD**

**GHAM : Médecine, Obstétrique, SSR, SLD, HAD**

**CHT : Médecine, Chirurgie, Obstétrique, SSR, SLD**

**Gestion du dossier patient**

**3 axes prioritaires de développement** communs au niveau HCS

- ▶ Rendre effectif l'accès, en temps utile, à des informations valides du dossier patient via le système d'information ;
- ▶ Disposer d'indicateurs de suivi de la qualité et de l'efficacité de la gestion du dossier patient quelle que soit l'activité.
- ▶ Harmoniser les pratiques d'utilisation du dossier informatisé.

**Accès du patient à son dossier**

**1 axe prioritaire de développement commun au niveau des HCS :**

- ▶ Rendre accessible au patient ou à des tiers, les éléments du dossier patient, conformément à la réglementation.

### 3.2.17. Droit des patients

**Les droits des patients comprennent :**

- ▶ La bientraitance et maltraitance ;
- ▶ La dignité et l'intimité ;
- ▶ La confidentialité des informations relatives au patient ;
- ▶ L'accueil et l'accompagnement de l'entourage ;
- ▶ Les libertés individuelles et la gestion des mesures de restriction de liberté ;
- ▶ L'information du patient sur son état de santé et les soins proposés ;
- ▶ Le consentement et la participation du patient ;
- ▶ L'information du patient en cas de dommage lié aux soins.

**Périmètre d'investigation : HCS**

**Découpage par type de prise en charge : oui**

**Types de prise en charge retenus par établissement :**

**EPSMA : santé mentale**

**Bar sur Aube : Médecine, SSR, SLD**

**Bar sur Seine : Médecine, SSR, SLD**

**GHAM : Médecine, Obstétrique, SSR, SLD, HAD**

**CHT : Médecine, Chirurgie, Obstétrique, SSR, SLD**

**7 axes prioritaires de développement :**

5 axes prioritaires de développement communs :

Au niveau des HCS :

- ▶ Promouvoir la bientraitance auprès des professionnels, repérer et lutter contre tout acte de maltraitance y compris

dans les actes de la vie courante ;

- ▶ Rendre effective la réflexion bénéfique/risque et la recherche du consentement du patient ;
- ▶ Généraliser l'information du patient en cas de dommage lié aux soins ;
- ▶ Disposer d'évaluations de pratiques et d'indicateurs de suivi permettant de s'assurer que les droits des patients sont respectés.

Au niveau de Bar sur Aube (médecine, SSR, SLD), CHT (médecine, chirurgie, obstétrique.), GHAM (médecine, obstétrique, SSR, SLD), EPSMA

- ▶ Rendre effective la participation du patient dans la construction du projet personnalisé de soins.

2 axes prioritaires de développement individuels au niveau du CHT (SSR, SLD) :

- ▶ Rendre effectif le respect de la dignité et de l'intimité, notamment lors des soins d'hygiène ;
- ▶ Rendre effectif le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.

### 3.2.18. Transport des patients

**Périmètre d'investigation : HCS**

**Découpage par type de prise en charge : non**

**1 axe prioritaire de développement individuel au niveau CHT (médecine, chirurgie, obstétrique, SSR, SLD)**

- ▶ Améliorer l'organisation du transport des patients.

### 3.2.19. Gestion du risque infectieux

**Périmètre établissement : HCS**

**Découpage par type de prise en charge : non**

**5 axes prioritaires de développement :**

4 axes prioritaires de développement communs :

Au niveau des HCS :

- ▶ Mettre en place une organisation territoriale de la maîtrise du risque infectieux basée sur la subsidiarité ;
- ▶ Mettre en place une organisation territoriale du bon usage des antibiotiques basée sur la coopération et la mutualisation ;

Au niveau de Bar sur Aube, CHT et GHAM :

- ▶ Disposer d'évaluations de la maîtrise de l'hygiène des locaux.

Au niveau du CHT, EPSMA, GHAM

- ▶ Optimiser la sécurisation de l'élimination des déchets.

1 axe prioritaire de développement individuel au niveau de Bar sur Aube :

- ▶ Généraliser la mise en œuvre de la dispensation contrôlée des antibiotiques.

## 3.3. La communication, l'information et la valorisation

Le GHT s'engage :

- ▶ A diffuser sa politique globale à l'échelle des HCS ;
- ▶ A présenter annuellement l'état d'avancement du programme global d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients aux instances compétentes du GHT et des établissements membres et aux pôles concernés
- ▶ A diffuser et communiquer sur les résultats des évaluations ou des données suivies, les progrès obtenus et les mesures correctives envisagées avec leur état d'avancement, de manière ciblée et répétée aux professionnels concernés

et aux instances compétentes du GHT et des établissements membres;

- ▶ A diffuser les résultats des indicateurs nationaux généralisés, aux professionnels concernés et aux usagers ;
- ▶ A communiquer sur la démarche commune de qualité des soins et de sécurité des patients, au sein des HCS, du GHT et auprès des partenaires ;
- ▶ A participer à des partages d'expérience sur la mise en place d'une démarche commune de qualité des soins et de sécurité des patients au niveau du territoire.

### 3.4. La certification commune par la HAS

Considérant l'engagement des établissements membres du GHT dans la mise en place d'une démarche commune de qualité des soins et de sécurité des patients et considérant l'organisation mise en place pour y parvenir, la HAS a proposé aux HCS, parties du GHT, de s'engager dans une certification commune avant la date obligatoire.

Chacun des établissements a été consulté et tous ont donné leur accord, y compris le GHAM, qui, bien qu'ayant déjà passé sa visite V2014, s'est engagé de nouveau.

Le principe repose sur un seul compte qualité, une seule visite, un seul rapport de certification avec une seule et même décision prononcée pour tous les établissements des HCS, solidaires quant aux résultats et aux suivis éventuels.

Ainsi, par anticipation et sur la base du volontariat, les HCS s'engagent dans cette certification commune dont la visite est programmée en juin 2018.

Cet engagement constitue un accélérateur de la mise en œuvre de la démarche commune et pérenne d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients au sein du GHT.

Par cet engagement, les HCS affichent ainsi leur culture de l'évaluation, étape indispensable au dispositif d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des patients.



# **CHAPITRE 4 : ACTIVITÉS HOSPITALO- UNIVERSITAIRES ET DE RECOURS**



Conformément à l'article L 6132-3 du Code de la Santé Publique, une convention sera établie entre le GHT de l'Aube et du Sézannais et le Centre Hospitalier Universitaire de Reims, indiquant les modalités selon lesquelles le CHU de Reims coordonne sur le territoire et pour les établissements du GHT les missions suivantes :

- ▶ 1° Les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ;
- ▶ 2° Les missions de recherche, dans le respect de l'article L. 6142-1 du Code de la Santé Publique ;
- ▶ 3° Les missions de gestion de la démographie médicale ;
- ▶ 4° Les missions de référence et de recours.



# CHAPITRE 5 : RECHERCHE CLINIQUE ET RECHERCHE EN SOINS



5.1. Historique et contexte de la naissance de l'URCRS .....	129
5.2. Apports de l'URCRS pour le patient sur le territoire du Projet Médical Partagé .....	129



**Le Centre Hospitalier de Troyes dispose depuis 2016 d'une Unité de Recherche Clinique et de Recherche en Soins (URCRS) structurée, dont le périmètre est celui des Hôpitaux Champagne Sud.**

## 5.1. Historique et contexte de la naissance de l'URCRS

Le Centre Hospitalier de Troyes participe depuis de nombreuses années à des études cliniques académiques, nationales et interrégionales. L'arrivée en 2014 d'une attachée de recherche clinique traduit pour l'hôpital une volonté de développer une politique de recherche, afin de permettre un accès aux soins innovants pour les patients suivis et pris en charge au CHT. L'Unité de Recherche Clinique et de Recherche en Soins (URCRS), composée de sept membres appartenant aux différents services du CH de Troyes, se veut dynamique et réactive.

L'unité est actuellement structurée autour d'un coordinateur clinique, d'un coordinateur méthodologique, du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, d'un cadre de santé référent pour la recherche en soins, du président de CME, d'un cadre administratif et de l'attachée de recherche clinique.

L'unité a aujourd'hui vocation à soutenir et développer la recherche au sein des Hôpitaux Champagne Sud afin d'intégrer à court terme le système SIGAPS/SIGREC. Les HCS ont également obtenu l'autorisation de l'ARS pour la préparation d'anticancéreux destinés à la recherche biomédicale. L'URCRS participe actuellement à 22 protocoles nationaux à promoteurs publics (PHRC, Société Savante, INCa, ANR, etc.). La mise en place de centres d'investigation pour plusieurs PHRC interrégionaux et un PHRIIP traduit notre volonté de nous inscrire dans la recherche au niveau interrégional. Dans un avenir proche, l'unité souhaiterait être en capacité de déposer un projet interrégional.

## 5.2. Apports de l'URCRS pour le patient sur le territoire du Projet Médical Partagé

L'objectif de l'URCRS est de porter et promouvoir le développement local de la recherche, mais aussi la participation aux protocoles de recherche nationaux et internationaux (sociétés savantes, promoteurs institutionnels et industriels). Le but de l'unité est d'améliorer la prise en charge des patients sur le territoire de notre GHT en favorisant leur accès à l'innovation et aux soins tertiaires. L'URCRS souhaite se positionner ainsi comme un levier dans l'accès à des traitements de pointe pour les patients.

L'URCRS permettra de nouer des liens avec les centres universitaires de référence et les sociétés savantes. Les relations avec le CHU sont par ailleurs régulières puisque l'URCRS est membre de la commission recherche et innovation du CHU de Reims qui se réunit trimestriellement. Il a par ailleurs été présenté au cours de cette année par notre URCRS un bilan de la recherche au niveau régional. L'URCRS est également en relation avec le GIRCI Est, association visant à développer la recherche dans le Grand Est.

La composante Recherche en Soins sera un moteur de développement puissant pour l'URCRS sur le territoire couvert par le PMP. En favorisant la dynamique des équipes de soins, ces projets de recherche en soins devraient favoriser le lien entre les équipes de soins des différents établissements.

Enfin l'URCRS, par sa composition transversale au sein de pôles territoriaux, se positionne sur l'ensemble des sites. Au cours de l'année 2017, des référents locaux en recherche seront désignés. La cellule présentera également les protocoles de recherches en CME dans les différents établissements. Enfin, la publication d'un bulletin de recherche bi-annuel devrait permettre de dynamiser la recherche dans les établissements périphériques.



# CHAPITRE 6 : PÔLES INTER-ÉTABLISSEMENTS DES HÔPITAUX CHAMPAGNE SUD



6.1. Pôle Imagerie Médicale .....	131
6.2. Pôle Biologie Médicale, Anatomo-pathologie .....	132
6.3. Pôle Pharmacie .....	135
6.4. Pôle Information Médicale, Évaluation et Performance (IMEP) ....	138
6.5. Pôle Évaluation, Sécurité, Qualité des Soins .....	139

## 6.1. Pôle Imagerie Médicale

### ► *Éléments de contexte :*

Il existe deux plateaux techniques d'imagerie au sein du GHT, respectivement installés sur les sites du Centre Hospitalier de Troyes et site du GHAM à Romilly-sur-Seine et site de Sézanne. Des partenariats existent, pour les deux établissements, avec des structures privées. Ainsi, des coopérations existent dans le cadre du GIE du GHAM avec clinique PDS : une coopération avec la clinique de champagne pour le centre hospitalier de Troyes, et un partenariat avec le cabinet privé de Bar sur Aube et le centre hospitalier de Bar-sur-Aube, une coopération GHAM et Pays de Seine. Les effectifs médicaux des sites ne permettent plus d'assurer pleinement la permanence des soins.

### ► *Objectifs généraux :*

Des problématiques d'effectifs médicaux et paramédicaux sont identifiées pour les deux sites, entraînant notamment des difficultés d'organisation de la permanence des soins. Il convient alors d'orienter la réflexion vers une démarche de mutualisation et d'externalisation.

D'autre part, les équipes paramédicales des deux sites s'orientent vers un fonctionnement coordonné. Il est dans ce cadre envisagé de nommer un coordinateur médico technique chargé de la mutualisation des compétences ainsi que de l'accompagnement et de la formation.

Les deux établissements utilisent un PACS. Il est en effet essentiel, notamment dans le cadre de la permanence des soins, que les images puissent être partagées entre les deux sites.

Afin d'assurer la continuité de la prise en charge, il est également nécessaire d'organiser et de formaliser par des protocoles les fonctionnements en mode dégradé. Ces protocoles visent en particulier les mesures à prendre en cas de panne d'appareil, et résulteront d'une réflexion menée en partenariat avec les équipes d'urgentistes.

Au-delà des seuls protocoles de fonctionnement en mode dégradé, l'objectif général est d'aboutir à terme à des protocoles partagés par l'ensemble des professionnels des HCS, dans la mesure du possible, en fonction notamment des équipements disponibles. Le système qualité - gestion des risques intègrera un manuel qualité, tel que cela est déjà en place sur le site du GHAM à Romilly.

Il est envisagé de développer de nouvelles activités, notamment sur le site du GHAM à Romilly l'installation d'une IRM. Cet équipement permettrait notamment de répondre aux prises en charge dans les cas de suspicion d'AVC se présentant au service d'urgences du GHAM à Romilly ; environ 150 AVC sont traités chaque année dans cet établissement, alors même que l'examen d'imagerie médicale repose sur un scanner aujourd'hui. D'autre part cette installation permettrait de recourir à ce type d'examen pour la réalisation des bilans et suivi en cancérologie.

Pour le CH de Troyes, l'acquisition d'une deuxième IRM, va permettre de développer une activité d'IRM cardiaque.

Enfin, l'achat de matériel pourrait être centralisé par les HCS. Cela favoriserait l'uniformisation du parc d'équipement, ainsi que des formations et des protocoles communs.

### ► *Orientations essentielles retenues :*

Pour ce qui est de la programmation et de la convocation des patients, l'orientation est prise d'uniformiser les pratiques. Ainsi le logiciel DX planning sera utilisé par les deux établissements. D'autre part les patients seront relancés et prévenus de leur rendez-vous par l'envoi de SMS.

Depuis 2 ans, l'équipe informatique crée un réseau sécurisé entre tous les établissements des HCS. La possibilité d'accéder directement au PACS devient envisageable sur les ordinateurs des CH de Bar-sur-Aube, Bar-sur-Seine et Brienne, moyennant les formations et accompagnements correspondants.

Une demande d'autorisation d'IRM sera déposée par le GHAM dans le cadre du GIE pour installation sur le site de Romilly, afin d'élargir l'offre sur ce secteur.

L'optimisation des délais de rendez-vous pour les patients reposera sur le partage de l'outil Dx Planning entre le CHT et le GHAM, en tenant compte du lieu d'habitation pour attribuer un rendez-vous à un patient. La mise en place de l'outil DX planning offrira également la possibilité d'envoi de SMS aux patients du GHAM .

Concernant les logiciels mis en communs, il est également à noter que Dx Image sera déployé au GHAM pour pouvoir envoyer les compte-rendus par Apicrypt et mieux gérer la « dicom work-list » des modalités du GHAM, et donc la gestion des identités pour l'optimisation du partage des images. Cela permettra également la remontée automatique des compte-rendus dans le dossier patient Dx Care du GHAM, et favorisera à terme le dossier patient convergent des HCS (Dx Plateforme).

Un poste de coordinateur médicotechnique permettra de faire le lien entre les ressources humaines paramédicales/ médicales, les plannings, les équipements biomédicaux, informatiques, électriques, climatisation, etc. et de superviser les démarches de formations et d'accompagnement dans le cas d'une extension du PACS dans les HCS.

En prévision de la certification HAS 2018 à l'échelle des HCS, un manuel qualité sera réalisé pour le CH de Troyes, inspiré de celui existant au GHAM.

Un calendrier de renouvellement de matériels sera élaboré, afin de réaliser des opérations communes d'achats et avoir un parc matériel suffisant dans une marque donnée pour avoir un technicien de maintenance de proximité au GHAM. La permanence des soins sera organisée au niveau territorial, en s'appuyant sur les ressources du CHT, du GHAM et des partenaires, mais aussi un système d'externalisation d'une partie de l'interprétation radiologique (Appel d'Offres télé interprétation en cours au CHT), notamment durant la permanence des soins les nuits et week-ends.

## 6.2. Pôle Biologie Médicale, Anatomopathologie

### 6.2.1. Le laboratoire de biologie médicale

#### ► *Contexte*

Depuis le 1er janvier 2013, les laboratoires du CH de Troyes et du GHAM sont regroupés au sein d'un GCS afin de piloter, structurer, exploiter et faire accréditer le laboratoire de biologie médicale unique ainsi constitué. Ce laboratoire de biologie médicale propose des activités et des compétences très larges lui permettant d'être présent sur des activités de grande routine mais aussi dans des domaines très spécialisés de la biologie médicale. Le laboratoire de biologie médicale public est un acteur essentiel de la biologie médicale du département de l'Aube.

En 2015, ont été créés les HCS désignant l'ensemble des établissements membres de la direction commune.

Ce GHT a vocation à partager une stratégie de groupe et un projet médical. Il aura un périmètre plus large que les HCS et inclura d'autres établissements. A ce jour le laboratoire Public Inter-Hospitalier de l'Aube n'est prestataire que du CH de Troyes et du GHAM.

#### ► *Constats*

Le laboratoire est aujourd'hui organisé sur 2 sites (Troyes et Romilly sur Seine). Il est accrédité conformément aux textes réglementaires . Une politique d'achat convergente (matériel, réactifs) est mise en œuvre.

La volonté de travailler ensemble et de développer le laboratoire dans une logique de projet est forte. Le laboratoire est cependant actuellement pénalisé par un système informatique vieillissant. Le système informatique actuel ne permet pas la transmission dématérialisée des compte-rendus aux établissements hors CH de Troyes, aux médecins libéraux et aux patients externes

Par ailleurs le laboratoire ne dispose pas de moyens (transport, personnel de prélèvement...) pour permettre de proposer de prendre en charge des prélèvements venant d'autres établissements

A Troyes, l'accueil des patients non hospitalisés au centre de prélèvement doit être amélioré pour accueillir au mieux les patients extérieurs ainsi que ceux venant des consultations de l'hôpital, notamment sans rendez-vous. Le centre de prélèvements du CH de Troyes a été rapproché des consultations externes, ce qui a permis de faciliter le circuit des consultants. Des difficultés demeurent concernant les locaux et la coordination des différents flux, en raison notamment de la volonté de permettre la venue sans rendez-vous. L'éloignement du plateau technique est également une difficulté pour assurer le conseil biologique aux patients. Enfin les délais de transmission doivent être raccourcis.

Parmi les problématiques rencontrées figurent également les moyens que le pôle a pu allouer au processus d'accréditation, la dispersion géographique des locaux techniques actuels et la formation continue du personnel paramédical.

### ► Objectifs

La vocation du laboratoire public inter-hospitalier de l'Aube serait de traiter l'ensemble de la biologie des HCS. Cependant les conditions de pré et post analytique (informatique, transport ...) ne le permettent pas actuellement, et feront l'objet d'une réflexion future.

L'objectif est de maintenir l'excellence de l'activité de routine, tout en maintenant et de développer l'activité spécialisée, propre aux établissements publics (outil diagnostique très performant et sans équivalent sur le territoire)

### ► Actions

Plusieurs actions sont nécessaires à la réalisation de ce projet. Elles doivent être menées conjointement et de façon coordonnée. La conduite du projet doit s'appuyer sur une parfaite collaboration et un esprit de synergie entre l'administration et les biologistes du laboratoire.

Plusieurs domaines sont concernés :

- ▶ L'informatique au sens large du terme : accélération de la mise en œuvre du nouveau SIL (Dx lab) mieux intégré au SIH, progression de la prescription connectée avec élargissement de cette pratique aux autres établissements, mise en place rapide des moyens de communication informatique et réflexion sur les moyens de dématérialisation des comptes rendus d'analyses
- ▶ Réflexion et mise en œuvre des moyens logistiques (prélèvements et transport des échantillons, biologie délocalisée)... Coordination avec les autres structures transversales (pharmacie...anapath ) pour le transport des échantillons.
- ▶ Construction de nouveaux locaux, regroupant toutes les activités du laboratoire pour une meilleure organisation, une optimisation des moyens humains et une amélioration du service pour les cliniciens et les patients
- ▶ Une poursuite des actions d'amélioration de la qualité en adéquation avec le développement du laboratoire (augmentation des moyens humains et matériels)
- ▶ Elargissement du plan de formation du personnel paramédical .
- ▶ Mise en œuvre d'une politique des achats cohérente avec le développement du laboratoire.

## 6.2.2. Le service anatomopathologie et génétique

### ► Contexte

En 2017, le périmètre du service est étendu à des collaborations avec les hôpitaux de

- Saint Dizier
- Vitry le François
- Chaumont
- Romilly sur seine
- Sens

Il existe également des collaborations avec des praticiens de ville, en particulier à Troyes. Le service d'anapathologie et de génétique a déménagé début 2016 dans des locaux neufs aux normes. Les consultations de génétique sont en croissance exponentielle, notamment sur le versant oncogénétique. L'activité du laboratoire de génétique, centrée essentiellement sur l'oncogénétique hématologique, après une diminution en 2016 suite au départ en retraite de deux hématologues du CHT, est de nouveau en nette augmentation après le recrutement de nouveaux hématologues.

### Problématique :

L'analyse des forces et faiblesses du pôle fait apparaître les éléments suivants :

#### Forces :

- Equipement moderne ; Laboratoire neuf
- Compétence et implication du personnel
- Seul service ACP – Génétique hospitalier sur tous les départements de l'Aube et de la Haute Marne
- Seules consultations de génétique sur le département + rayonnement sur départements voisins
- Rendez vous de consultations courts (pour la spécialité de génétique) .Présence d'une psychologue lors des consultations de génétique
- Logiciel de génétique dédié (consultations et structure de suivi)

#### Faiblesses :

- Démographie médicale préoccupante (Anapath et génétique) (départs en retraite prévus à moyen terme)
- Recrutements de médecins de plus en plus difficiles
- Les consultations de génétique ne sont faites que par un seul praticien
- L'activité de cytogénétique (labo) ne repose que sur un seul praticien
- Délais des comptes rendus d'anapaths à améliorer (sous effectif médical)
- Extemporés dans les autres établissements très consommateurs de temps médical

La réussite des projets du pôle est conditionnée aux possibilités de recrutement en personnel médical, en particulier afin de pouvoir poursuivre les coopérations hospitalières.

### ► Objectifs :

Anatomo Cyto Pathologie :

Stabilisation de l'activité : le service devra essayer de continuer d'assurer les demandes en provenance des différents établissements avec lesquels il travaille.

Améliorer la qualité de la prise en charge : (diminuer les délais des compte-rendus).

Cette amélioration de la qualité nécessite une meilleure transmission des renseignements cliniques et la possibilité d'envoyer les résultats par un système informatique ( apicrypt )performant.

A moyen terme,s'engager dans la démarche d'accréditation (nécessité d'un temps de qualicien en plus) (date d'accréditation non encore déterminée à ce jour pour l'anapath)

**Formation, recherche et innovation** : La technique de FISH se développe en oncogénétique – hémato.

Le service est un terrain de stage apprécié des internes de spécialité en raison de sa polyvalence et de la qualité de l'encadrement présent.

**Promouvoir les coopérations** : Le service a mis à disposition d'autres services d'ACP privés un plateau d'immunohistochimie incluant des anticorps plus rares

Génétique :

**Promouvoir les coopérations** : Il convient de continuer à déployer des consultations d'oncogénétique pour augmenter le nombre des consultations (besoins..., plan cancer, suivi des patients à risque de cancer, prise en charge multidisciplinaire des patients prédisposés héréditairement au cancer.)

- ▶ Des RCP d'oncogénétique locale ou régionale ont été mises en place en 2016.
- ▶ Des crédits spécifiques sont alloués par l'INCA.
- ▶ Des consultations avancées sont envisagées.

**Pérenniser l'activité de génétique** : La pérennisation de l'activité de consultations de génétique doit être anticipée (départ à la retraite du praticien).

Pour stabiliser l'activité de génétique biologique, il faudrait du temps de praticien supplémentaire (recrutement prévu)

**Accréditer l'activité de génétique (biologie) (en cours)**

**Formation, innovation** : Un dossier d'agrément pour recevoir des internes de génétique a été déposé en Avril 2017....

Pourrait faciliter la venue de nouveaux praticiens.

Il serait souhaitable à terme d'avoir un conseiller de génétique.

## 6.3. Pôle Pharmacie

Les missions dévolues aux Pharmacies à Usage Intérieur sont définies dans l'ordonnance n°2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur à savoir :

- ▶ Assurer la gestion, l'approvisionnement, la vérification des dispositifs de sécurité, la préparation, le contrôle, la détention, l'évaluation et la dispensation des médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1, des dispositifs médicaux stériles et des médicaments expérimentaux ou auxiliaires définis à l'article L. 5121-1-1, et d'en assurer la qualité
- ▶ Mener toute action de pharmacie clinique, à savoir de contribuer à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé mentionnés au 1° et de concourir à la qualité des soins, en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins mentionnée à l'article L. 1110-12, et en y associant le patient
- ▶ Entreprendre toute action d'information aux patients et aux professionnels de santé sur les produits de santé mentionnés au 1°, ainsi que toute action de promotion et d'évaluation de leur bon usage, et de concourir à la pharmacovigilance, à la matériovigilance, et à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles mentionnée à l'article L. 6111-2
- ▶ Exercer les missions d'approvisionnement et de vente en cas d'urgence ou de nécessité mentionnées à l'article L. 5126-8.

Le projet pharmaceutique du GHT remplit ces missions et propose des modalités organisationnelles adaptées à une pharmacie évoluant de 5 à 3 sites. Cette réorganisation nécessite de repenser les profils d'activité pharmaceutiques pour assurer une continuité d'activité fluide et permanente sur tous les sites et de réviser la cartographie des activités pour répondre avec efficacité aux besoins sanitaires des populations. Les ressources humaines doivent être mobilisées aux activités à haute valeur ajoutée pour concourir à la sécurisation du parcours patient. Elargir le potentiel pharmaceutique

doit aussi être une possibilité d'évolution. Ces réorganisations sont à entreprendre en préservant les spécificités locales de fonctionnement.

Le projet pharmaceutique du pôle va donc s'articuler autour des grands thèmes suivants :

- ▶ La gestion et l'optimisation des ressources humaines, financières et logistiques. Aspect juridique.
- ▶ Le développement de la pharmacie clinique
- ▶ La sécurisation du circuit du médicament : informatique et robotisation
- ▶ L'assurance qualité

### **6.3.1. La gestion et l'optimisation des ressources humaines, financières et logistiques. Aspect juridique**

Le pôle coordonnera et supervisera :

- ▶ la gestion des ressources humaines pour tous les secteurs d'activité avec la construction d'un plan de formation, une gestion polaire des ressources et des remplacements, dans le strict respect des affectations des agents. Les pharmaciens de l'équipe de pôle pourront partager leur activité sur plusieurs sites. Le management du pôle sera coordonné par un trinôme constitué du chef de pôle, d'un représentant de la Direction des HCS et d'un ou plusieurs Cadres de Santé. Le trinôme assure la mise en place et le suivi des projets et veille à instaurer une approche participative des ressources par l'animation de groupes de travail multidisciplinaires et multiétablissements.
- ▶ le suivi des dépenses pharmaceutiques en concordance avec les EPRD définis par établissement et la mise en œuvre du plan action achat pharmaceutique. Ce PAA intègrera les objectifs du plan d'action (livret thérapeutique commun, thésaurus des équivalences, circulation des produits en voie de péremption, regroupement de commandes pour minimiser les frais de port, développement de l'usage des biosimilaires, harmonisation des référencements) mais aussi l'objectif de convergence au 1/1/2020. En lien avec la cellule achat de l'établissement support, la PUI de l'établissement support conduira la politique achat des produits de Santé à compter du 1/1/2018.
- ▶ les flux logistiques entre les PUI afin de les optimiser et rapprocher les points de préparation des points de livraison / utilisation.

Le pôle PUI favorisera la constitution et l'animation d'un Comedims commun entre les structures pour aboutir à la constitution d'un livret commun des produits de Santé (médicaments et dispositifs médicaux).

Une veille juridique sera également mise en place pour s'assurer que le mode de fonctionnement de la PUI est conforme à la législation et optimisé par rapport aux possibilités de coopération offertes. A ce stade, 2 options juridiques peuvent être mises en œuvre : x PUI indépendantes avec x pharmaciens gérants, coordonnées par un pôle transversal qui administre les coopérations ou 1 PUI unique multisite gérée par un pharmacien gérant qui coordonne le pôle. Cette dernière solution suppose que les établissements des HCS ont fusionné et forment une entité juridique unique.

### **6.3.2. Développement de la pharmacie clinique**

Le projet de pôle prévoit : la mise à niveau de la validation pharmaceutique des prescriptions (niveau II ou III à atteindre au 31/12/2018) ainsi que le développement de la conciliation médicamenteuse d'entrée et de sortie. Le développement de ces 2 pratiques doit être homogène sur les 5 structures.

En parallèle la coopération ville hôpital et hospital hospital est à amplifier : développement de l'utilisation du portail sécurisé de messagerie et d'information « My GHT », anticipation des transferts patients entre les hôpitaux et échanges d'informations entre hôpitaux (livret, antidotes et produits de santé en voie de péremption, procédures).

Les actions d'éducation thérapeutique ciblées sur des molécules seront développées avec les praticiens intéressés par l'initiative (éducation du patient à son traitement, suivi observance, mise en commun des informations de tolérance du



traitement, efficacité). Le lien avec les pharmaciens officinaux sera aussi recherché avec l'installation d'une application informatique existante (Connexin).

La rétrocession (délivrance de produits hospitalier à des patients ambulatoires) doit rester accessible sur l'ensemble du territoire géographique (1 patient à 20min d'un point de dispensation et de conseils). Dans certains cas particuliers, le portage à domicile sera la solution ultime pour garantir une équité de traitement à tous les patients.

### 6.3.3. Sécurisation du circuit du médicament : informatique et robotisation

La sécurisation du circuit du médicament va reposer à la fois sur une mise à niveau des capacités techniques des PUI mais aussi sur un développement des actions d'évaluation et de sécurisation des risques autour du circuit des produits de Santé.

La mise à niveau technologique doit permettre une convergence des systèmes d'information dans le but d'échanger des informations de 2 ordres :

- ▶ Liées à la prescription médicale et réaliser le cycle Prescription – validation pharmaceutique – dispensation – administration
- ▶ Liées à la gestion économique (intégration des mouvements d'entrée / sortie)

Cette implémentation informatique va se dérouler en 3 phases successives : 1er semestre 2017 intégration du flux du CH de Bar sur Aube eu GCSPACS (CRRFP) vers un logiciel commun de gestion de stock 5copilote). Puis au second semestre, ce sont les flux de Bar sur Seine, Brienne et du Gham qui seront captés. Enfin, l'intégration des données de l'HAD (mutualité de l'Aube) se fera après remplacement du logiciel de prescription par un logiciel conforme aux normes d'échange.

Le second volet de l'évolution technologique correspondra à la généralisation de la dispensation nominative automatisée par surconditionnement. L'objectif de ce travail est à la fois de sécuriser l'ensemble du circuit du médicament par une robotisation de la préparation des doses à administrer mais aussi de déplacer cette tâche des unités de soins vers la pharmacie. Le schéma départemental retenu est le suivant : au niveau de l'établissement support les doses unitaires seront préparées (découpage des blisters et surconditionnement) puis envoyées aux sites qui réaliseront les préparations aux patients. Sur le GHT, 3 sites prépareront des piluliers nominatifs. En parallèle, les effectifs pharmaceutiques seront déployés et renforcés pour faciliter les étapes logistiques mais surtout assurer une présence de proximité.

### 6.3.4. L'Assurance qualité

En lien étroit avec le pôle Évaluation Sécurité Qualité des soins et le RSMQPCM, le pôle s'investit et développe la sécurisation du médicament et des produits de santé au sein du territoire. Sur chaque site, un pharmacien est membre de l'équipe opérationnelle Prise en Charge Médicamenteuse coordonnée par le RSMQPCM et travaille a priori (analyse/suivi des FEI) et a posteriori (CREX, RMM) sur tout évènement lié à la prise en charge médicamenteuse. Il informe régulièrement ses collègues permettant un retour d'expérience bénéfique à chacun.

L'équipe pharmaceutique est par ailleurs sensibilisée au bon usage des produits de santé et participe régulièrement à des staffs Pharmacie clinique qui permettent les échanges et retours d'expérience, ainsi que la formation continue des pharmaciens au sein du territoire.

Les référents d'activité assurent le suivi et la mise à jour des procédures Qualité propres à leur secteur. Au niveau du GHT, un pharmacien coordonne la gestion documentaire auprès de la DQG.

Le projet pharmaceutique intégré au projet médical est innovant et complémentaire de ce dernier. Il permet une évolution des pratiques en sécurisant le parcours des patients entre structures mais aussi de rapprocher et consolider la présence

pharmaceutique auprès des médecins pour concourir à l'amélioration des parcours de soin.

## 6.4. Pôle Information Médicale, Évaluation et Performance (IMEP)

### ► *Éléments de contexte :*

L'information médicale est aujourd'hui un maillon essentiel dans le paysage hospitalier permettant d'accompagner les directions et les praticiens dans le développement de leurs projets médicaux tout en concourant à leur valorisation. La mise en place des GHT permet d'envisager plus simplement les projets transversaux tout en améliorant la lisibilité des filières et parcours patient au sein du territoire. L'analyse de l'activité et des flux est devenue indispensable pour un accompagnement des projets du GHT et leur aboutissement.

Le DIM de GHT évolue dans un cadre clair avec des missions précises. La création de la direction commune des Hôpitaux Champagne Sud a permis de construire une culture transversale de territoire avec la création d'un pôle inter-établissements qui reprenait les missions préfiguratrices définies par les sociétés savantes :

- Organisation de la production, de l'évaluation de la qualité et de la transmission des données médicales en lien étroit avec la chaîne de facturation
- Conception et contribution au développement du système d'information administratif (identitovigilance, mouvementovigilance) et clinique (DPI, prescription informatisée), gestion de la confidentialité et contribution à la politique de sécurité et à la gestion des archives médicales
- Pilotage médico-économique
- Conception et/ou contribution aux travaux de recherche clinique, épidémiologique, informatique de santé et médico-économique (design, recueil et analyse et interprétation des données)

### ► *Constats :*

Chaque établissement disposait d'un service d'information médicale, plus ou moins professionnalisé, dont l'importance différait en fonction du mode de financement (T2A ou budget global). Cependant seul le Centre hospitalier de Troyes et l'EPSMA disposaient de temps médical dédié. Les autres sites étaient plutôt organisés autour de cliniciens avec une appétence pour l'information médicale mais sans temps dédié pour l'analyse des données produites. Dans ce contexte, ce sont surtout les compétences de techniciennes d'information médicale qui permettaient de recueillir des informations de qualité avec un suivi régulier permettant d'apporter des éclairages aux différentes instances et pour accompagner les projets.

L'outil de recueil de l'information médicale était différent sur chaque site et seul le CHT disposait d'un outil de pilotage médico-économique.

Enfin, les changements des modes de tarification du SSR et des hôpitaux de proximité ont demandé le renforcement de l'axe information médicale sur les établissements concernés afin de répondre aux différents enjeux de ces bouleversements majeurs, semblables à ceux connus lors de la mise en place de la T2A en 2009.

### ► *Objectifs généraux :*

- Structurer : un pôle inter-établissements a été créé avec des instances auxquelles participent l'ensemble des professionnels de l'information médicale des différents sites. Ce pôle permet le partage d'expérience et la mise en commun des compétences.

- ▶ Sécuriser le circuit de l'information médicale en fiabilisant les chaînes de recueil et de codage sur chacun des sites avec mise en place d'un codage centralisé professionnalisé sur un outil unique. Pour ce faire les établissements du GHT (hormis l'EPSMA) ont acquis la même solution logicielle (CORA PMSI).
- ▶ Optimiser la qualité de l'information médicale recueillie afin d'améliorer la valorisation des séjours et permettre une analyse objective des données.
- ▶ Analyser les données de chaque établissement mais aussi les différents échanges et filières. Pour atteindre cet objectif les HCS ont acquis une suite logicielle AMEDIM permettant l'analyse médico-économique performante du GHT.
- ▶ Accompagner les projets structurants des HCS et du GHT tant au niveau des praticiens que des directions. Ainsi le pôle IMEP est représenté dans l'ensemble des instances administratives et médicales des différents établissements et du GHT afin de suivre les différents projets et de participer aux études permettant leur développement ou leur suivi. Une collaboration étroite avec le contrôle de gestion et la gouvernance des pôles permet de faciliter cette mission.
- ▶ Conseiller la politique d'informatisation du GHT avec mise en commun des outils et priorisation des différents chantiers avec la direction de l'information numérique dans l'objectif de faciliter la traçabilité des données patient et faciliter les parcours.
- ▶ Innover en collaborant avec l'Université de Technologie de Troyes sur des développements ou des travaux de thèse (exemple de la prévision des flux des structures d'urgences) ou en participant activement au développement de la recherche clinique sur le GHT.

#### ▶ *Point d'étape :*

Le pôle IMEP ayant été créé en amont du GHT, l'ensemble des actions permettant d'atteindre les objectifs sont déjà débutées.

Les prochains mois permettront de finaliser la mise en place des outils communs comme la solution de codage unique qui sera disponible sur chaque établissement d'ici septembre 2017, l'outil de pilotage étant déjà intégralement déployé et utilisé au quotidien. La structuration du pôle est maintenant parfaitement définie avec une participation active de chaque structure à sa dynamique.

Les effets de cette mise en commun se font déjà ressentir dans l'accompagnement de plusieurs projets intra et inter-établissements grâce à l'utilisation d'outils performants et l'harmonisation des pratiques de recueil et codage de l'information médicale.

## 6.5. Pôle Évaluation, Sécurité, Qualité des Soins

#### ▶ *Éléments de contexte et naissance du pôle :*

En octobre 2013, le Centre Hospitalier de Troyes recrute un praticien hospitalier sur la fonction de coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. En parallèle, il crée un nouveau pôle avec pour fil conducteur : l'évaluation, la qualité et la gestion des risques. Il instaure un pilotage basé sur la complémentarité autour du praticien hospitalier, chef de pôle, assisté d'un ingénieur qualité, adjoint administratif et d'un cadre supérieur de santé, adjoint soignant.

Le pôle regroupe alors 9 centres d'activité :

- ▶ La qualité-gestion des risques
- ▶ Les vigilances sanitaires et apparentés
- ▶ La gestion du risque infectieux
- ▶ Le bon usage des antibiotiques
- ▶ La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse
- ▶ La radiophysique médicale
- ▶ La radioprotection des professionnels, du public et de l'environnement
- ▶ La recherche clinique et la recherche en soins
- ▶ L'information médicale

En juin 2015 se crée la direction commune autour des établissements qui deviendront, en juillet 2016, les membres fondateurs du GHT. Rapidement se mettent en place des directions fonctionnelles transversales et c'est l'amorce d'un projet médical et de soins partagé. Les HCS se présentent alors comme une préfiguration du futur GHT.

Le moment était venu pour conduire une réflexion de coopération autour de la qualité des soins et la sécurité des patients.

A l'origine, cette coopération s'inscrit autour de 3 idées maitresses :

- ▶ Concevoir un projet médical et de soins partagé, c'est se doter d'une politique d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients partagée ;
- ▶ Concevoir une politique partagée, c'est mettre en place une coordination des acteurs, voire une gestion commune d'activités ;
- ▶ Élargir le périmètre de réflexion de la coopération à l'ensemble des activités impliquées dans l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients.

A l'échelle du territoire, 2 enjeux se dégagent rapidement :

- ▶ Développer des stratégies partagées autour d'objectifs et de dispositifs d'évaluation communs ;
- ▶ Mutualiser les moyens et les ressources par la coordination des acteurs dans le cadre d'un service rendu optimal et rationalisé.

Se pose alors rapidement la question de la structure de fonctionnement qui porterait cette ambition collective.

Elle devait être une entité lisible au niveau du territoire, une entité reconnue par celles et ceux qui font la qualité et la sécurité au quotidien auprès des patients et une entité qui fasse le lien et le liant entre les médecins, les soignants et les administratifs.

Forts du retour d'expérience du pôle Troyen, il fut proposé que le pôle Evaluation, Sécurité et Qualité des Soins s'enrichisse des autres établissements membres des HCS pour devenir un pôle partagé, piloté selon le même principe et avec le même concept d'une vision élargie de la qualité et la gestion des risques.

Sur cette base, et puisqu'aucune obligation d'organisation en la matière ne semblait se dessiner pour les GHT, un accord de principe a été sollicité auprès de la direction générale, des directeurs délégués, des présidents de CME et des directeurs de soins.

Le pôle territorial d'appui à l'Evaluation, la Sécurité et la Qualité des Soins était né.

Il était destiné à développer une démarche commune de qualité des soins et de sécurité des patients par le partage de réflexions communes autour de 8 centres d'intérêt :

- ▶ La qualité-gestion des risques
- ▶ La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse
- ▶ La gestion du risque infectieux
- ▶ Les vigilances sanitaires et apparentés
- ▶ Le bon usage des antibiotiques
- ▶ La radiophysique médicale
- ▶ La radioprotection des professionnels, du public et de l'environnement

► *Point d'étape :*

Le pôle territorial ESQS :

Le pôle territorial se positionne comme un pôle d'appui à la performance relative à la qualité des soins et la sécurité des patients pour l'ensemble des HCS.

Il se caractérise par ses 2 valences : médicale et administrative. En cela, il fonctionne comme un pôle médical tout en trouvant sa place dans l'organigramme de direction, à hauteur des directions fonctionnelles transversales.

Il poursuit sa structuration interne avec pour objectif de mettre en place des équipes de territoire sur chacune des activités qui le composent, dans une logique de partage d'expérience, d'harmonisation et de subsidiarité.

L'appui à la Qualité-Gestion des risques :

Le service d'appui à la qualité et la gestion des risques est partagé depuis 2015.

Il constitue une seule et même équipe, placée sous la responsabilité du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, fonction unique au sein du territoire.

Les rôles et missions ont été définis pour couvrir les besoins du groupement et des établissements.

Outre ses missions opérationnelles relatives à la qualité et la gestion des risques, l'équipe assure le pilotage opérationnel de la démarche commune de qualité des soins et de sécurité des patients mise en œuvre au niveau du territoire. Elle pilote le processus de management de la qualité et des risques au niveau du territoire et fait le lien entre stratégie et opérationnalité.

La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse :

Les HCS disposent désormais d'un seul responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

Pour accomplir ses missions, il s'appuie sur une équipe locale, dans chaque établissement, composée d'un prescripteur, d'un pharmacien et d'un cadre de santé.

Le processus de prise en charge médicamenteuse est désormais piloté à l'échelle du territoire.

La gestion du risque infectieux :

L'organisation repose encore sur des équipes opérationnelles par établissement.

La mise en place d'une démarche qualité pérenne basée sur l'approche processus permet néanmoins d'aborder la maîtrise du risque infectieux en commun à l'échelle du territoire.

Par ailleurs, des situations de cas groupés permettent de mettre en commun les retours d'expérience et l'expertise acquise pour une meilleure gestion des épisodes.

Les vigilances sanitaires et apparentés :

L'organisation repose encore sur des équipes opérationnelles par établissement.

Le bon usage des antibiotiques :

Seul le centre hospitalier de Troyes dispose d'une compétence en infectiologie.

La constitution d'une équipe opérationnelle de territoire assurant les missions relatives au bon usage des antibiotiques est souhaitée à l'unanimité. Elle reposerait sur un binôme de médecins infectiologues et des relais locaux sur la base d'un pharmacien et d'un bactériologiste, a minima. Les effectifs médicaux ne nous permettent pas, pour l'instant, de répondre à cette demande. Une convention, signée entre le CHT et Bar sur Seine permet de répondre partiellement aux besoins de ce dernier.

La radiophysique médicale :

Cette activité n'est pas partagée. Les effectifs en physiciens médicaux sont entièrement dédiés au service de radiothérapie du CHT. Une externalisation est mise en place pour les activités de scannographie, radiologie conventionnelle, radiologie interventionnelle et bloc opératoire.

Le GHAM satisfait à ses besoins indépendamment.

[La radioprotection des professionnels, du public et de l'environnement :](#)

Les besoins concernent le CHT et le GHAM, sites de Romilly et Sézanne.

Un projet de coopération entre le CHT et le GHAM est en cours d'élaboration.

[La recherche clinique et la recherche en soins :](#)

Cette unité qui fonctionne actuellement avec du personnel du CHT est plutôt orientée vers les besoins de ce dernier.

Pour autant, elle est mise à disposition de l'ensemble des HCS pour tout projet de recherche clinique ou de recherche en soins.

(CF. chapitre sur la recherche clinique et la recherche en soins)



# CHAPITRE 7 : SCHÉMA DIRECTEUR DU SYSTÈME D'INFORMATION



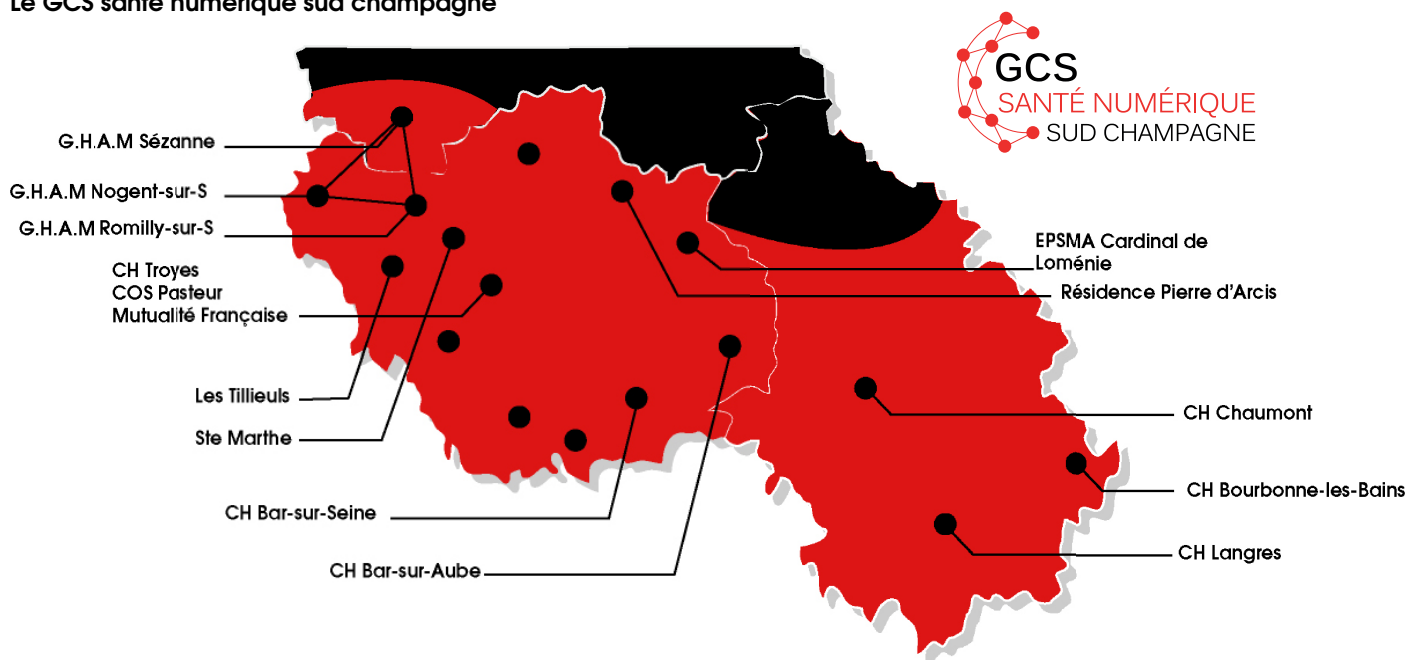
7.1. État des lieux des différents SI .....	149
7.2. Objectifs .....	149
7.3. Le système d'information cible du GHT .....	150
7.4. Pilotage du système d'information .....	152

## ► Synthèse

Le GHT de l'Aube et du Sézannais s'étend sur un territoire de 7000 km<sup>2</sup>. C'est un bassin de population de presque 350 000 personnes dont le réseau sanitaire s'appuie sur une direction commune d'établissements publics, nommée « les Hôpitaux de Champagne Sud » (HCS) et des acteurs associatifs (Mutualité Française, COS, etc.) et privés (cliniques notamment) et le réseau médico-social sur des dizaines d'EHPAD et autres structures de prise en charge de personnes âgées, en situation de handicap, etc. Son établissement support est le Centre Hospitalier de TROYES (CHT).

Au moment de la rédaction de la première version du présent schéma directeur, le GHT ne dispose que d'une dizaine de membres, mais un de ses partenaires, le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) de moyens informatiques, nommé GCS Santé Numérique Sud Champagne compte près d'une vingtaine d'adhérents (<http://gcssantenumerique.wixsite.com/gcs-sn>).

### Le GCS santé numérique sud champagne



Pensé initialement comme **une instance de mutualisation des moyens informatiques des HCS**, il s'est étendu à d'autres acteurs de Champagne-Ardenne, comme les CH de Chaumont, Langres et Bourbonne, mais aussi des associations à but non lucratif comme le Centre de rééducation fonctionnelle Pasteur de Troyes ou la Mutualité Française de Champagne-Ardenne et de plus en plus d'EHPAD.

### Le GCS Santé Numérique compte 18 membres depuis le 10/11/2016

Ce GCS permet la mise à disposition de personnels informatiques entre ses membres – et à ce titre il est la colonne vertébrale du service informatique territorial du GHT – mais aussi la mutualisation des moyens matériels et logiciels via les marchés publics qu'il détient. C'est par ailleurs une centrale d'achat pour ses membres, qui permet de faire les acquisitions nécessaires à la convergence des systèmes d'information du GHT.

En matière de système d'information, le GHT de l'Aube et du Sézannais ne diffère pas des 134 autres GHT au sens où sa principale cible est la convergence des SI, mais il présente une double particularité qui oriente son développement informatique :

- **Une politique d'innovation forte, portée par un projet de territoire de soins numérique nommé OPTIMIPSTIC** (OPTIMisation du Parcours de Soins par les Technologies de l'Information et de la Communication – pour en savoir plus : <http://www.sih-solutions.fr/laube-une-strategie-de-territoire-de-sante-numerique/>) soutenu par tous les ordres



et des centaines de professionnels de santé, ainsi qu'un partenariat avec l'Université de Technologie de Troyes et l'Ecole Supérieure de Commerce de Troyes,

- ▶ **Un alignement fort sur le projet médical partagé porté par la Direction des Affaires Médicales et de l'Offre de Soins des HCS.**

Les cinq années du développement du présent schéma directeur se déclinent dans cet environnement particulier et il est capital de s'en rappeler, quel que soit le projet informatique mené au sein du GHT de l'Aube et du Sézannais.

### ▶ *Démarche suivie*

La création du GCS Santé Numérique, **assise juridique et administrative des projets informatiques**, mais aussi la rédaction du projet OPTIMIPSTIC sont antérieures à la mise en place du GHT de l'Aube et du Sézannais. Elles ont permis de consolider progressivement la démarche suivie pour le système cible (tant sur le plan technique qu'organisationnel) et le schéma directeur du système d'information du GHT.

Tout a commencé fin 2013, quand les directeurs du Groupement Hospitalier Aube Marne (GHAM) et du CHT décident de mutualiser leurs moyens pour aider le GHAM à moderniser son système d'information. Un audit est mené dans le cadre d'un marché public lancé par le GHAM et remporté par le CHT, dont le rapport final servira de feuille de route en 2014, 2015 et 2016.

Sur cette base productive, la même démarche sera ensuite menée avec les autres Hôpitaux de Champagne Sud (HCS) :

- ▶ **Obtention de financement pour moderniser** (Hôpital Numérique, FNADT, Innov'Action, FUI, FEDER, etc.),
- ▶ **Mise en place du Dossier Patient Informatisé (DPI)** Dx Care lorsque c'est possible (c'est le DPI du CHT depuis 1999 et le GCS Santé Numérique, en tant que centrale d'achats dispose des marchés publics nécessaires),
- ▶ **Mise en place de plateformes et d'interfaces entre les établissements** (la décision de mise en place de Dx Platform est actée et officialisée en 2016),
- ▶ **Mise en œuvre d'une organisation territoriale des moyens humains** (chefs de projets, techniciens supports, ingénieurs système et réseau) pour mener à bien les projets à moindre coût, via le GCS Santé Numérique,
- ▶ **Déploiement de solutions innovantes pour donner encore plus de valeur ajoutée au SI** (ALOIS, GINO, MyGHT, PROMETHEES, ORIGHAM, etc.).

La démarche est menée par la Direction du Système d'Information, devenue Direction de l'Information Numérique du GHT en janvier 2016, en lien avec la direction générale, les directions fonctionnelles et les directeurs délégués de chaque établissement des HCS.

Les actions de déploiement, développement et maintenance sont portées par **le service informatique territorial créé en janvier 2016**, piloté par le Coordinateur Informatique Territorial, et les responsables des 8 équipes du service, en charge des fonctions suivantes : la formation, le support, les projets DPI, les projets de télémédecine et medicotechniques, le développement, les projets administratifs et les interfaces, la sécurité du système d'Information et l'infrastructure. Sous leurs ordres, on retrouve des techniciens, des consultants, des formateurs et des chefs de projets issus des différents établissements du GHT, pouvant travailler ensemble grâce à l'assise juridique du GCS Santé Numérique : une trentaine d'agents dédiés à la maintenance et l'évolution du système d'information, dans une logique de convergence des systèmes d'information.

Les projets menés en parallèle sur les différents sites sont variés et nombreux (on en dénombre une centaine début 2017), allant **de la mise en place d'un appel malade dans un EHPAD membre du GCS Santé Numérique, au déploiement d'un DPI dans un hôpital local, en passant par la mutualisation informatique de spécialités** comme la PUI territoriale. On reviendra sur le détail des projets dans la suite du document.

## ► Documents de référence

Le SDSI du GHT de l'Aube s'appuie sur un certain nombre de documents de référence :

- le Projet Médical Partagé (PMP) du GHT,
- la Convention Constitutive du GHT,
- le Manuel de Certification des établissements de santé de la Haute Autorité de santé,
- le Guide Méthodologique pour l'auditabilité des systèmes d'information, DGOS, janvier 2013,
- le Projet Régional de Santé,
- le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM),
- la Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé,
- le Guide Méthodologique sur la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information convergent dans le cadre d'un groupement hospitalier de territoire (GHT) de la DGOS,
- le projet de Territoire de Soins Numérique du GHT, OPTIMIPSTIC,
- les prérequis et cibles du Programme Hôpital Numérique,
- les exigences de la certification des comptes (en lien avec le commissaire aux comptes et KPMG),
- les projets FIDES, PES V2 et Chorus Portail Pro,
- l'ensemble des marchés détenus par le GCS Santé Numérique,
- les conventions de partenariat avec l'Université de Technologie de Troyes, l'Ecole Supérieure de Commerce de Troyes et son Ecole de Design, la e-maison médicale, le syndicat des pharmaciens de l'Aube, l'URPS Pharmacie et tous les autres URPS et ordres qui accompagnent et soutiennent OPTIMIPSTIC,
- Les règlements intérieurs des Collèges de l'Information Médicale des HCS,
- Les fiches de postes des référents CIL des HCS,
- Les fiches de postes de tous les agents du service informatique territorial,
- La politique d'identification du patient et les règles de respect de l'identitovigilance,
- La convention de partenariat signée avec le GIP CPAGE.

## ► Exigences de la certification

Le système d'information est un des éléments pris en compte **dans la certification des établissements par la Haute Autorité de santé**. Les dispositions mentionnées dans le Manuel de certification ont donc été prises en compte dans le schéma directeur des systèmes d'information du GHT, et ce d'autant plus dans le cadre de démarche de certification commune des établissements membres du GHT. **On rappelle ici que le GHT de l'Aube est du Sézannais sera un des premiers GHT à réaliser une certification commune de ses établissements en 2018.**

Par ailleurs, le SDSI intègre **les exigences de l'accréditation des laboratoires du GHT, avec la mise en place d'un SGL commun et communicant dans les deux laboratoires hospitaliers publics**, le système Dx Lab (au GHAM et au CHT).

## ► Exigences du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)

Les CPOM signés entre les établissements du GHT et l'agence régionale de santé (ARS) définissent les engagements des établissements en termes d'orientations stratégiques. Le système d'information est un levier au service de la réalisation de ces orientations. Il fait lui-même l'objet d'engagements spécifiques. A ce titre, le CPOM du CH de TROYES intègre des avenants liés au système d'information du SAMU, de télémédecine et d'agrément hébergeur de santé, assortis de subventions de l'ARS utilisées à cet effet.

**La convergence des systèmes d'information** se décline en trois axes forts au sein du GHT de l'Aube et du Sézannais :

- **La gestion d'un PMSI territorial** avec l'acquisition en 2016 et 2017 du système CORA PMSI de MAINCARE,
- La convention signée avec le GIP CPAGE intégrant la décision de **choisir CPage i comme gestion administrative hospitalière** (GAM, GEF et GRH) de tous les établissements des HCS (projets menés de 2016 à 2019),
- La décision d'installer la suite Dx Family de MEDASYS comme DPI de 60% des établissements, de maintenir CARIATIDES comme DPI psychiatrique de l'EPSMA, ainsi qu'OSIRIS au CH de BAR/SEINE et de **gérer la convergence via les outils Dx Platform de Medasys**. L'expérience a montré (phase 1 de la PUI territoriale du GHT au 1er semestre 2017) que l'EAI SmartBlend n'était finalement pas nécessaire et apporter une complexité supplémentaire induisant non seulement une durée de traitement plus longue, mais aussi un maillon supplémentaire inutile.

Le projet médical partagé du GHT a permis d'orienter les projets autour de plusieurs axes et notamment :

- La mise en place d'une PUI territoriale, avec le choix du système Dx Pharm, comme outil de validation pharmaceutique centralisé. Il est couplé à Dx Platform pour la gestion du multi-établissement, et Dx Platform/ InterFlux pour la transcodification des flux identités/prescriptions/livret thérapeutique/validation pharmaceutique des 7 DPI des établissements membres de la PUI unifiée, mais aussi à Copilote, logiciel de gestion des stocks et de pilotage des armoires rotatives et des automates de dispensation du GHT.
- La mise en place d'un pôle territorial de laboratoire avec l'outil Dx Lab dans tous les laboratoires des HCS et la communication via Dx Platform.
- La mise en place d'un pôle radiologique partagé avec un PACS de territoire HMI Horizon et son portail d'imagerie sécurisé, couplé au RIS convergent Dx Image et des outils externes de télé interprétation (plateforme SoftWay médical via CGTR).
- Un projet d'informatisation du temps médical de tous les médecins des HCS, avec une montée en charge progressive à partir de 2016 aux Urgences du CHT, puis tous les services du CHT et ensuite les autres établissements. Le système E-connection d'Horizontal Software a été retenu par appel d'offres en avril 2016 mais n'a finalement pu être déployé (marché cassé en mai 2017 pour incapacité de l'éditeur à tenir ses engagements malgré un report du planning de 6 mois).
- La signature d'une convention avec la CPAM, afin de développer les usages technologiques, comme la mise en place de TPE pour les médecins ayant une activité libérale, l'acquisition d'un logiciel de demande de transports pour optimiser les transports sanitaires dans le GHT, en lien avec les ambulanciers et taxis privés (le système Speed Class de Sanilea a été retenu et démarré en site pilote au 2nd semestre 2017 pour un démarrage total au CHT en janvier 2018 puis tout le reste des HCS),
- Le développement de la télémédecine en Unité Sanitaire des trois prisons de l'Aube et en EHPAD avec la société Idéo-Link,
- L'optimisation de la gestion des lits des HCS avec les systèmes ALADIN et la Météo des Urgences (et la naissance d'une réflexion plus vaste à travers le projet PROMETHEES de prédication, optimisation et mutualisation en territoire hospitalier et e-santé qui devrait donner lieu au montage d'un dossier de demande de financement FEDER).
- Le développement des usages visant à réduire la durée d'hospitalisation comme l'expérimentation du lecteur de glycémie en diabétologie via MyGHT (démarré en production en juin 2017 et monté en charge au 2nd semestre 2017),
- L'accès facilité aux outils des oncologues en radiothérapie en lien avec les radiophysiciens (système Somavision mis en place fin 2016 avec succès),
- L'upgrade des outils informatiques de réanimation et l'ouverture de lits supplémentaires de surveillance continue (réalisé en novembre 2017),
- La transmission des EEG de nourrissons au CHU de REIMS,
- La mise en place des outils de télé AVC au GHAM (réalisé en septembre 2017),
- La mise en place d'un système d'information convergent de PMSI territorial en lien avec le pôle Information Médicale et Performance des HCS (le système CORA PMSI dont le déploiement est presque finalisé fin 2017),
- La mise en œuvre de la reconnaissance vocale pour les médecins des HCS (le POC Crescendo s'achève fin 2017 sur un échec relatif : seul un chirurgien l'utilise et uniquement sur la partie « dictée numérique » ; de nouvelles pistes sont à creuser en lien avec l'éditeur Medasys pour une meilleure intégration avec le DPI Dx Care notamment),
- L'optimisation de l'accueil des patients avec une offre de service incluant la prise de rendez-vous, la préadmission

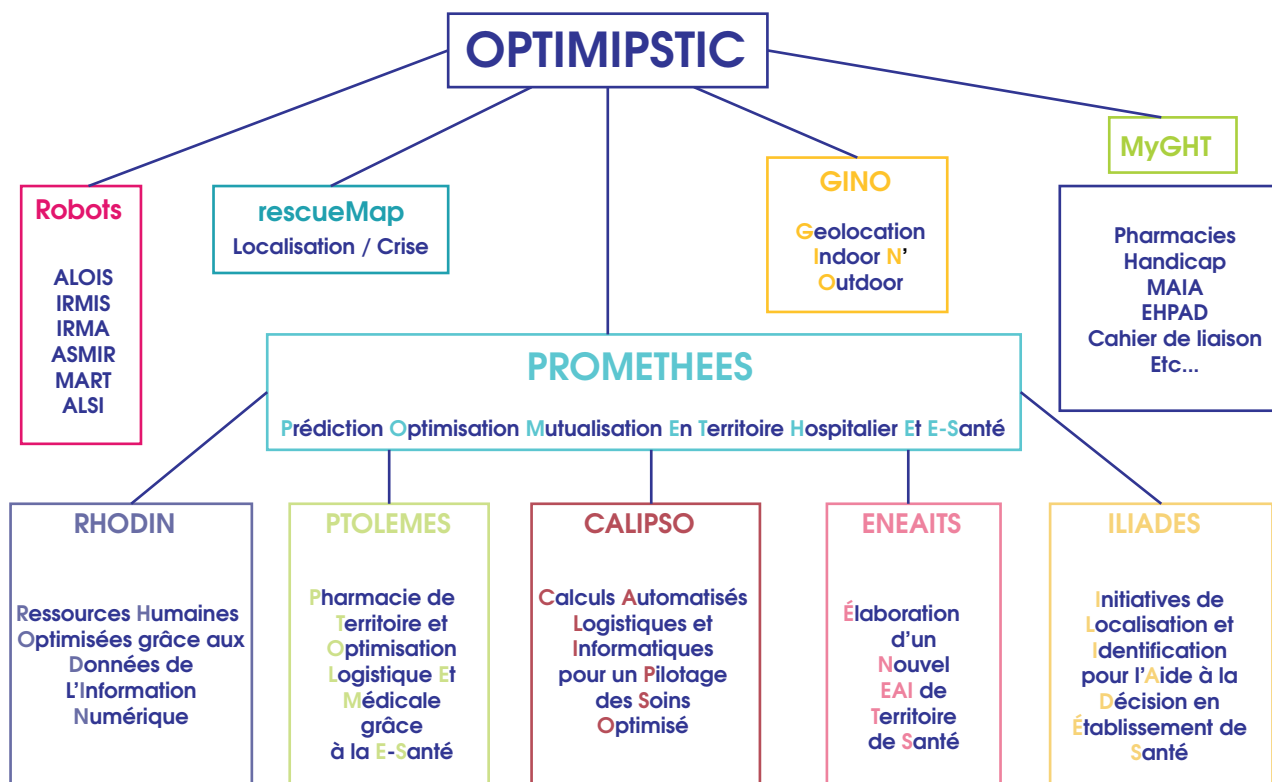
et le paiement sur internet ou sur kiosque dans les hall d'accueil des HCS (le projet MyKiosque a été véritablement lancé au 2nd semestre 2017 ; ALPIX est le maître d'œuvre et assure notamment les connexions avec CPage et Dx Care ; le matériel choisi est le même que celui de la CNAMTS, le fabricant IPM France),

- ▶ Un programme de passage au « zéro papier » dans les services de soins copiloté par la Direction des Affaires Médicales et la Direction des Soins (mis en standby en 2017 faute de moyens humains suffisants, il devrait redémarrer en 2018, mais priorité est donnée à la dématérialisation des instances avec des tablettes tactiles et un nouveau module de MyGHT nommé MyGHT GED),
- ▶ Le développement de la Conciliation médicamenteuse dans tous les HCS et en lien avec la ville via MyGHT (en cours au CHT et à l'EPSMA pour le moment),
- ▶ Le développement des projets de coopération dans le domaine du handicap, du suivi des personnes âgées à domicile ou des personnes fragiles en général via MyGHT (en cours avec un objectif de mise en production au 1er semestre 2018, ainsi qu'un nouveau projet financé par le fonds régional AMI : le projet CALIPSO, de cahier de liaison informatisé pour un parcours de soins optimisé),
- ▶ Le développement des filières de soins communes à plusieurs établissements avec échange de données sécurisées, comme le projet des maternités du CHT et du GHAM qui utilisent Dx Care et Dx Platform,
- ▶ La mise en place du TEP et son informatisation,\*
- ▶ Les évolutions du système d'information d'anatomopathologie pour l'accompagner dans son ouverture sur le GHT et les demandes des départements limitrophes, etc. (à noter un projet de liaison des anatomopathologistes du CHT au PACS du CH de SENS lancé mi-décembre 2017).

Le projet de Territoire de Soins Numérique (TSN) OPTIMIPSTIC et ses sous-projets :

- ▶ Les robots ALOIS, IRMIS, IRMA, ALSI, ASMIR et MART et deux nouveaux venus ALSI (l'assistant en langue des signes informatisé testé au second semestre 2017 à l'Institut Chanteloup) et CURTIS (le coursier utilitaire robotique de transport informatique de santé) qui devrait permettre de transporter des poches de chimiothérapie de l'URCC aux services d'oncologie du NBH au 1er semestre 2018. Par ailleurs, les HCS montent un dossier FEDER pour l'acquisition de 7 robots KIARA, successeur plus stable et plus adapté aux besoins hospitaliers, des robots KOMPAÏ 1 & 2 testés depuis 2 ans dans nos établissements,
- ▶ Le système de géolocalisation indoor & outdoor GINO (après un an de travail le capteur et son logiciel commencent à prendre forme : en avril 2018, on devrait avoir une vision plus claire du premier prototype),
- ▶ Le portail sécurisé ville-hôpital MyGHT (est désormais connu de tous les acteurs politiques locaux et régionaux, dispose d'un rayonnement international via l'Europ et devient de plus en plus l'étendard du projet OPTIMIPSTIC et de son développement dans le GHT en lien avec tous les ordres et les membres, partenaires et associés du GHT),
- ▶ Le projet d'optimisation du réseau d'information du GHAM, ORIGHAM,
- ▶ Le projet de big data et décisionnel, PROMETHEES.

Le projet de Territoire de Soins Numériques OPTIMIPSTIC et ses sous-projets



## 7.1. État des lieux des différents SI

### ► *Le système d'information existant*

Le schéma directeur du SI s'intéresse en priorité aux établissements membres des HCS, mais n'exclut pas les établissements membres du GHT (ou du GCS Santé Numérique) de type EHPAD et associations privées à but non lucratif.

Le constat à la création du GHT est que certains établissements ont déjà un DPI (Dx Care au CHT, Cariatides à l'EPSMA, Osiris au CH de BAR/SEINE), d'autres ont un DPI vieillissant, voire obsolète donc à remplacer (PSI au CH de BAR/AUBE) ou pas du tout de DPI (GHAM). La stratégie choisie a été de mettre Dx Care dans les établissements quand c'était possible en s'appuyant sur la centrale d'achats du GCS Santé Numérique (ainsi, en 2017, 60% des établissements utilisent ce DPI commun) et de laisser le DPI en place lorsqu'il est trop spécifique (Cariatides est un DPI psychiatrique) ou que le coût du changement à court terme n'était pas supportable par l'établissement (Osiris au CH de BAR/SEINE). **La mutualisation des données et la convergence se fait via le système Dx Platform de Medasys, couplé à MyGHT pour l'ouverture vers la ville.** L'expérience a montré (phase 1 de la PUI territoriale du GHT au 1er semestre 2017) que l'EAI SmartBlend n'était finalement pas nécessaire et apporter une complexité supplémentaire induisant non seulement une durée de traitement plus longue, mais aussi un maillon supplémentaire inutile.

Côté Gestion Administrative Hospitalière (GAH), le CHT et le CH de BAR/AUBE utilisent CPage depuis des années et migrent progressivement en 2016 et 2017 vers CPage i. Tous les autres vont migrer progressivement vers CPage i jusque fin 2019 (convention signée par les HCS avec le GIP CPAGE) : ainsi BAR/SEINE quitte progressivement Berger-Levrault et les deux autres établissements quittent le MIPIH dont les frais d'hébergement et de structure sont beaucoup plus chers que ceux de CPage. C'est d'ailleurs un des retours sur investissement du changement d'éditeur et de la mise en local des applications : une économie d'échelle, qui permet un amortissement rapide de cette évolution commune des outils.

Autour de ces deux mutualisations territoriales (DPI et GAH), **on retrouve environ 150 logiciels « métier » qui vont progressivement disparaître** : certains sont des logiciels « maison » qui sont **remplacés au fil de l'eau par des modules de CPage, Dx Care**, d'autres sont des solutions différentes d'un même outil qui vont s'uniformiser avec le temps (gestion du temps médical, non médical, des plannings, etc.).

Ensuite, la force de l'offre MyGHT permet de **développer des couches transversales et de fournir de nouveaux outils de consultation mutualisée de données à l'échelle du GHT**, à la fois pour les professionnels de santé, mais aussi pour les 4500 agents hospitaliers avec MyGHT Agents qui donne une version web/smartphone sécurisée d'informations qu'on ne trouvait jusqu'ici que dans CPage et AgileTime.

Enfin, les membres qui ne font pas partie des HCS se voient progressivement **proposer une intégration aux processus informatiques des HCS** (par exemple dans le cadre de la PUI territoriale, PASTEUR et MUTUALITE HAD sont connectés au logiciel de validation pharmaceutique centralisé), mais aussi **les outils des HCS en remplacement des leurs**, comme Dx HAD/SSIAD ou Dx EHPAD. Ils sont, en effet, économiquement plus intéressants (effet de volume du GHT) mais surtout permettent les échanges sécurisés via Dx Platform.

## 7.2. Objectifs

### ► *Objectifs assignés au système d'information*

Avec une centralisation des données et des applications hébergées dans les deux Datacenters du CH de Troyes, **la sécurité a dû être renforcée et l'investissement dans les infrastructures sécurisées et les partenaires sécurité** (comme Orange Cyber Défense) ont permis de lancer l'établissement support dans la démarche de rédaction et dépôt d'un dossier d'obtention de l'agrément Hébergeur de données de santé (en cours d'instruction au moment de la rédaction de la version 1 du SDSI). En attendant, l'ARS a autorisé le CH de Troyes à héberger les données des établissements de son

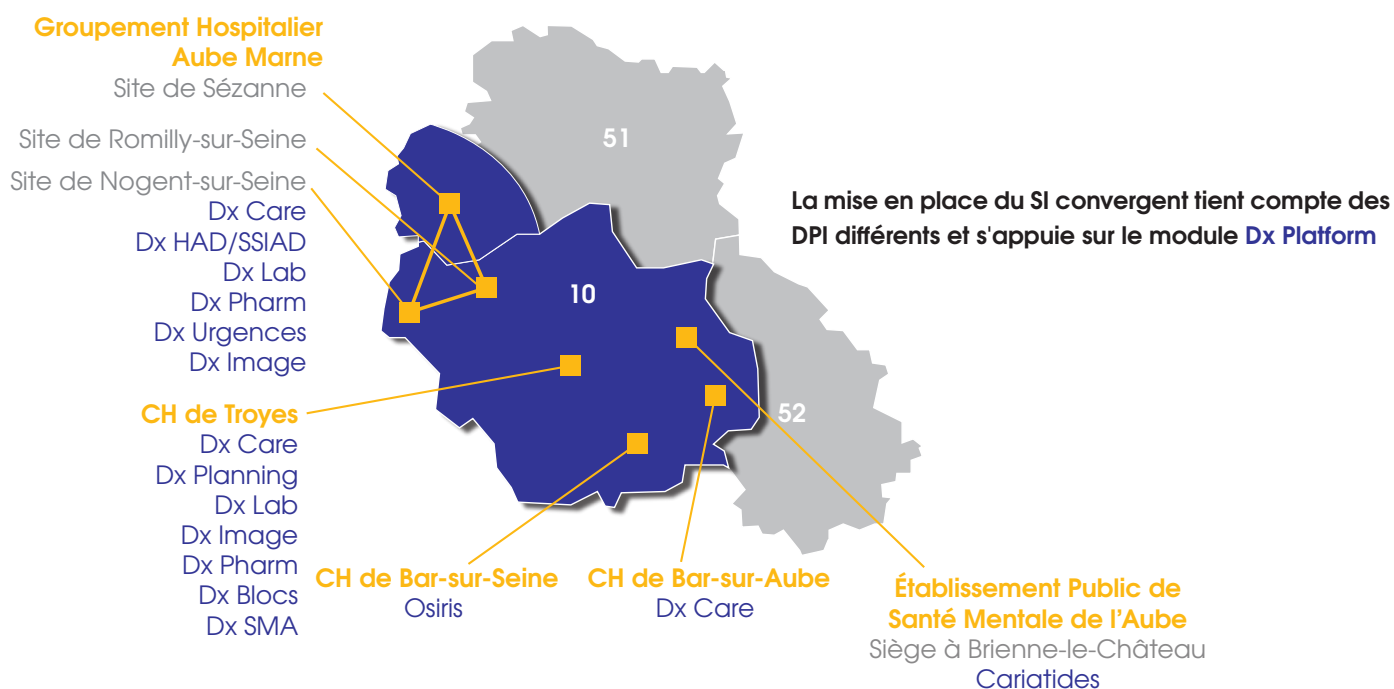
GHT, avec des recommandations claires et une cible d'obtention rapide de ce fameux agrément HDS.

**Les exigences de sécurité, de disponibilité, d'urbanisation, d'optimisation des infrastructures et de performance des applications** font bien évidemment partie des objectifs du système d'information de GHT. Des travaux importants en termes de liaison haut débit entre les établissements ont été et sont encore en cours pour faciliter les échanges inter hospitaliers. Des mutualisations d'annuaires, de messageries et de fédération de ressources pour atteindre un « alias » unique nommé @hcs-sante.fr sont également en cours dans cette optique.

Enfin, le système d'information fait partie intégrante du projet d'établissement global à la fois comme **axe indépendant, mais aussi comme support du projet médical partagé, du projet achats et finances partagé, de la gestion commune du PMSI et même de la formation continue** (avec le e-learning).

## 7.3. Le système d'information cible du GHT

### La convergence des Systèmes d'information du GHT



**Côté DPI : la possibilité de migrer certains sites vers Dx Care pour les sites de Bar-sur-Aube et du Groupement Hospitalier Aube-Marne**

**Plan d'action administratif 2015-2018 : Migration des G.A.H de tous les sites vers CPagei**

Le système Dx Platform est installé dans les Datacenters du CH de TROYES.

Il est communiquant via des connecteurs (API et Web Services) mis à disposition par l'éditeur de logiciels, Medasys.

Il offre également les kits de développements (SDK) nécessaires aux autres partenaires du SI pour récupérer en toute sécurité et en tenant compte des évolutions des modèles conceptuels de données des bases de données de la Dx Family (voir schéma page suivante) afin d'alimenter :

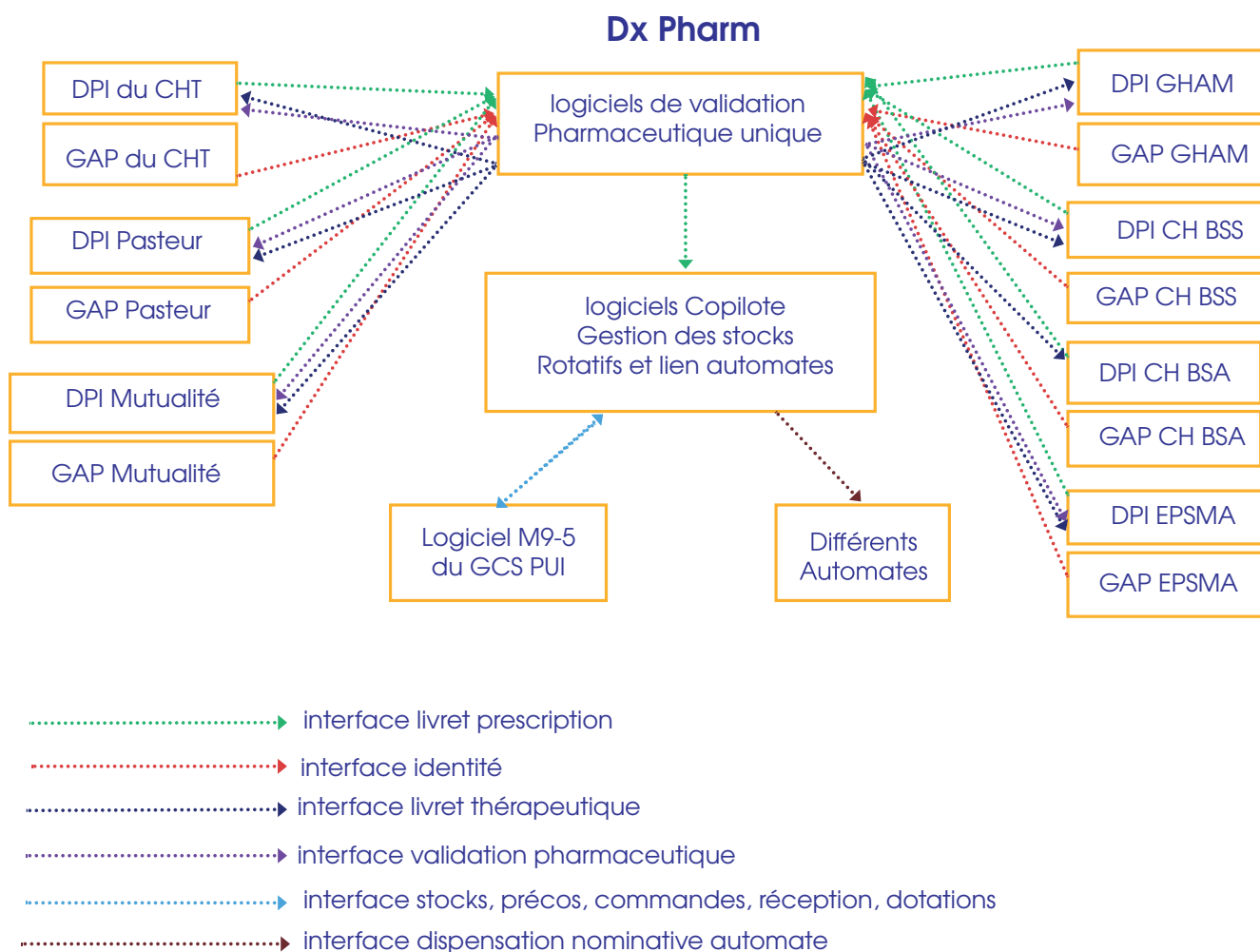
- ▶ Le portail MyGHT,
- ▶ Des applications smartphones sécurisées,
- ▶ De nouveaux services sur les sites internet des HCS comme la prise de rendez-vous sur internet.

## Dx Platform, la clé de la convergence du SI médical



Il permet également la mutualisation des données dans le cadre des pôles de territoire, comme ci-dessous...

## Fédérations d'identités et gestion du multi-établissements



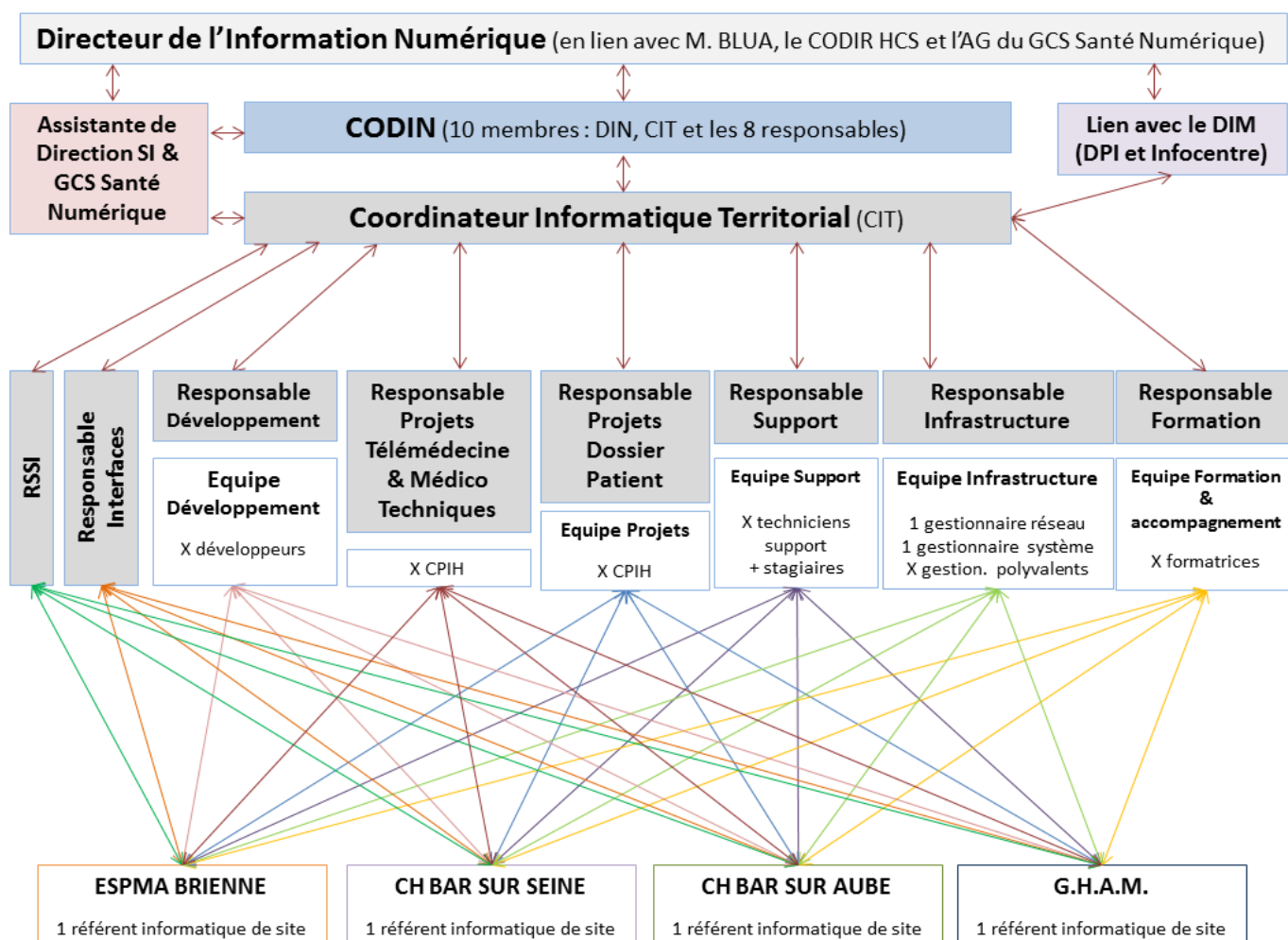
## 7.4. Pilotage du système d'information

### 7.4.1. Organisation prévue

Le service informatique territorial a été rendu possible grâce au GCS Santé Numérique qui permet la mise en commun de ressources au sein d'une même organisation. Le GCS Santé Numérique devient au fil des ans un véritable assistant à la maîtrise d'ouvrage des projets informatiques du GHT.

Il est constitué d'agents issus de tous les établissements des HCS. Ses recettes (puisqu'il intervient pour des membres qui ne font pas partie des HCS) permettent de financer des CDD, des emplois aidés (personnes handicapées ou en réinsertion professionnelle), des stagiaires, des doctorants. Au total, une trentaine de personnes évolue dans cette organisation, dont 80% dans les locaux du CH de Troyes, mais avec une présence de référents sur chaque site.

Lors de l'Assemblée Générale exceptionnelle du 12/09/2017, les membres ont voté à la majorité des présents (le quorum étant atteint) la dissolution du GCS Santé Numérique au 31/12/2017 : le cadre du GHT et les missions de l'hôpital support du GHT en termes de mutualisation des achats et de ressources humaines permettent, en effet, désormais, aux établissements membres, associés et partenaires de profiter du même niveau de service informatique, sans avoir recours à ce GCS qui s'est avéré bien utile avant la création des GHT. L'organisation fonctionnelle reste inchangée mais les mécanismes de facturation des achats et de mise à disposition des personnels passeront désormais par le budget G et de nouvelles conventions.





## 7.4.2. Instances de pilotage et de suivi du SDSI

Les membres, partenaires et associés du GHT disposent d'une instance nommée Comité de Pilotage de la Transition Numérique (le CPTN) qui se réunit plusieurs fois par an pour faire le point sur les projets en cours du GHT et prioriser les nouveaux projets. Le Comité d'Orientation et de Suivi des Système d'Information (le COSSI) persiste dans chaque établissement des HCS, au rythme d'au moins une instance par an (mais généralement plus pour les besoins de communication interne avec notamment les représentants des communautés Médicales et Paramédicales.

## 7.4.3. Mise à jour et révision du SDSI

Le SDSI est remis à jour chaque année après le dernier COSSI HCS CPTN du GHT, pour tenir compte des nouvelles orientations et des nouveaux projets.

## 7.4.4. Les projets valides pour 2017

- ▶ Au CHT : finaliser les projets Dx Lab, Dx Blocs, Prise de Rendez-vous sur internet, Migration CPage i GEF, Traçabilité Médecine Nucléaire & TEP SCAN, Remplacement du SI du SAMU, Suite du projet MyGHT.
- ▶ Au GHAM : Dx Image, Dx Planning, Dx Pharm, Préparation de la migration CPage i GEF, GAM et GRH, Mise en local d'AgileTime, MyGHT EHPAD et si possible Dx EHPAD.
- ▶ Au CH BSA : Dx Pharm finalisation du DPI Dx Care démarré en 2017.
- ▶ A l'EPSMA : démarrage en production des 3 modules de CPage i (GEF, GAM et GRH).

Sur tous les sites : logiciels demande de transport et application agents, ainsi que tous les projets d'investissements matériels liés au stockage, à l'archivage, au réseau, à la refonte de la sécurité et au maintien opérationnel du parc informatique (cf. bilan de la réunion du CPTN du 21/11/2017.



## **CHAPITRE 8 : ÉVALUATION DU PROJET MÉDICO-SOIGNANT**



Le Projet Médical et de Soins Partagé du GHT de l'Aube et du Sézannais a été élaboré sur une période de plus d'un an, faisant suite à la constitution d'une direction commune entre les établissements des Hôpitaux Champagne Sud fin 2015, et dans la perspective d'une coopération accrue avec leurs partenaires. Ce projet a donc été élaboré pour constituer une feuille de route opérationnelle des coopérations entre les hôpitaux publics et leurs partenaires dans l'Aube et le Sézannais, et les actions qui pouvaient être mises en œuvre sans attendre ont été engagées dès l'année 2016, avec de premiers résultats conséquents.

L'ensemble des pilotes et acteurs des actions inscrites dans le Projet Médical et de Soins Partagé bénéficiera d'un accompagnement par la direction des HCS et par deux pôles territoriaux : le pôle IMEP (Information Médicale Evaluation et Performance) et le pôle ESQS (Evaluation, Sécurité et Qualité des Soins).

La démarche d'évaluation de la mise en œuvre du Projet Médical et de Soins Partagé sera menée de façon continue par la Présidente du Collège Médical de Groupement, la Présidente de la CSIRMT de Groupement, le chef du pôle IMEP, la directrice des affaires médicales des HCS et le Secrétaire Général des HCS. Ils veillent à la bonne avancée des travaux en communiquant avec les acteurs concernés. Ils informent ou recueillent l'avis des instances des établissements membres et partenaires du GHT, ainsi que des instances du GHT, sur la mise en œuvre du Projet Médical et de Soins Partagé.

Dans ce cadre, un bilan annuel de la mise en œuvre du Projet Médical et de Soins Partagé est présenté chaque année aux instances des établissements du GHT et aux instances de groupement, portant sur l'effectivité de la mise en œuvre des actions identifiées. Ce bilan identifiera les actions réalisées, en cours, ou abandonnées et le respect des échéanciers.

Un bilan à mi-parcours et à l'issue du PMSP évaluera l'efficacité des actions menées. Ce bilan veillera à identifier dans quelle mesure les actions menées ont permis d'améliorer les filières. Cette étude qualitative et quantitative sera menée en fonction de l'état d'avancement des actions.

Ces évaluations s'appuieront sur des outils de suivi identifiant pour chaque action les responsables, le calendrier prévisionnel, et les indicateurs de suivi.

A l'issue de la présentation du résultat de ces évaluations, les instances du GHT pourront proposer des évolutions du PMSP, afin d'y ajouter des actions, de reporter ou modifier des actions pour atteindre l'objectif.

En complément de cette procédure de révision annuelle du Projet Médical et de Soins Partagé, dans le respect des attributions des instances des établissements et des instances du groupement, le PMSP peut à tout moment faire l'objet d'une révision lors de tout évènement le justifiant (ex : évolution du SROS ou du PRS ; demande des autorités de tutelle des établissements de santé)

## CONCLUSION : UN PROJET EN COURS DE MISE EN OEUVRE

La mise en œuvre d'actions de coopération inscrites au présent projet médico-soignant, entre les établissements des Hôpitaux Champagne Sud ainsi qu'avec leurs partenaires, a été engagée dès la constitution de la direction commune des Hôpitaux Champagne Sud en juin 2015, sur la base des nombreuses coopérations préexistant entre les établissements de l'Aube et du Sézannais.

Ainsi, au jour de l'approbation du présent Projet Médico-Soignant par les instances du GHT, plusieurs organisations structurantes ont été mises en place.

### ► *Les pôles médicaux inter-établissements*

#### ◀◀ *Cinq pôles de territoire ont déjà été mis en place* ▶▶

Les cinq pôles de territoire dont la synthèse des projets figure dans le présent projet médico-soignant de GHT (Pôle Information Médicale Evaluation Performance (IMEP), Pôle Evaluation Qualité et Sécurité des Soins (ESQS), Pôle Imagerie médicale, Pôle Biologie et Anatomopathologie, Pôle Pharmacie) ont d'ores-et-déjà été mis en place.

Un médecin chef de pôle a été nommé à la tête de chacun de ces pôles, ayant autorité fonctionnelle sur les équipes des différents établissements, avec la mise en place d'outils communs et la participation de l'ensemble de l'équipe du pôle à une démarche commune.

### ► *D'autres actions communes aux établissements et professionnels de santé du territoire*

Au-delà des cinq pôles inter-établissements du GHT, de nombreuses actions ont été engagées afin d'améliorer la coordination entre les différentes structures du territoire.

Ainsi, la constitution d'un GCS Plateforme d'Aval du Territoire Champagne Sud a été approuvée en octobre 2015, réunissant le Centre Hospitalier de Troyes, La Mutualité Française Champagne Ardenne SSAM (HAD) et le COS Pasteur (SSR). Cette coopération a ainsi permis au pôle «Hospitalisation à domicile» (HAD) de la Mutualité Française de s'installer dans des locaux dédiés du CH Troyes (ouverture en octobre 2016). Par ailleurs 48 nouveaux lits de SSR spécialisés (neurologique et locomoteur) gérés par le CRRF Pasteur ouvriront dans les locaux du CH de Troyes en 2018, les opérations préliminaires aux travaux étant déjà lancées.

Les deux seules maternités publiques du département de l'Aube, situées au Centre Hospitalier de Troyes et au GHAM (site de Romilly-sur-Seine) sont désormais placées sous la responsabilité d'un chef de service commun, facilitant notamment le travail des équipes des deux établissements autour de la définition d'un parcours de soins en obstétrique, gynécologie et périnatalité pour le territoire du GHT. Cette structuration a également facilité le maintien d'une permanence des soins de qualité.

Concernant l'articulation entre l'offre de soins en psychiatrie et en Médecine Chirurgie Obstétrique, l'intégration de l'EPSM de l'Aube à la direction commune des HCS et au GHT a permis de travailler sur différentes filières. Plusieurs projets de coopération figurent dans le présent projet médico-soignant. Ces coopérations se sont notamment traduites par la constitution d'une Equipe Psychiatrique d'Accueil aux Urgences et de Liaison de l'EPSMA (EPAULE) pour assurer la liaison entre urgences psychiatriques et urgences somatiques. Parmi les autres actions engagées figure la localisation d'un hôpital de jour de psychiatrie adulte de l'EPSMA au sein du Centre Hospitalier de Bar-sur-Aube, afin d'améliorer la coordination entre les deux établissements, et permettant à l'EPSMA de bénéficier de locaux dont le CH de Bar-sur-Aube n'avait plus l'utilité.

La coordination entre les établissements et acteurs du territoire se traduit de nombreuses autres façons. Outre un développement majeur des consultations avancées, l'usage de la télémédecine et le recours à de nouveaux outils numériques permettent aux équipes de territoire d'étendre leurs coopérations à de nouveaux acteurs, en particulier la médecine de ville et les EHPAD, et de concevoir de nouveaux parcours de prise en charge. Le fonctionnement de la commission d'analyse des séjours longs illustre cette dynamique, en permettant à des représentants des établissements membres et partenaires des HCS de réfléchir conjointement à la résolution de situations problématiques, permettant souvent de dénouer des blocages du parcours de patients qui auparavant auraient pu rester sans solution.

.....  
◀◀ **Le recours à de nouveaux outils numériques permet aux équipes  
de territoire d'étendre leurs coopérations à de nouveaux acteurs** ▶▶

Une Unité de Recherche Clinique et de Recherche en Soins (URCRS) a également été constituée. Elle est commune à l'ensemble des Hôpitaux Champagne Sud. En lien avec les centres universitaires de référence et les sociétés savantes, l'objectif de l'URCRS est de porter et promouvoir le développement local de la recherche, mais aussi la participation aux protocoles de recherche nationaux et internationaux (sociétés savantes, promoteurs institutionnels et industriels). Le but de l'unité est d'améliorer la prise en charge des patients sur le territoire du GHT en favorisant leur accès à l'innovation et aux soins tertiaires.

L'intégration croissante entre les établissements et les équipes des HCS les a conduit à se porter volontaire pour s'engager dans une certification qualité commune en juin 2018. La préparation de cette visite a conduit les établissements des HCS à engager des travaux communs : mise en place d'un comité de pilotage commun de la démarche qualité et sécurité des soins, audits de processus, cartographie des risques, logiciel de gestion documentaire et de gestion des événements indésirables commun, élaboration d'un Plan d'Action Qualité Sécurité des Soins commun.

► *La mise en commun des services supports de l'action médicale et soignante*

Afin d'accompagner le développement de ces coopérations médicales et soignantes, les établissements des HCS ont développé une gouvernance permettant de soutenir au mieux ces projets de territoire.

Ainsi, la création dès septembre 2015 d'une Direction commune des affaires médicales pour les établissements des Hôpitaux Champagne Sud a été jugée indispensable, afin de jouer le rôle d'interlocuteur unique pour les équipes de territoire. En effet, les projets médicaux s'avèrent en effet de plus en plus communs à plusieurs établissements, conduisant à concevoir des postes partagés (gynécologie, pédiatrie, cardiologie, soins palliatifs etc.) et à intégrer la prise en charge de l'ensemble des patients du territoire dès la conception du projet. Cette démarche commune se traduit également par des actions à destination de l'ensemble des chefs de pôle et chefs de service des établissements des HCS, en particulier des formations communes. Une journée de séminaire réunissant tous les chefs de pôle, présidents de CME et équipe de direction HCS a ainsi été organisée début 2016, afin de travailler sur une culture et un langage communs.

Elément majeur conditionnant la réussite de différentes coopérations territoriales, la gestion des systèmes d'information est confiée à une Direction de l'Information Numérique (DIN) commune à tous les établissements des HCS. Elle permet à de nombreux établissements partenaires de s'associer à des projets numériques et d'accéder à de nouveaux outils dans le cadre du GCS Santé Numérique. Plusieurs usages ont été développés, notamment le Portail informatique MyGHT, comptant aujourd'hui 10 000 patients enregistrés, 500 professionnels de santé abonnés, dont 76 pharmacies sur les 95 du bassin de santé.

D'autres directions fonctionnelles ont également été organisées à l'échelle des Hôpitaux Champagne Sud. Une direction commune des achats et de la logistique, reposant notamment sur un GIP logistique pour les activités de blanchisserie et de restauration, une direction de la communication et une direction de la formation continue du personnel non médical.

Ces avancées témoignent de la dynamique à l'œuvre sur le territoire du GHT de l'Aube et du Sézannais, et constituent

un cadre propice à l'approfondissement de ces coopérations et au développement d'une offre de soins innovante, mise en œuvre par des établissements travaillant dans le cadre d'une confiance mutuelle, au service des patients et usagers du territoire.

Elles montrent que les professionnels de santé ne considèrent pas le Projet Médical et de Soins Partagé comme une simple déclaration d'intention. Ils le voient comme une feuille de route opérationnelle, conçue avec une participation forte des équipes de l'ensemble des établissements, qui doit aboutir à des améliorations concrètes et rapides dans la prise en charge de la population locale. Ces avancées dans certains secteurs entraînent d'ores-et-déjà des transformations radicales des anciennes structures et des modes de fonctionnement.

**GHT DE L'AUBE ET DU SÉZANNAIS**

101 avenue Anatole France - CS 20718 - 10003 TROYES Cedex  
Tél. Direction des Hôpitaux Champagne Sud : 03 25 49 49 70

---