Projet d'établissement
2018 - 2023

centre hospitalier de Valenciennes

Editorial

Armand AUDEGOND, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE SURVEILLANCE

Le Centre Hospitalier de Valenciennes, notre « CHV » est un des centres d'activités primordiales pour notre territoire. Depuis la naissance, avec la maternité Monaco, jusqu'au grand âge avec ses cinq Etablissements d'Hébergements pour Personnes Agées Dépendantes, et tout au long de notre vie avec ses services médicaux et chirurgicaux d'excellence, le CHV est notre partenaire santé.

Cependant, par-delà ses missions de soins, le Centre Hospitalier de Valenciennes est également un acteur économique de premier plan. Premier employeur de la commune, il génère des flux d'activités et d'échanges qui contribuent largement au dynamisme local.

Cœur de la cité, notre hôpital a décidé de sortir de ses murs pour remplir sa mission au plus près des personnes qui en ont le plus besoin. C'est du moins ainsi que j'interprète le projet d'établissement pour la période 2018-2023 : un projet tourné vers la ville et ses citoyens.

Les artisans de ce projet, médecins, directeurs, cadres soignants administratifs et techniques, infirmiers… Tous sont animés par la même ambition celle d'améliorer la qualité de vie, le bien-être et la santé de tous. Cette ambition est naturellement partagée par tous et particulièrement par les élus du territoire.

C'est un projet d'établissement certes ambitieux mais il est surtout original. Original parce qu'il pose différemment les questions qui impactent notre vie de tous les jours et particulièrement celles relatives à la prévention en santé. Ces questions, nous les connaissons depuis longtemps, et les différentes lois qui ont posé les premières pierres des politiques de prévention ne sont pas récentes et ont obtenu des résultats disparates ou, à tout le moins, insuffisants.

Il ne s'agit pas de remettre en question les moyens qui furent mis en œuvre, les méthodes employées… Mais bien d'agir avec détermination pour envisager les solutions innovantes à des problématiques connues et reconnues.

En ma qualité d'élu et de Président du Conseil de surveillance du Centre Hospitalier de Valenciennes, je suis convaincu que la population du Valenciennois profitera de l'élargissement du champ d'action de l'hôpital. Ses professionnels investissent la dimension de la prévention pour limiter les risques liés à l'absence d'éducation en santé, lesquels produisent trop souvent des comportements aux conséquences graves.

Prévention, éducation, recherche, innovation, agilité, adaptabilité… Voilà quelques-uns des maîtres mots de ce projet d'établissement qui seront transformés en actions par les personnels hautement qualifiés du CHV. Ils sauront sans aucun doute renforcer la santé de notre population, c'est ce que j'appelle de mes vœux.

Je remercie l'ensemble des médecins, directeurs, cadres soignants, administratifs et techniques, qui, par leur expertise et leur contribution à ce projet ont permis de poser les nouvelles bases de l'action sanitaire sur le territoire, en lien avec l'ensemble des acteurs et services concernés par les questions de santé.

Editorial

Rodolphe BOURRET, DIRECTEUR GÉNÉRAL

Dr Isabelle GIRARD BUTTAZ, PRÉSIDENTE DE LA COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

L'élaboration d'un projet d'établissement est toujours un évènement important dans la vie d'un centre Hospitalier. Il permet de faire un bilan des années précédentes tout en se projetant vers l'avenir mais il peut représenter encore plus. Il peut aussi être un indicateur de la cohésion et de la maturité d'un établissement.
Les professionnels de santé du Centre Hospitalier de Valenciennes ont choisi de s'engager dans cette démarche de façon déterminée et autonome en ne faisant appel qu'à leurs propres ressources. Cette démarche est à saluer car elle illustre la volonté d'un groupe à prendre en main son avenir dans une démarche collective et pluridisciplinaire; médecins, soignants et administratifs tous réunis pour un même objectif : imaginer le « meilleur », le plus « innovant » et le plus « performant » pour leur territoire et pour ses habitants.

Le bassin de population du Hainaut Cambrésis possède les indicateurs de santé des plus défavorables de France avec un taux de surmortalité supérieur à 30% par rapport à la moyenne nationale. Cette situation est particulièrement préoccupante mais ne peut aujourd'hui être expliquée par un déficit d'offre de soins ou par un manque d'implication des différents acteurs du territoire.

En effet, le Hainaut-Cambrésis dispose d'une offre de soins dense et de qualité, portée par le Groupement Hospitalier de Territoire du Hainaut-Cambrésis et son établissement support, le Centre Hospitalier de Valenciennes, reconnu à l'échelle nationale pour son approche innovante. De plus, de nombreuses actions sont déployées sur le territoire, tant sur le volet prévention que curatif. Ces initiatives sont portées par nos partenaires institutionnels (Agence Régionale de Santé, Valenciennes Métropole, Caisse Primaire d'Assurance Maladie, Caisse d'Assurance Retraite et de Santé Au Travail,...); académiques (Université de Valenciennes, établissements scolaires,...); associatifs ; sanitaires (GHT, CHV, ...) mais également les élus locaux, au travers des 9 communautés de communes du territoire, et économiques.

Malgré le déploiement d'actions et de moyens importants, les impacts de ces actions sont insuffisants et la situation sanitaire demeure inquiétante. Politiques, citoyens et professionnels de santé en prennent conscience.

Le Centre Hospitalier de Valenciennes s'est donné la grande ambition, peut-être même au-delà du terme de ces cinq prochaines années, d'élaborer

un projet en rupture avec les projets précédents car il donne un objectif différent : concevoir un outil de coopération pour mettre en lien les besoins de santé identifiés et l'offre de santé présente sur le territoire en coordonnant les actions et les acteurs.

Nous voulons passer de la prise en charge des soins des patients à la gestion de la santé de la population. Ce défi sera mené à travers un très grand nombre d'actions qui sont déclinées dans ce projet, mais l'avenir nous réserve sans aucun doute des aléas qui nécessiteront de notre part, agilité, adaptation, ouverture, esprit d'entreprendre et cohésion.
Nous savons que la communauté hospitalière et médicale de cet établissement saura relever le défi, car elle a prouvé depuis de nombreuses années sa capacité d'évolution.
Nous savons aussi que le chemin sera long, semé d'obstacles, mais nous sommes des agents du service public, cela revêt un sens qui aujourd'hui doit être élargi : nous sommes responsables de l'état de santé global de la population de notre territoire. Pour cela, l'hôpital doit sortir de ses murs et devenir un acteur sanitaire, médico-social, social et économique de son bassin de population.

Nous allons donc sortir des constats et agir avec l'ensemble des partenaires du territoire : publics, privés, libéraux, associations, universitaires, citoyens, élus…

C'est Notre Engagement !

PRÉSENTATION DU CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES

Le Centre Hospitalier de Valenciennes, un établissement dynamique

Le Centre Hospitalier de Valenciennes est le troisième établissement public de santé des Hauts-de-France après les deux Centres Hospitaliers Universitaires que compte la région. Le dynamisme de l'établissement, son activité en constante croissance et sa gestion financière saine lui permettent aujourd'hui de maintenir et d'accroître son positionnement afin de toujours répondre au mieux aux besoins de la population du Hainaut-Cambrésis.

Des activités fortes

L'activité clinique

L'établissement peut compter sur l'ensemble de ses 5 200 salariés dont près de 500 personnels médicaux pour augmenter son activité dans tous les domaines. Ainsi, notre hôpital a réalisé en 2017 plus de 102 000 passages aux urgences adultes et enfants, plus de 3 400 accouchements, près de 350 000 passages en consultations, plus de 32 000 interventions chirurgicales et près de 135 000 admissions. Concernant les activités médicotechniques, le Centre Hospitalier de Valenciennes a réalisé en 2017 près de 48 000 actes de radiologie externes, près de 78 millions de B et BHN en biologie dont un certain nombre réalisé pour des établissements tiers et environ 9 500 mouvements par jour en entrées et sorties de produits pharmaceutiques.

102 548 passages aux urgences (adultes et enfants)

3 472 accouchements

347 655 passages en consultations

32 110 interventions chirurgicales

47 832 actes de radiologie externes

134 765 admissions

Au cours de ces cinq dernières années, l'établissement a connu une forte croissance d'activité avec 7 % de séjours hospitaliers et 42 % de ses actes chirurgicaux en sus. Sur la chirurgie, les séjours ambulatoires ont augmenté de plus de 65 % entre 2013 et 2016. L'activité a également augmenté de 19 % pour les passages aux urgences et de 32 % pour les consultations externes.

Actes chirurgicaux : + 42%
Séjours hospitaliers : + 7%
Séances : + 6%

Passages aux urgences : + 19%
Séjours ambulatoires (chirurgie) : + 65%
Consultations externes : + 32%

Pour répondre au mieux à cette demande, le Centre Hospitalier de Valenciennes est composé de 14 pôles dont 12 pôles cliniques, un consacré à l'administration générale et un **à** la logistique. Les professionnels de ces différents pôles se répartissent sur plus de 110 métiers différents. La délégation polaire au sein de l'établissement est très aboutie avec une décentralisation qui couvre 95 % du périmètre de gestion. Cette délégation très large vers les pôles cliniques est unique en France, et fait de Valenciennes un établissement pionnier concernant le management hospitalier.

Pôle 1
Imagerie médicale
27 M€
190 ETP

Pôle 2
Biologie Hygiène
16 M€
130 ETP

Pôle 3
Pharmacie Stérilisation
23 M€
130 ETP

Pôle 4
Chirurgie
71 M€
380 ETP

Pôle 5
URAMU
55 M€
440 ETP

Pôle 6
Gériatrie
10 M€
410 ETP

Pôle 7
Psychiatrie
29 M€
350 ETP

Pôle 8
Cancéro et S.médicales
52 M€
300 ETP

Pôle 10
Mère Enfant
40 M€
350 ETP

Pôle 11
64 M€
480 ETP

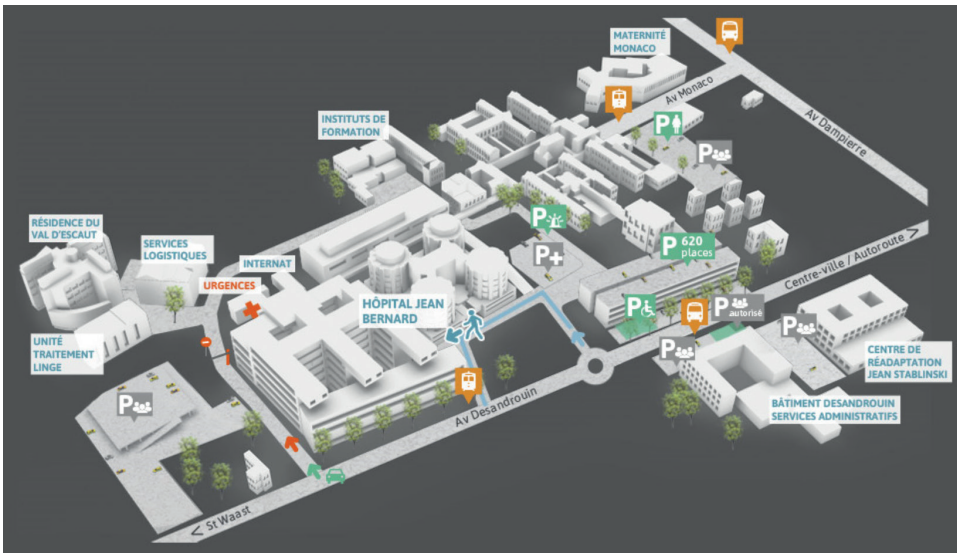
Pôle 12
Santé publique
9 M€
115 ETP

Pôle 13
Adm. générale
28 M€
330 ETP

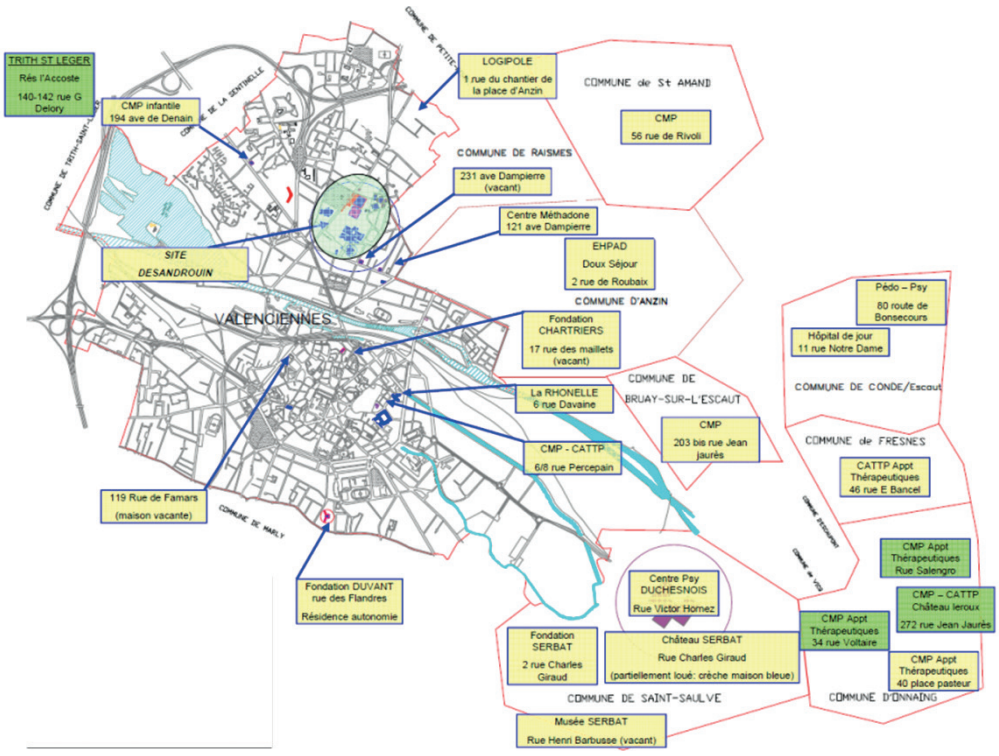
Pôle 14
Logistique
39 M€
400 ETP

Pôle 15
SSR
10 M€
115 ETP

Afin de proposer la meilleure offre de soins, l'établissement compte près de 2 000 lits dont la moitié concerne le court séjour. Parmi ceux-ci, l'hôpital propose plus de 950 lits et places en médecine-chirurgie et obstétrique ainsi que 300 lits et places en psychiatrie, 105 lits en Soins de Suite et de Réadaptation et enfin 450 lits en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes et foyers logements.



La majeure partie de l'activité se réalise sur le site de l'avenue Désandrouin à Valenciennes. Concernant la psychiatrie, l'activité principale est effectuée au centre Duchesnois à Saint-Saulve pour les adultes et à Condé-sur-Escaut pour la pédopsychiatrie. En parallèle, l'établissement compte des Centres médico-psychologiques et des Centres d'activité thérapeutique à temps partiel sur les communes de Saint-Amand-les-Eaux, Bruay-sur-Escaut, Fresnes-sur -Escaut, Onnaing et Valenciennes. Pour la gériatrie, le Centre Hospitalier de Valenciennes assure la gestion de six structures réparties sur les communes de Valenciennes, Anzin et Saint-Saulve.



Le Centre Hospitalier de Valenciennes propose une offre de soins quasi complète en exerçant toutes les spécialités de médecine, chirurgie et obstétrique en dehors de la chirurgie cardiaque, des activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie, du traitement des grands brûlés et des greffes d'organes et de cellules hématopoïétiques. L'établissement dispose également d'une autorisation de neurochirurgie relevant du schéma interrégional d'organisation des soins.

La qualité est au cœur de toutes les prises en charge pour l'ensemble de ces activités. Le Centre Hospitalier de Valenciennes est certifié par la Haute autorité de santé avec un classement « B » depuis juin 2015. L'implication de tous les professionnels de santé a permis d'obtenir ce bon résultat, ainsi que le déploiement de nombreuses démarches volontaires au niveau des pôles. Nous pouvons ainsi citer :

- la certification ISO 9001 de la stérilisation, de l'unité centralisée de préparation stérile, et de l'unité d'hygiène
- le comité français d'accréditation pour le laboratoire de biologie médicale
- la labélisation « Initiative hôpital ami des bébés » en maternité, néonatalogie et la certification « Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) » en néonatalogie,
- la labélisation de la médecine nucléaire,
- la certification de l'unité de coordination et de prélèvement d'organe et de tissu
- l'accréditation en chirurgie « Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) »

L'animation de la qualité et gestion des risques s'articule autour d'un comité qualité constitué des principaux acteurs responsables : la présidence de la commission médicale d'établissement, le référent médical pour la qualité, la direction des soins, le coordinateur de gestion des risques, le responsable qualité pour le médicament.

Le suivi de la politique qualité s'est fait à partir de quelques indicateurs opposables, déclinés dans tous les services, tels que la tenue du dossier patient, le courrier de sortie ou la satisfaction des usagers. La gestion des risques s'est faite principalement grâce au déploiement d'analyses rigoureuses à partir du système de déclaration des événements indésirables graves sur le schéma « Outbreak Reports and Intervention Studies of Nosocomial Infection (ORION) », issu de l'aviation civile. Ces différentes démarches ont permis à la fois de mener des actions concrètes pour améliorer la prise en charge de nos patients tout en garantissant un meilleur niveau de sécurité.

En ce qui concerne la gestion du risque infectieux, l'indicateur de consommation de solutions hydro- alcooliques 2 (ICSHA2), l'indice composite du bon usage des antibiotiques (ICATB2), l'indicateur composite de maitrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes (ICA-BMR), l'indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN2) et

l'indicateur de lutte contre les infections du site opératoire (ICA-LISO) sont tous côtés A, démontrant la maitrise est complète dans l'établissement.

L'activité d'enseignement

Au-delà de l'activité clinique, le Centre Hospitalier de Valenciennes réalise également une activité d'enseignement, d'une part via l'Institut de Formation aux Métiers de la Santé et d'autre part via l'accueil d'internes et d'externes.

L'Institut de Formation aux Métiers de la Santé est agréé pour trois formations initiales que sont les diplômes d'état d'infirmier, d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture ainsi que pour une formation de spécialisation infirmière : le diplôme de puéricultrice. Cela représente en termes de quotas autorisés : 465 infirmiers, 50 aides-soignants, 15 auxiliaires de puériculture et 28 puéricultrices soit un total de 558 étudiants et élèves.

Par ailleurs, l'IFMS de Valenciennes dispose d'un panel de formations au service du développement des compétences des professionnels de santé. Ces formations sont proposées « clés en main » mais répondent également à des demandes « à la carte ». Pour cela l'institut est inscrit dans le dispositif de Développement Professionnel Continu et enregistré à l'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC). Il est également validé et référencé à la base de données DATADOCK.

En parallèle, le Centre Hospitalier de Valenciennes accueille près de 230 internes chaque année toutes spécialités confondues.

L'activité de recherche clinique

Depuis 2013, le Centre Hospitalier de Valenciennes dispose d'une unité de recherche clinique. Cette unité a géré en 2017 plus de 20 conventions et pas moins de 129 inclusions dans 95 études. En 2017, les financements des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) s'élevaient à 2,3 millions d'euros.

Ainsi son périmètre et son volume d'activité lui permettent d'être un acteur majeur dans le domaine de cette recherche sur la région et sur le territoire national. La qualité de la recherche réalisée au sein de l'établissement est un facteur de forte attractivité pour les professionnels et pour les patients. Cela octroie au Centre Hospitalier de Valenciennes une visibilité auprès des structures académiques et des industriels promoteurs d'essais cliniques.

Si nous nous positionnons actuellement uniquement en tant qu'investigateur, notre développement nous permettra d'ici peu de nous positionner en tant que promoteur d'essais. Nous envisageons à termes de mettre en place une unité d'investigation clinique, accueillant des patients inclus dans des essais dits précoces. Le profil de médecin-chercheur sera identifié et nous mettrons en place l'organisation facilitatrice de cette activité.

Des finances saines

Sur la dernière décennie, le Centre Hospitalier de Valenciennes a investi massivement pour rénover ses bâtiments et équipements, et s'agrandir. Ces investissements importants financés majoritairement par un recours à l'emprunt sur des durées longues, conduisent l'hôpital à supporter une dette importante de 221,8 millions d'euros fin 2017.

Dans le même temps, l'établissement a connu un fort développement de ses activités avec des recettes qui dépassent désormais les 410 millions d'euros. La bonne maîtrise des charges, conséquence d'une gouvernance décentralisée et rigoureuse, lui a permis de faire face aux engagements de dépenses consécutifs de ce fort développement, et d'atteindre une situation d'équilibre de l'exploitation depuis 6 exercices consécutifs.

Les grands équilibres bilanciels sont respectés avec un fonds de roulement positif de 53,7 millions d'euros, et une capacité d'autofinancement supérieure à 20 millions d'euros depuis 2015, permettant de financer le remboursement de la dette et de dégager une enveloppe d'autofinancement de 5 millions d'euros par an.

Entre 2013 et 2016 : **Encours de la dette : - 19%** **Investissements : + 56%** **Fond de roulement : + 29%**

Un virage numérique engagé

Au cours des dernières années, le Centre Hospitalier de Valenciennes a fortement investi à plusieurs niveaux sur l'intégration des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC), pour notamment les services et activités qui concernent les praticiens. Cette orientation est un des éléments de renforcement stratégique et de compétitivité de l'établissement.

Le dossier médical informatisé « Caducée » est totalement déployé. Notre hôpital a été primé pour l'informatisation de ses services de soins par la Healthcare Information and Management Systems Society 6 (HIMSS) Analytics Europe.

Une meilleure capacité d'intégration médico-économique a pu également être constatée grâce aux outils de pilotage mis à disposition des pôles et des praticiens. Les tableaux de bord et les indicateurs mis en place permettent de faciliter la prise de décision, le suivi des activités médicales, leurs conséquences économiques, mais aussi la gestion des processus et des parcours.

Les premières réalisations déjà opérationnelles en matière de télémédecine permettent de souligner l'importance de ces outils dans l'évolution des pratiques médicales. Ce domaine est jugé prioritaire pour le Centre Hospitalier de Valenciennes, car susceptible de matérialiser la valeur ajoutée des compétences médicales dans une logique territoriale et partenariale.

Des projets et évolutions innovants

Cette capacité d'investissement a permis la création d'une trentaine d'activités nouvelles depuis près de 15 ans, dans un contexte économique global peu favorable, ce qui correspond à un effort de rationalisation et d'optimisation du soin important.

L'établissement a également développé un plateau technique de haut niveau sur le plan de l'imagerie, avec quatre IRM, trois scanners, deux TEP, deux gammas caméras, trois tables de radiologie interventionnelle et coronarographie. Le Centre Hospitalier de Valenciennes dispose également d'une troisième autorisation de TEP à installer.

En parallèle, le Centre Hospitalier de Valenciennes a développé un nouveau plateau technique d'ophtalmologie et le bloc opératoire central est passé à 18 salles alors qu'il existe par ailleurs, un bloc opératoire spécifique gynécologique obstétrique composé de 3 salles de blocs opératoires et de 7 salles de naissance dont une « nature ».

L'acquisition initialement de la neuro-navigation en neurochirurgie a été une première étape ; L'acquisition d'une salle d'intervention hybride en a été une seconde, permettant notamment de démultiplier les possibilités d'actes mini-invasifs dans plusieurs disciplines en sécurisant sa réalisation et en diminuant le taux d'irradiation reçu par les patients et les équipes ; enfin plus récemment l'acquisition d'un robot Da VINCI de quatrième génération et de sa table asservie représente notre dernier investissement dans l'innovation.

L'établissement a également développé la réalisation d'actes chirurgicaux lourds grâce à la collaboration d'une équipe d'anesthésistes et de réanimateurs de haut niveau, tout en augmentant le ratio des actes réalisés en ambulatoire.

Des activités nouvelles sont apparues : coelio-chirurgie 3D, biologie moléculaire en anatomopathologie, surspécialisation en chirurgie proctologique, chirurgie de la main, chirurgie Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) carcinologique complexe, chirurgie plastique avec à partir de fin 2018 l'ouverture d'une activité de chirurgie esthétique. Les coopérations avec les spécialités médicales correspondant aux spécialités chirurgicales ont été encore optimisées, gastroentérologie, neurologie, rhumatologie, cancérologie, gériatrie, radiologie, biologie…

Par ailleurs, l'établissement a étendu son laboratoire de biologie médicale sur 2 sites que sont Valenciennes et Denain qui s'articule autour d'un plateau technique automatisé fonctionnant 24H /24 disposant d'équipements de dernière génération permettant des délais de rendus rapides. Les plateaux techniques spécialisés et le laboratoire de microbiologie en confinement P2 et P3 disposent eux aussi d'équipements modernes. Des centres de prélèvements (site Monaco, site

Jean BERNARD) permettent d'accueillir des patients de 7 h à 19 h sans interruption pour réaliser leur bilan sanguin. Le laboratoire est accrédité selon la norme 15189 par le comité français d'accréditation pour 90 % de son volume d'activité.

Enfin, le Centre Hospitalier de Valenciennes a investi dans sa pharmacie à usage interne pour sécuriser le circuit du médicament en informatisant le dossier patient ainsi que la prescription et en faisant l'acquisition de deux automates de dispensation nominative. La pharmacie clinique a été développée en interne comme en externe (établissements médico-sociaux), sur plusieurs spécialités médico-chirurgicales.

Un Centre Hospitalier au service de son territoire

Le Centre Hospitalier de Valenciennes dans son Groupement Hospitalier de Territoire

Le Centre Hospitalier de Valenciennes est l'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire Hainaut-Cambrésis qui regroupe les douze établissements publics de santé du territoire : Avesnes-sur-Helpe, Cambrai, Denain, Felleries-Liessies, Fourmies, Hautmont, Jeumont, Le Cateau-Cambrésis, Le Quesnoy, Saint-Amand-les-Eaux, Sambre Avesnois et Valenciennes.

Le groupement ainsi constitué regroupe plus de 15 000 professionnels pour gérer près de 2200 lits et places en médecine, chirurgie et obstétrique pour près de 238 000 séjours en médecine, chirurgie et obstétrique. Il atteint ainsi un budget consolidé de plus de 1 milliard d'euros.

Couvrant un territoire de près de 800 000 habitants, le Groupement Hospitalier de Territoire est le deuxième groupement des Hauts-de-France. Il est composé de trois zones de proximité : le Valenciennois, le Sambre-Avesnois et le Cambrésis. Cette configuration permet d'organiser une réelle gradation des soins sur le territoire du Hainaut-Cambrésis avec un parcours identifié de l'établissement de proximité vers la structure de recours en passant par l'hôpital de référence.

Le territoire du Hainaut-Cambrésis présente des caractéristiques socioéconomiques et sanitaires parmi les plus dégradées de France. Les deux principales causes de décès sont le cancer et les maladies cardiovasculaires. Dans ces deux domaines, le territoire affiche une surmortalité supérieure de près de 30 % par rapport à la moyenne nationale.

Face à ces éléments, le groupement hospitalier de territoire Hainaut-Cambrésis a identifié au sein des 23 parcours qui constituent le projet médical partagé adopté à l'unanimité par l'ensemble des établissements partis, 4 parcours inter filières prioritaires que sont le cancer du sein, les plaies et cicatrisations, le vasculaire et l'addictologie ainsi que 4 parcours intra filières prioritaires : l'obstétrique et la néonatalogie, la gériatrie, la psychiatrie et l'anesthésie.

En parallèle, 5 fonctions seront organisées en commun entre les douze établissements du groupement hospitalier de territoire : la biologie médicale, la pharmacie, la permanence et la continuité des soins, la qualité ainsi que les liens avec le centre hospitalier universitaire de Lille, établissement de recours pour le groupement hospitalier de territoire Hainaut-Cambrésis.

4 parcours inter filières	4 parcours intra filières	5 fonctions organisées en commun
Parcours cancer du sein : Déployer dans chaque ZP une infrastructure de proximité de détection et PEC nécessaire à tous les patients du territoire **Parcours vasculaire :** Définir et produire un « passeport vasculaire » pour évaluer et suivre le risque vasculaire. Si possible développer des consultations ciblées "passeport vasculaire". **Parcours plaies et cicatrisation :** Mettre en œuvre une coordination « plaies et cicatrisation » par ZP et territoriale **Parcours addictologie :** Définir et mettre en œuvre un projet pluridisciplinaire de prise en charge pour tous types de patients TCA et addictologie.	**Filière Obstétrique et néonatalogie** : Sécuriser la prise en charge du bébé et de la maman **Filière gériatrie :** • Développer les missions de la plateforme PAERPA dans chaque ZP *(expertise médicale et paramédicale, planification des consultations, gestion des parcours complexes, parcours SSR, ortho gériatrie et en onco - gériatrie)* • Développer les prises en charge en HDJ de dépistage et d'évaluation dans chaque ZP **Filière psychiatrie :** • Pédopsychiatrie : définir un lieu d'hospitalisation complète pour les situations aiguës (les modes d'informations et d'orientation du patient et les modalités des relations inter-établissements). • Psychiatrie adulte : localiser et développer une structure type USIP sur le GHT **Filière anesthésie :** Finaliser le projet de dossier commun d'anesthésie pour tous les ES du GHT	**Filière Biologie :** consolider les offres publiques et adapter les ressources médicales et paramédicales aux besoins dans le respect des contrats existants **Filière Pharmacie :** développement et déploiement de la pharmacie clinique **Permanence et continuité des soins :** Définir et organiser les modalités et les suppléances inter ZP ou inter ES en termes de PDS et CDS. **Qualité :** Définir la démarche de construction d'un compte qualité commun à l'horizon 2020 **Lien avec le CHU de Lille :** Protocoliser les niveaux de recours aux services et pôles du CHU de Lille. Structurer et organiser la réponse aux besoins en ressources médicales du GHT. Structurer et organiser la réponse aux ressources et besoins en formation/recherche du GHT.

Le Centre Hospitalier de Valenciennes face à une problématique de santé publique

Le territoire du Hainaut-Cambrésis précaire et socialement isolé présente des caractéristiques socioéconomiques et sanitaires parmi les plus dégradées de France.

Un taux de chômage élevé et un niveau faible de formation

Le taux de chômage sur le territoire d'emploi de Valenciennes atteint 15.3 % (9.6 % en France Métropolitaine et 11.7 % en région Hauts-de-France). Un tiers de la population n'est pas active sur le territoire. Parmi ces « inactifs », 37 % ne sont ni étudiants, ni retraités : ils sont soit en incapacité de travailler, soit n'effectuent pas de recherche d'emploi. 40 % des demandeurs d'emplois ont une durée d'inscription supérieure à 12 mois au sein de Pôle Emploi, dont 24 % sont inscrits depuis plus de deux ans. Dans certains quartiers, le taux de personnes appartenant à la catégorie « inactifs » peut aller jusqu'à 81.1 %. 61 % des personnes en recherche d'emploi ont un niveau de formation inférieur ou égal au certificat d'aptitude professionnelle/brevet d'études professionnelles. 51 % des moins de 25 ans en recherche d'emploi ont un niveau inférieur ou égal au certificat d'aptitude professionnelle/brevet d'études professionnelles. Or, les personnes ayant les niveaux de diplôme les plus bas sont celles qui éprouvent le plus de difficultés à trouver un emploi dans la durée.

Des revenus faibles et une grande pauvreté

14.2 % de la population Valenciennoise touche le revenu de solidarité active en 2013 soit 3 % de plus que sur la région des Hauts-de-France. Sur la majorité des communes de la zone d'emploi du Valenciennois, la médiane annuelle du revenu disponible brut par habitant est inférieure à 15 000€ par an (20 640€ en France). Un individu (ou un ménage) est considéré comme pauvre lorsque son niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté. Ce seuil est estimé à 11 871€ par an en 2012, soit aux environs de 990€ par mois.

Sur la Communauté d'agglomération de Valenciennes métropole le taux de pauvreté est extrêmement élevé, atteignant 23.5 % et près de 30 % dans le territoire sud Avesnois, territoire du groupement hospitalier de territoire Hainaut-Cambrésis (taux national : 14.3 %, taux régional : 19. 3%).

Isolement social

49 % des ménages de Valenciennes sont des personnes seules et 10 % des ménages sont des familles monoparentales. Le poids des familles monoparentales à Valenciennes est le plus important de la région. Or, dans la région 40 % des familles monoparentales vivent sous le seuil de pauvreté (30 % en France).

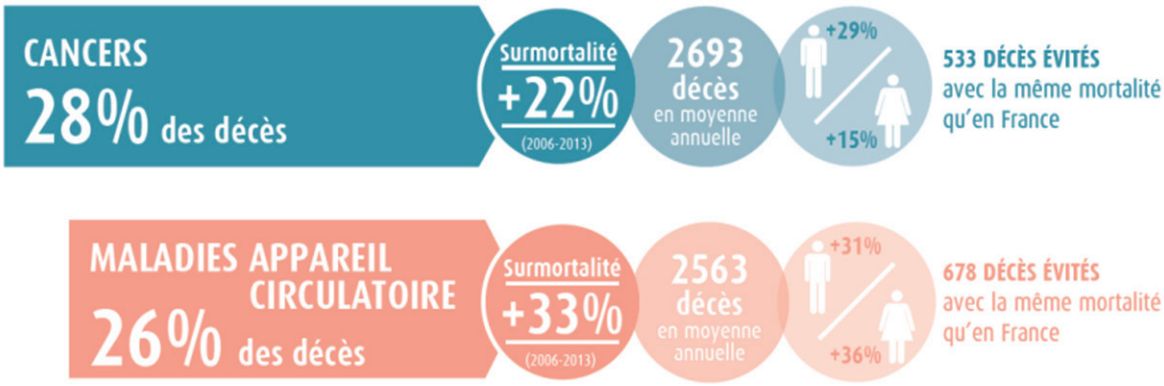
Des conditions de vie souvent indignes

Neuf personnes sur dix vivent dans un endroit où la typologie fait ressortir des fragilités sociales. Et parmi celles-ci, elles sont également neuf sur dix à être domiciliées dans une commune appartenant à la classe la plus défavorable.

Une surmortalité de la population du territoire

En effet, entre 2006 et 2013, le territoire du Hainaut-Cambrésis montre une surmortalité globale supérieure de 31 % par rapport à la moyenne nationale, soit + 5% par rapport à la fin des années quatre-vingt-dix. Chez les plus de 65 ans, ce chiffre est passé de + 48 % à + 40 %.

La situation sanitaire des populations du Hainaut-Cambrésis se dégrade donc fortement. Les deux principales causes de décès sont les cancers et les maladies de l'appareil circulatoire :



Aucune zone du territoire de démocratie sanitaire du Hainaut n'enregistre une mortalité ne serait-ce qu'au niveau de la moyenne nationale et les écarts sont encore amplifiés si on se focalise sur la seule mortalité prématurée. Pour la plupart des pathologies et quel que soit le territoire de proximité, le surplus de mortalité est supérieur de 30 % en regard du niveau national. Ainsi, 2457 décès auraient pu être évités en moyenne annuelle sur la période 2006-2013 avec la même mortalité qu'en France, soit un quart des décès enregistrés. (soit + de 17 000 décès sur la période).

Avec 2693 décès en moyenne annuelle les cas de cancers représentent 28 % des décès sur le territoire du Hainaut-Cambrésis : avec une surmortalité de plus de 22 % par rapport à la moyenne nationale, ce sont chaque année 533 décès qui auraient pu être évités.

Un Centre Hospitalier qui souhaite impulser le changement

Améliorer les indicateurs de santé publique du Hainaut-Cambrésis

Comme l'a écrit l'académie de médecine en juin 2017 : « malgré le déploiement de moyens importants, la situation sanitaire des personnes précaires et pauvres est de plus en plus préoccupante. De nouvelles initiatives doivent être encouragées pour que la santé ne reste pas une préoccupation secondaire pour les pauvres et les précaires, pour améliorer le bien-être des exclus de la santé, pour favoriser la prévention ».

Cette conclusion est particulièrement réaliste dans le territoire du Hainaut-Cambrésis, les initiatives issues d'institutions diverses dont celles issues de l'hôpital public durant les dix dernières années sur notre territoire n'ont pas modifié les indicateurs de santé qui restent catastrophiques, s'expliquant probablement en partie par un accès tardif aux soins.

L'action de l'hôpital doit s'étendre en amont et en aval de son rôle classique et ce, dans la ville, dans les lieux de vie de manière à comprendre et anticiper les situations à risques conduisant le patient à l'hôpital. Un nouveau mode de fonctionnement de l'hôpital avec la médecine de ville et toutes les structures privées, publiques ou associatives agissant sur le territoire est à expérimenter.

Etre acteur de la transformation du système de santé

Ainsi, il semble que ce soit par la transformation profonde du fonctionnement du système de santé existant que nous parviendrons à modifier l'accès aux soins, notamment des populations les plus précaires et non par une augmentation toujours plus importante de l'offre.

La mise en place du Groupement Hospitalier de Territoire a permis d'amorcer le déploiement d'une organisation médicale plus complète et plus efficace pour une prise en charge de proximité. Pour garantir sur le territoire une offre de soins de proximité pour tous, le Centre Hospitalier de Valenciennes a développé de nombreuses collaborations notamment par l'intermédiaire d'outils innovants (télémédecine, parcours de soins inter filières, ...).

L'hôpital de Valenciennes doit, de par sa position forte dans un territoire précarisé, être moteur du changement et il doit agir comme un acteur de santé au sens global du terme et non plus comme un pur acteur de soins. Pour cela, nous devons imaginer une transformation inhabituelle pour un établissement hospitalier.

Dans ce cadre, notre nouveau projet d'établissement 2018/2023, identifie quatre axes stratégiques qui s'inscrivent pleinement dans la stratégie nationale de santé : l'agilité, l'ouverture, la recherche-innovation-enseignement ainsi que la démarche entrepreneuriale.

Le Centre Hospitalier de Valenciennes propose de transformer ce territoire en laboratoire d'expérimentation de l'organisation autour d'un nouveau paradigme de santé à la fois pour l'éducation, la prévention, le dépistage, les soins et le suivi mais aussi en laboratoire expérimentateur de nouveaux modèles de financement de ces activités au bénéfice de la population. Pour cela, nous allons devoir définir une véritable stratégie de santé publique en développant entre autres nos liens avec le monde de l'éducation, de la recherche, de l'entreprise et de la politique.

Focus sur les priorités du Centre Hospitalier de Valenciennes

- **Contribuer à améliorer les indicateurs de santé publique du Hainaut-Cambrésis en mettant le citoyen au cœur du dispositif.**
- **Etre acteur de la transformation du système de santé et créer un nouvel écosystème régissant la santé du citoyen.**
- **Développer des filières d'excellence au-delà de l'hôpital, au bénéfice du patient**
- **Changer le positionnement de l'hôpital dans la ville, dans son territoire et au-delà**
- **Développer la recherche, l'innovation et l'enseignement**
- **Enrichir nos partenariats avec le monde universitaire, industriel, politique et associatif**
- **A travers la mise en œuvre d'une approche innovante et ascendante de la santé publique, nous souhaitons protéger et développer l'élément clé actif du développement territorial : le capital humain de tout à chacun, afin d'asseoir la cohésion sociale et le développement économique du territoire**

Editorial

Dr Monsieur MARC ESTEVE, COORDONNATEUR DU PROJET MÉDICAL

La construction de ce projet a débuté en septembre 2017, par la mise en place d'un comité de pilotage qui a déterminé un certain nombre de principes méthodologiques.
Nous souhaitons que cette démarche de construction du projet d'établissement (PE) soit ascendante et issue des acteurs de terrain. Elle doit, par ailleurs, servir à décrire une stratégie globale pour l'établissement, s'appuyant sur une philosophie de prise en charge en rupture avec ce qui a été fait jusqu'alors. Le travail se doit donc, d'être collectif et transversal. Par ailleurs nous avons exprimé la volonté de ne pas prendre appui d'un cabinet conseil, étant convaincu que l'établissement a en lui les forces vives et nécessaires à ce projet.
Avant de débuter les travaux en ateliers, il nous a semblé essentiel de répondre à quelques interrogations, nous permettant de nous projeter dans cette élaboration :

- Quelle ambition avons-nous pour notre hôpital ?
- Quelles sont les valeurs que portent le Centre Hospitalier de Valenciennes et ses collaborateurs ?
- Quel est le bilan du projet d'établissement précédent ?
- Quels sont actuellement les éléments de rupture par rapport à la situation dans laquelle nous étions lors de la conception du plan précédent ?

Les socles de la réflexion

L'ambition

L'ambition a été affichée par le Directeur Général lors de son discours introductif du séminaire de lancement du projet d'établissement : « L'ambition que nous avons pour notre établissement est qu'il devienne dans l'avenir un des grands hôpitaux européens. L'hôpital de Valenciennes a été construit, façonné, préparé à cela depuis des années par ses collaborateurs. Nous pouvons maintenant l'envisager parce que nous avons atteint une masse critique d'activité suffisante, équivalente voire supérieure à beaucoup de centres hospitaliers universitaires. D'autre part, nous disposons de toutes les filières de soins des grands établissements. Enfin, notre hôpital a démontré depuis plusieurs années son dynamisme et son envie d'aller de l'avant dans la qualité du service rendu à ses patients.

Cependant ce projet ne se fera pas seul et des étapes successives devront être franchies. Tout d'abord, nous devons obtenir une reconnaissance territoriale, le Groupement Hospitalier de Territoire nous l'a donné en tant qu'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire du Hainaut-Cambrésis. A nous d'entrer dans cette démarche de manière proactive d'organisation des soins et de la santé sur ce territoire.

Nous devons obtenir une reconnaissance régionale à égalité avec les deux autres établissements des Hauts-de-France, les centres hospitaliers universitaires d'Amiens et de Lille. Pour cela notre ambition doit être portée par les politiques. Des échanges réguliers et une ambition commune se dessinent pour lier nos destins. Une ville, une métropole avec le Centre Hospitalier de Valenciennes pour peser sur la région comme un acteur sanitaire, médico-social, social et économique incontournable.

Nous devons obtenir une reconnaissance nationale. Pour cela nous devons développer l'innovation et la recherche, mettre en place des partenariats avec les grands industriels, participer à des coopérations internationales, favoriser l'émergence d'initiatives locales, être créatif, favoriser la création de startups, accélérer nos projets avec l'université et plus particulièrement avec celle de Valenciennes. Nous devons aussi être tout particulièrement attentifs aux filières d'enseignements notamment aux formations des étudiants en médecine mais aussi aux internes avec la réforme du 3ème cycle ou nous devons jouer notre rôle. Nous devons également développer les formations des soignants et des paramédicaux avec le support de l'Institut de Formation des Métiers de la Santé, ainsi que les filières postuniversitaires et les formations continues. La simulation dans l'enseignement doit être introduite massivement.

Enfin, pourquoi ne pas développer des filières de patients à l'international, nous avons toutes les infrastructures nécessaires et disponibles pour les accueillir.

Si nous remplissons toutes ces conditions, nous gagnerons le label «d'hôpital européen» c'est-à-dire un établissement au service de la population du territoire, à l'écoute des besoins des citoyens, capable de s'adapter à l'évolution de ces besoins et des nouvelles pratiques médicales organisationnelles technologiques, ouvert sur son environnement qu'il soit sanitaire ou pas. Un hôpital reconnu pour ses activités de recherche et ses innovations dans tous les domaines en lien avec son fonctionnement, un hôpital créateur de valeurs et acteur socioéconomique pour le territoire. »

Les valeurs

Une enquête a été réalisée auprès des collaborateurs de l'hôpital au mois de septembre 2017 avec plus de 720 répondants. Elle a permis d'identifier les valeurs fortes qui soutiennent au quotidien nos activités.

Ces valeurs ont été classées en :

Il est important de noter que ces valeurs sont partagées par tous les corps de métier, médecins, soignants, administratifs ou techniciens. Ces valeurs ont été affichées dès le séminaire de lancement du projet d'établissement, et nous ont guidés pendant toute la durée de la réflexion de construction de ce projet.

Le Bilan du projet d'établissement précédent

Le bilan du projet d'établissement 2013/2018 démontre le dynamisme de l'établissement durant les dernières années.

Le diagramme ci-contre montre que 85 % des projets affichés initialement dans le projet médical ou ajoutés ensuite à ce projet, ont été réalisés.

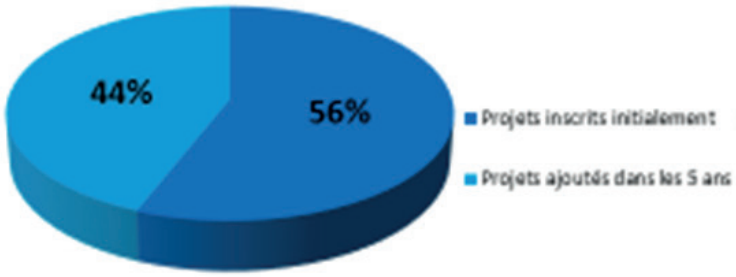
Chiffres clés du projet MEDICAL

54 projets inscrits initialement dans le PM
↳ 39 initiés soit 72%

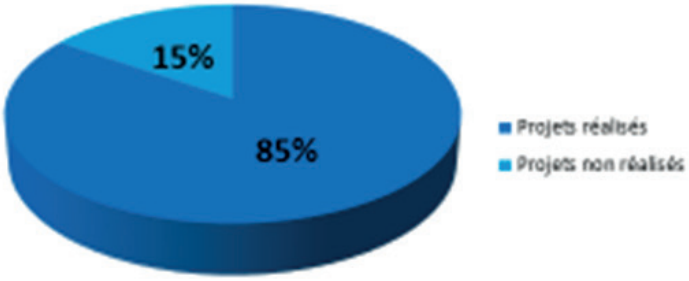
43 projets ajoutés dans le PM au cours des 5 ans
↳ 43 initiés soit 100%

Au total le projet médical 2013-2017 compte donc 97 projets dont 85% ont été initiés à ce jour.

Composition du projet médical



Réalisation du projet médical



Les problématiques financières, de ressources humaines, de saut technologique ou la complexité de certains projets, les ont disqualifiés alors qu'ils étaient initialement inscrits au projet médical.

Les impacts du projet précédent ont été importants, comme en témoignent les chiffres d'activité, le bilan financier et les indicateurs qualité préalablement exposés.

Les éléments de rupture

Notre hôpital s'est jusque-là adapté aux besoins de soins de la population en diversifiant son offre et en augmentant son volume d'activité. Mais la situation est aujourd'hui paradoxale : le Centre Hospitalier de Valenciennes est l'un des hôpitaux généraux les plus importants de France en termes d'activité alors qu'il est situé dans un territoire où les indicateurs de santé publique sont les plus mauvais de France et le sont de plus en plus depuis de très nombreuses années.

Selon les cycles d'évolution de toute structure, décrits par Kondratiev et Schumpeter nous sommes arrivés probablement à une phase de plateau de développement, qui nécessite d'entamer un cycle de fonctionnement différent. Ce nouvel élan doit tenir compte des évolutions sociétales et de ces répercussions sur la santé : le vieillissement de la population, la chronicisation importante des pathologies, le coût de plus en plus élevé des médicaments, l'organisation en Groupement Hospitalier de Territoire, le tout ambulatoire, le développement massif de la télémédecine, la robotique et la nano-robotique, l'ingénierie des génomes, l'intelligence artificielle, le datamining, le patient pensé dans son cycle de vie, la communication, le marketing, l'hôtellerie… Le champ de l'imagination est vaste.

Dans le domaine de la santé, l'hôpital ne peut pas s'occuper de tout mais doit se préoccuper de tout en lien direct avec tous les autres acteurs. L'hôpital doit sortir de son rôle actuel centré sur les soins, il doit sortir de ses murs pour devenir un véritable acteur de santé et endosser ainsi sa responsabilité populationnelle.

La méthodologie mise en oeuvre

Identification des axes stratégiques du projet

La construction des axes stratégiques du projet s'est faite au cours et au décours du séminaire de lancement qui a regroupé une centaine de collaborateurs du Centre Hospitalier en octobre 2017. Un travail en atelier, a permis sur la base de l'ambition pour notre hôpital, des valeurs portées par ses collaborateurs, du bilan du projet précédent, et des éléments de rupture, d'imaginer de multiples actions.

La synthèse de toutes ces actions a permis d'identifier les axes stratégiques qui les soutenaient. Ainsi nous avons pu rapidement afficher les 4 axes qui vont nous guider pendant les 5 prochaines années :

- Agilité
- Ouverture
- Enseignement/Recherche/Innovation
- Esprit entrepreneurial.

Travail en ateliers

Il a été ensuite décidé de travailler en ateliers regroupant médecins, soignants, cadres, administratifs et techniciens volontaires devant une période de quatre mois sur des thématiques qui étaient apparues prioritaires lors du séminaire de lancement.

6 thématiques médico-scientifiques ainsi que 6 thématiques supports ont ainsi été identifiées :

Thématiques médico-scientifiques : parcours patients, entrée et sortie du patient, ambulatoire, qualité, enseignement et formation ainsi que recherche et innovation.

Thématiques supports : ressources humaines, finances, managérial, logistique, architecture et systèmes d'information.

La commande passée aux différents ateliers médico-scientifiques a été de produire un projet sur chacun de ces sujets dans une réflexion guidée par les 4 axes stratégiques identifiés.

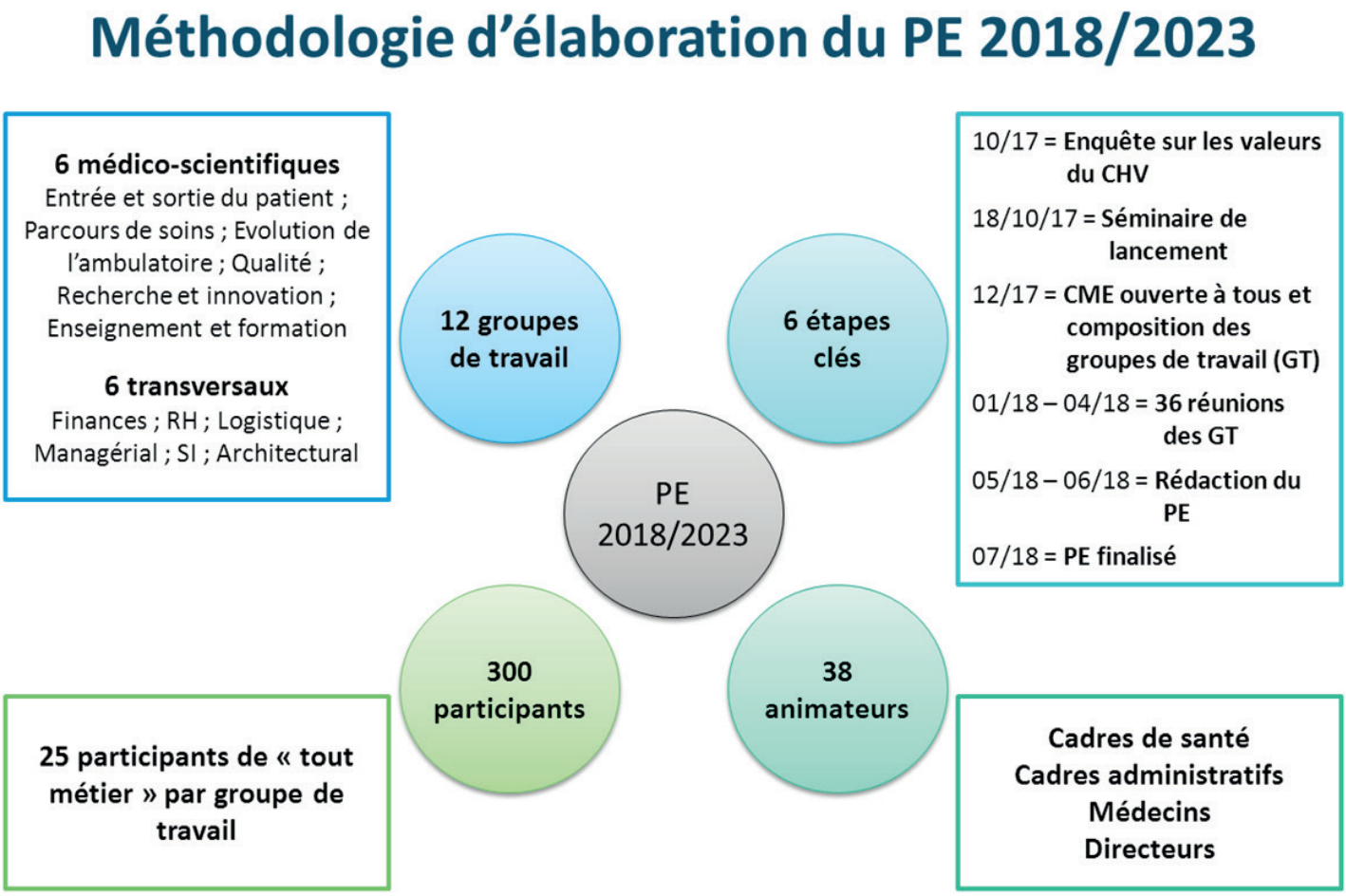
Les ateliers supports ont eu pour mission de construire dans chacune de leurs thématiques un projet en lien avec les retours des ateliers médico-scientifiques mais aussi guidé par les 4 axes de notre projet d'établissement.

Travail de synthèse et de rédaction du projet

Un travail de synthèse a permis la rédaction du projet d'établissement autour d'une cellule de rédaction. Tout ce travail a été réalisé en cohérence avec la Stratégie Nationale en Santé, avec les premiers travaux issus de la deuxième version du Projet Régional de Santé et en lien avec le projet que nous avons initié sous l'égide du pôle métropolitain du Hainaut-Cambrésis dans le cadre de la réponse à l'appel à projet « Territoire d'Innovation de Grande Ambition » (TIGA).

Nous souhaitons répondre à cet appel à projet sur la thématique « santé pour tous ». Ce projet concerne un territoire confronté à des indicateurs de santé catastrophiques et des indicateurs socio-économiques qui le sont tout autant.

Le Centre Hospitalier de Valenciennes est la cheville ouvrière d'un projet de santé publique innovant et d'envergure qui a pour objectif de transformer notre territoire en améliorant la santé de ses citoyens et en créant de nouvelles valeurs.



Les axes stratégiques

Agilité et adaptabilité transformationnelle

Les aspirations de la population concernant le système de soins ont évolué durant les dernières années. Actuellement les patients, qu'ils soient dans des situations aiguës ou chroniques, ont un nouveau rapport au temps et à l'espace : ils désirent que leur prise en charge soit de plus en plus instantanée, que leur liaison avec leurs médecins, généralistes ou spécialistes, soit beaucoup plus directe. L'intrusion d'Internet dans le monde de la santé amène le patient à être de plus en plus « informé », la qualité de cette information étant néanmoins inégale, ceci augmente encore la sensation de nécessité d'immédiateté de la réponse, pour les populations, concernant leur propre santé. Par ailleurs, le citoyen est de plus en plus connecté, et se positionne comme informé et apte à participer activement à sa prise en charge, dans ce contexte beaucoup d'outils connectés se déploient pour faciliter l'implication du patient dans la gestion de sa maladie. La demande du patient se modifie donc à la fois sur le plan temporel mais également qualitatif et quantitatif.

Ainsi, l'agilité et l'adaptabilité sont au centre de ce projet médical, qui tentera de décliner en partie les outils dont l'établissement veut se saisir pour répondre à cette demande.

- **Adaptabilité transformationnelle : Le Centre Hospitalier de Valenciennes a pour volonté de s'adapter aux spécificités de son territoire telle que la précarité de la population, un recours tardif aux soins et la précarité de nombreux déserts médicaux.**
- **Agilité : Il est essentiel pour le Centre Hospitalier de Valenciennes d'anticiper les évolutions des citoyens, des prises en charge et des activités afin de proposer aux patients des organisations adaptées à leurs besoins et à leurs attentes.**

Ouverture

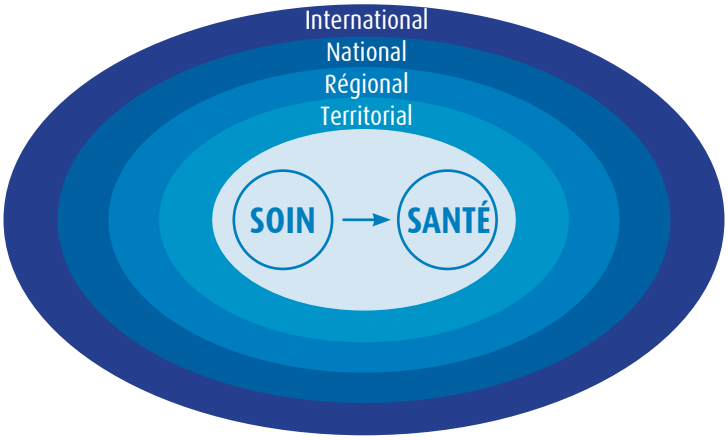
L'offre de soins n'a cessé de croitre ces dernières années sur notre territoire, sans parvenir à modifier radicalement les indicateurs de santé publique qui restent dégradés. Bien-sûr nous constatons tous un recours tardif au soin et nous soupçonnons aussi qu'il soit en liaison avec la précarité et la pauvreté des populations, néanmoins, la véritable question pour nous est différente. Pourrait-on améliorer l'accès aux soins de la population juste en modifiant l'organisation de l'établissement, mais également l'organisation de l'offre de soins du territoire, notamment, la liaison du Centre Hospitalier de Valenciennes avec les acteurs de la cité : professionnels de santé libéraux, mais également mondes associatif, éducatif, culturel et politique ?

De la même façon, le Centre Hospitalier de Valenciennes est l'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire, et se doit donc de s'ouvrir vers les établissements publics de santé parties. Ceci dans un contexte de pénurie en ressources humaines médicales, ce qui complexifie davantage la situation.

L'ouverture au territoire du Hainaut-Cambrésis, si elle est déjà effective pour la prise en charge de certains patients complexes, devra se servir des outils actuels de prise en charge, en s'appuyant notamment sur les dispositifs d'e-santé (télémédecine, objet connecté, Intelligence Artificielle, réseaux communautaires...), mais également sous forme de consultations avancées.

Ainsi, l'ouverture de l'établissement, tant aux établissements parties du Groupement Hospitalier de Territoire, aux établissements privés qu'à la société civile, aux professionnels de santé de ville, ou encore aux autres partenaires industriels ou de l'enseignement, devient un enjeu fort pour lui-même, mais surtout pour la population, si on l'observe avec une vision de santé publique.

Le Centre Hospitalier de Valenciennes, recense plus de 550 conventions avec différents partenaires français et à l'étranger.



- **Ouverture : Pour modifier l'écosystème de santé de son territoire, le Centre Hospitalier de Valenciennes doit s'ouvrir à l'ensemble des acteurs de santé sur le périmètre du GHT, mais également au plan national voir international. Par ailleurs l'engagement pris sur la modification des indicateurs de santé, nécessite une ouverture aux mondes politique, éducatif, associatif, le centre hospitalier désirant s'inscrire comme acteur de santé globale plutôt que comme acteur exclusif de soin.**

Enseignement, recherche et innovation

Les professionnels de notre établissement désirent impulser une dynamique positive pour sortir notre territoire des difficultés dans lesquelles il est plongé depuis des décennies. Ce constat est fait depuis de nombreuses années, sans qu'aucune action n'ait modifié le cours des choses. Ainsi, notre ambition doit être radicalement différente, et doit passer par des pistes jusqu'alors non explorées à travers une vision ascendante du citoyen vers le système de santé.

L'intégration du Centre Hospitalier de Valenciennes comme un acteur majeur du territoire, est un élément qui nous semble très important : l'hôpital est le premier employeur du territoire, il doit donc aussi être un moteur économique, concernant l'emploi, la formation.

Pour autant le financement actuel des hôpitaux publics ne prend en compte que le soin effectué, et aucune dimension de santé globale, ou de santé publique n'y est intégrée. L'ambition actuelle ne peut donc s'assoir que sur la création d'un nouveau modèle de soins, au sens de son organisation et de son architecture globale, public/privé, mais également s'agissant de santé globale, l'action doit intégrer tous les acteurs de la vie civile, citoyens, associations, éducation, politiques. Nous devons donc nous doter d'outils épidémiologiques, mais également concernant l'économie de la santé, la surveillance de l'état de santé de la population, la liaison entre précarité et accès tardif aux soins…

Ainsi l'axe recherche, enseignement et innovation est un axe majeur du projet d'établissement. La recherche doit permettre de comprendre la liaison entre les indicateurs de santé et les particularités de la population, et de proposer des solutions

adaptées.
La formation doit par ailleurs être un ascenseur social pour la population. Enfin, l'innovation doit permettre d'agréger une pépinière d'entreprises autour de la santé et ainsi également amener sur le site des citoyens qualifiés.

La recherche et l'enseignement nous permettront d'être plus agile et ouvert et ainsi plus attractif.

- **Recherche : La recherche doit permettre de comprendre la liaison entre les indicateurs de santé et les particularités de la population, et de proposer des solutions adaptées.**
- **Enseignement : La formation doit par ailleurs être un ascenseur social pour la population.**
- **Innovation : L'innovation doit permettre d'agréger une pépinière d'entreprises autour de la santé et ainsi également amener sur le site des citoyens qualifiés.**

Esprit entrepreneurial

Les professionnels du Centre Hospitalier de Valenciennes ont prouvé ces dernières années leur esprit entrepreneurial, par leur capacité d'adaptation constante aux modèles notamment économiques qui n'ont cessé de se modifier concernant l'hôpital public. L'établissement a des finances saines, un budget équilibré, et est même bénéficiaire.

Le Centre Hospitalier de Valenciennes s'appuie sur un modèle managérial très particulier et unique en France de délégation polaire quasi complète, mettant les professionnels de santé au cœur du dispositif de prise de décision.

Pour autant la révolution culturelle que nous souhaitons mener concernant les soins, mais surtout la santé de la population, nécessite de nouveau une modification profonde de notre management, pour accéder à un esprit d'entreprise, restant social et solidaire, s'intégrant comme acteur économique, acteur de santé publique, acteur d'éducation en santé, au sein du territoire. Ainsi, le quatrième axe stratégique de ce projet est celui de l'esprit entrepreneurial.

- **Esprit entrepreneurial : Le Centre Hospitalier de Valenciennes veut créer et développer de nouveaux projets, de nouvelles organisations et proposer un cadre favorisant ces démarches en promouvant les initiatives, la recherche de ressources et de partenaires, la capacité à travailler en mode projet et mettre tous les moyens à disposition pour atteindre les objectifs.**

LE PROJET MÉDICO-SCIENTIFIQUE

Les ateliers qui ont été menés depuis le début d'année ont permis d'obtenir un consensus autour des actions et transformations nécessaires de notre organisation, afin de répondre aux axes stratégiques préalablement déterminés.

Agilité et adaptabilité transformationnelle

Ambition

Tous les établissements de santé sont confrontés aux modifications sociétales et culturelles actuelles : pour nous l'agilité se définit comme notre capacité à répondre à la demande des patients et des citoyens en modifiant les organisations de prise en charge. Il faut moderniser les pratiques au service de prises en charges plus pertinentes, plus fluides et plus rapides. Il faut également savoir pour permettre aux patients désireux d'avoir une prise en charge personnalisée, d'une plus grande proximité avec leur médecin généraliste ou spécialiste, et qui sont dans l'instantanéité, désirant obtenir de façon rapide un accès aux soins et une réponse à leurs problématiques.

Propositions

Ainsi, il est nécessaire d'adapter nos organisations, et pour nous l'agilité se situe à ce niveau : réponse et adaptation permanente à la demande. Pour ce faire, différentes pistes ont été explorées au cours des différents ateliers :

Adapter l'organisation intra-hospitalière de la prise en charge :

La gestion des flux

L'expérience des différentes mises en tension de l'établissement nous a montré notre difficulté à connaitre précisément et de façon relativement anticipée, le capacitaire en lits disponibles au sein de l'établissement. Ainsi, l'un des enjeux organisationnels forts de l'institution est la **visibilité**, en temps réel mais également avec une certaine anticipation de la disponibilité de lits. Au-delà, la disponibilité de plages de **consultations** dédiées à l'urgence dans toutes les spécialités, permettrait de réorganiser la prise en charge des patients non programmés qui se présentent aux urgences faute d'accès aux avis spécialisés en ambulatoire. Par ailleurs si la majeure partie des consultations non programmées aux urgences, concernait auparavant les spécialités, de plus en plus de patients se présentent aux urgences alors que leur pathologie relève de la médecine générale, du fait de problème d'accès à la consultation de ville. Ainsi, la mise en place de **médecins généralistes d'urgence**, aux urgences, permettrait également de gérer ces flux particuliers ; de façon plus large, une réflexion doit être menée avec nos confrères médecins généralistes libéraux afin d'**accroitre les installations de** médecine générale en ville, car les générations médicales actuelles s'installent de moins en moins, acceptant de plus en plus mal, les contraintes de cette activité.

On ne peut envisager la gestion des flux entrants, sans se préoccuper de la gestion des flux sortants. Ainsi, **la sortie des patients**, sa prévision, en fonction de la typologie de la pathologie et de nos capacités d'organisation interne des parcours, doivent également faire l'objet d'une attention particulière. Sur le plan logistique, la mise en place d'une **plateforme de gestion des transports**, l'amélioration ou la mise en place de **salons de sortie**, sont évoquées.

La gestion des flux à l'intérieur de l'établissement est également un élément important, car tout doit être fait pour **fluidifier le parcours intra hospitalier du patient**. La connaissance de nos délais de production de soins, la modélisation des parcours et leur ingénierie doivent être traitées via des approches spécifiques. Ainsi, l'atelier « parcours » a pu modéliser le type de structuration commune aux parcours proposés par l'établissement :

- **1er axe : la structuration parcours**

Le modèle retenu par le groupe pour décrire le parcours de soins du patient, est une compilation reprenant toutes les étapes, les fonctions supports, les interfaces qui décrivent la trajectoire d'un usager dans notre système de prise en soins. La trajectoire du patient, de son entrée jusqu'à sa sortie, nécessite de formaliser les étapes de sa prise en charge de manière la plus exhaustive possible avec la description de soins optimaux et efficients basés sur les recommandations de bonnes pratiques :

- C'est planifier et organiser les interventions multidisciplinaires, assurer une organisation efficiente autour du patient dans un secteur d'activité, en consensus d'équipe
- C'est déterminer les rôles et tâches de chaque acteur autour du patient cible

La **modélisation** retenue propose un schéma « **macro processus** » comme la haute autorité de santé le décrit dans sa version V 2014 de la certification. Il est exhaustif et permet de visualiser les interfaces et les liaisons à prendre en compte.

Lors de la construction des parcours, Il faudra aussi tenir compte des points de maitrise de chacune des étapes du processus pour en valider le contenu et gérer les risques afférents. Ils concernent l'identification des acteurs et des responsabilités, la connaissance des objectifs (besoins du patient), l'évaluation des risques de défaillance, la disponibilité des éléments de preuve.

- **2ème axe : La coordination des parcours**

Les malades chroniques, fragiles ou complexes bénéficieraient de l'appui des professionnels formés à la coordination. La gestion de flux de patients est aussi à repenser.

Le **coordonnateur de parcours** établi, organise et gère les liens permettant l'organisation de la prise en charge sanitaire, sociale, et médico-sociale d'une personne dans un parcours de santé ou de soins. C'est un nouveau métier à installer, à accompagner par des formations.

Le **case-manager** a un rôle centré sur la coordination des intervenants (équipe pluridisciplinaire) autour du patient atteint d'une maladie chronique et complexe. Le patient peut être son propre case-manager. Le case-manager peut être un aidant, ou un professionnel.

Les **pratiques avancées des paramédicaux** trouvent également leur place dans ce type d'organisation.

- **3ème axe l'appui technologique** : « **E-santé** »

La mise en œuvre du parcours formalisé passe par la dématérialisation, l'informatisation de nos supports de prise en charge et de suivi. Ces supports vont faciliter les étapes, faire gagner en sécurité et en rapidité.
Par exemple la prise de rendez-vous en consultation à partir d'une plateforme, la dématérialisation des démarches, la gestion de la sortie, sont autant de démarches simplifiées et sécurisées. D'autres approches, par logiciels ou applications, permettent un suivi des malades atteints de maladie chronique grâce à un plan de soin personnalisé, mais également des outils d'intelligence artificielle qui peuvent permettre de repérer le patient en décompensation, telles que les prothèses cardiaques implantables connectées utilisées dans la télésurveillance médicale en cardiologie.

- **4ème axe : l'implication forte du patient**

L'idée force de cette thématique est la participation active du patient comme acteur et partenaire de sa prise en charge

auprès des autres professionnels et non plus comme sujet passif. Il devient conseil auprès des soignants sur les choix thérapeutiques et référence sur la façon de vivre la maladie. La prise de décision thérapeutique et l'organisation de la prise en charge se font avec le patient. Il collabore, devient partenaire de son parcours de santé grâce à l'expertise qu'il a développé au travers de sa stratégie d'adaptation à la maladie. On peut s'appuyer sur des expériences déjà existantes comme l'éducation thérapeutique, la réadaptation, les patients dialysés, la commission des usagers. Il s'agira de préciser le niveau d'implication que l'on choisit, sur les soins directs, sur son niveau d'information, sur sa consultation, sa collaboration jusqu'au partenariat. Le facteur clé de succès est la capacité à porter un regard constructif et objectif sur sa maladie. L'enjeu est bien de garantir la qualité de soins tout en préservant la qualité de vie du patient.

Modification de l'organisation de l'offre de soins

La modification fondamentale de l'organisation des prises en charge sur le plan de son organisation est le **virage ambulatoire** qui répond aux désirs de rapidité et de fluidité des patients.

En ce qui concerne la chirurgie, ce virage ambulatoire est d'ores et déjà très avancé dans l'établissement, les séjours ambulatoires étant organisés autour de l'unité de chirurgie ambulatoire à partir des consultations ou de prises en charge aux urgences, notamment pour la chirurgie de la main. Cette unité est multidisciplinaire et prend en charge les adultes et enfants à partir d'un an.

Quatre circuits sont pour l'instant identifiés concernant cette chirurgie ambulatoire : circuit long (entre 8 et 12 heures d'hospitalisation), circuit moyen (entre 6 et 8 heures), circuit court (entre 4 et 6 heures) et enfin circuit éclair (entre 2 et 4 heures).

Ces différents circuits s'accompagnent de protocoles anesthésiques développés en partie pour l'ambulatoire, à savoir patient debout, réhabilitation précoce, développement des blocs anesthésiques locaux etc. Ils permettent aujourd'hui la prise en charge de plus de 60 patients par jour sur la structure. II existe par ailleurs une liaison forte avec l'équipe mobile de soins gériatriques pour évaluer la faisabilité de l'ambulatoire chez les patients de plus de 75 ans.

Cette activité nécessite néanmoins des aménagements, afin d'accroitre encore son développement, et on peut citer la mise en place d'une **infirmière coordonnatrice dès la consultation**, la **réorganisation architecturale des locaux** pour permettre d'augmenter le nombre de patients pris en charge quotidiennement. Par ailleurs **l'hôtel hospitalier** peut être intéressant en amont ou aval de cette chirurgie ambulatoire, tout comme **l'hospitalisation à domicile ou le service de soins infirmiers à domicile** de nuit.
Les outils de connexion avec le patient, en amont et en aval de la prise en charge doivent être développés, tant en ce qui concerne la programmation préopératoire que le suivi post opératoire.

Enfin, **la typologie des pathologies** prises en charge en ambulatoire doit être étendue, ce que la salle hybride et le robot chirurgical peuvent contribuer à faire.

De la même façon, l'établissement a le souhait de développer la médecine ambulatoire dans son organisation et sa fluidité. Aujourd'hui dans l'établissement, toutes les spécialités médicales ont développé des secteurs ambulatoires, sauf les maladies infectieuses et la cardiologie. Ces structures ambulatoires sont soit adossées architecturalement aux structures d'hospitalisation conventionnelle soit dans un secteur indépendant de celles-ci.

Actuellement ces structures ambulatoires assurent essentiellement :

- L'évaluation ou la ré évaluation de maladies chroniques.
- Des explorations fonctionnelles ou des bilans diagnostiques.
- Des séances de traitement
- Des suivis post hospitalisation.

Ces hôpitaux de jour disposent de personnels dédiés et formés à la prise en charge de pathologies spécialisées et réalisent quantitativement très peu de séjour à partir des urgences. Il existe quelques liens avec la médecine de ville notamment

pour des gestes particuliers comme les transfusions, les ponctions d'ascite etc.

Ainsi, pour le secteur médical, un certain nombre de propositions ont émergé du groupe de travail :

Tout d'abord puisque tout transfert d'activité vers l'ambulatoire modifie l'organisation des services supports, la création d'une **commission permanente de l'activité ambulatoire médicale**, incluant les spécialités, les urgences, le département d'information médicale, les plateaux techniques et la logistique. Cette commission doit se saisir des différentes stratégies et problématiques inhérentes au virage ambulatoire médical en partant des cibles définies au cours des ateliers : **développer une prise en charge ambulatoire pour la pathologie aigu**ë médicale après un adressage aux urgences ou directement par nos confrères libéraux, généralistes ou spécialistes, mais également pour les paramédicaux de ville.

Ainsi, certaines pathologies qui sont aujourd'hui envoyées aux urgences pourraient faire partie d'un premier panel d'offres ambulatoires. On peut citer les bilans d'anémie (hors hémorragie aiguë), les douleurs thoraciques (hors évènement coronarien), les suspicions de phlébite, les douleurs vertébrales aiguës ou chroniques ou encore les plaies complexes. De façon plus large, une structure de « diagnostic en un jour » devra être développée sur des filières spécialisées.

Sur le plan de la gestion opérationnelle, ceci nécessite la **création d'une plateforme de coordination**, qui soit accessible à l'ensemble des correspondants cités, ainsi qu'aux praticiens à l'intérieur de l'établissement, qui restent des prescripteurs importants. De même, des **consultations spécialisées dédiées aux urgences** doivent être mises en place dans toutes les spécialités, avec un accès direct des agendas, pour nos confrères urgentistes. Ces consultations peuvent aider à l'orientation des patients vers la prise en charge ambulatoire.

Une réflexion devra également être menée pour les **patients de niveau de sévérité 1** n'ayant pas de problématiques sociales et dont la capacité de prise en charge en ambulatoire doit être analysée. Sur le plan organisationnel, il faut développer les **fonctions de coordination, de programmation et de gestion post ambulatoire**, en lien avec les structures d'aval notamment l'hospitalisation à domicile, le programme de retour à domicile, prestataires, hôtel hospitalier, le service de soins infirmiers à domicile, etc.

En intra hospitalier, il doit y avoir une réflexion concernant le **temps médical dédié à la prise en charge ambulatoire** qui doit être clairement défini et isolé des autres organisations. Dans ce contexte, le développement de **la délégation de tâches à des infirmières de pratique avancée** devrait aider à la rationalisation du temps médical. Sur le plan financier, le développement de l'ambulatoire médical n'est pas aujourd'hui aidé financièrement comme celui de la chirurgie, ainsi, le risque financier pour l'établissement est important et nécessite un **accord des organismes payeurs** et de l'ARS, s'appliquant à des parcours ciblés, comme pour la chirurgie avec les actes marqueurs.

Fort de ces différents éléments, la mise en place d'une structure médicale dédiée à l'ambulatoire et regroupant les différentes activités sera éventuellement modélisée.

Adapter nos métiers, nos pratiques organisationnelles et managériales :

Les métiers

Comme dit précédemment, la modification organisationnelle qui est proposée par l'établissement nécessite la création de nouveaux métiers, qui ne viendront pas forcément s'adapter aux métiers existants, mais pourront émerger par requalification ou surqualification de personnel. En premier lieu, les métiers de coordination, comme la coordination de parcours, les gestionnaires de lits, les gestionnaires de cas complexe semblent être un élément central de la réorganisation, élément qui devra nécessairement être accompagné sur le plan social. Par ailleurs, la multiplication des infirmières et aides-soignantes cliniciennes, d'infirmières de pratique avancée permettront d'envisager la délégation de tâches des médecins vers les personnels non médicaux. Sur le plan médical le déploiement de pharmaciens cliniciens semble également important, notamment du fait de son caractère éducatif vis-à-vis du patient.

Les innovations technologiques

En intra hospitalier, notre dossier patient est intégralement dématérialisé, toutes les liaisons aux services supports sont actuellement effectives, même si certaines de ces liaisons nécessitent encore d'être rendues plus opérationnelles. Par contre ce dossier n'est pas ouvert à l'extérieur, et il est désormais clair que l'un des enjeux technologiques majeurs sera cette ouverture pour le patient, qui permet d'aborder le deuxième axe stratégique majeur de ce projet : l'ouverture.

Les innovations par la qualité :

Notre ambition générale est de développer la notion de **service au patient**, en travaillant sur des thèmes tels que l'accueil, l'information, les services hôteliers, les supports multimédias. L'objectif est de rendre le patient acteur de son parcours santé et donc de partir de ses besoins et de ceux de son entourage afin de construire un parcours de santé personnalisé.
La qualité est souvent comprise dans nos établissements, dans une dimension uniquement centrée sur la sécurité des soins. Ces éléments restent évidemment essentiel, mais au-delà, l'ensemble des agents de l'institution doit s'approprier la notion de qualité de service au sens global du terme, la qualité de l'accueil par exemple devenant aussi importante que la qualité des soins. Ainsi, la qualité de prise en charge doit intégrer comme élément central, la **qualité des services ressentie par le patient** et son entourage au cours de son séjour hospitalier et au-delà.

En interne, nous souhaitons développer une culture institutionnelle sur le déploiement de **démarches participatives** permettant à chaque salarié d'apporter sa contribution à la résolution de problèmes. Par ailleurs, l'amélioration de la qualité des soins, outre qu'elle doit permettre la fluidification des parcours au sein de l'institution, permet également d'améliorer la qualité de vie au travail. Ainsi, le management de la qualité est également un outil de transformation de notre offre et plusieurs thématiques ont été abordées :

Thème culture institutionnelle

La qualité et la sécurité des soins restent un élément incontournable de nos métiers, ce qui nous a amené à centrer nos démarches sur cette qualité très normative. Il s'agit désormais d'ouvrir ce champ de la qualité aux usagers et à leur ressenti concernant la qualité de service globale. Ainsi, il faut mettre en place une culture institutionnelle basée sur « l'hospitalité » offerte aux usagers qui doivent être mise au centre de notre démarche. La finalité de cette démarche doit permettre la mise en œuvre d'un **label hospitalité** délivré par les usagers. Ce label sera issu d'une grille ou charte d'évaluation, construite avec les représentants des usagers et qui comprendra des observations de terrain et la consolidation d'enquêtes ou indicateurs utilisés à ce jour pour mesurer la satisfaction des patients. Ces labels pourront s'appliquer à des services, des parcours et au final à l'ensemble de l'institution.

Thème démarche interne

Le **management** de la démarche qualité en interne doit être **ascendant**, à partir du moment où la philosophie générale du projet est partagée. Ainsi, la démarche doit être participative et concrète au plus près du terrain, la qualité doit être intégrée à la vie professionnelle quotidienne. Elle vise avant tout l'amélioration de la relation entre le patient et l'équipe pluridisciplinaire et l'amélioration des processus clefs dans la prise en charge du patient. Là encore, la fluidité, l'agilité et l'adaptabilité doivent être au centre des préoccupations.

La **généralisation du Lean santé**, déjà initialisé dans quelques services de l'établissement, sera l'outil principal de ce processus, une réflexion devait être menée sur le suivi du déploiement et les moyens mis à disposition, notamment quant aux temps dédiés à la qualité et aux démarches « Lean ».

Thème management qualité et gestion des risques

Si la qualité et la sécurité des prises en charge sont gérées de façon très opérationnelle directement par les professionnels de santé sur le terrain et les pôles, la qualité dite transversale a une appréhension beaucoup plus difficile au sein de l'établissement.

Ainsi, il semble nécessaire de reconfigurer le management de ces axes qualités transversaux, comme la gestion du médicament, la gestion du dossier patient et notamment du dossier patient informatisé, la gestion de la lettre de sortie, l'hygiène des mains etc.

Il existe dans l'établissement une difficulté concernant la diffusion de cette politique globale et surtout concernant le **processus de conduite de projet**.

Ainsi, une réflexion doit être lancée sur le positionnement de la direction qualité, du comité qualité et l'articulation entre ces différentes instances, les pôles et les acteurs de terrain. Par ailleurs il faut moderniser la gestion électronique des documents de l'établissement, notamment son moteur de recherche qui pose problème actuellement et ne permet pas d'accéder par mots clefs aux fiches processus.

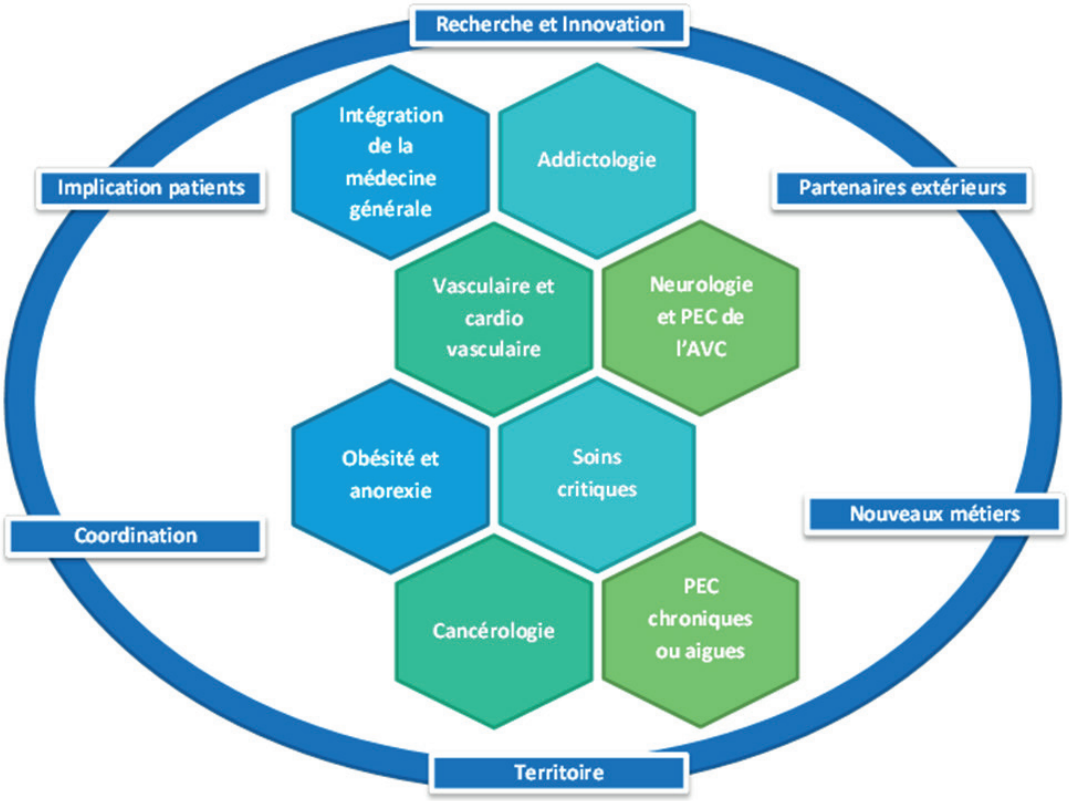
Thème patient acteur de son parcours de santé

Ce thème qui a été abordé dans l'atelier qualité rejoint le thème de l'ouverture, dans sa composante patient.

Application des modélisations aux parcours phares

Ainsi les modélisations précédentes seront appliquées dans la mesure du possible aux parcours phares identifiés lors de l'atelier parcours. Ces parcours sont transposables à tout autre choix que l'établissement aura à faire. Ils ont été priorisés selon des critères que nous avons formalisé : l'épidémiologie, le volume de patients et leur gravité, la pertinence du parcours, la qualité de la prise en charge, les zones prioritaires (consultations avancées ou télémédecine), le niveau de complexité : simplicité de mise en place, base existante ou non ainsi que les difficultés constatées telles que la problématique des flux à gérer dans le Groupement Hospitalier de Territoire, soins en cascade : transferts entre établissements ou encore les problèmes de délais de prise en charge, d'accès aux soins.

Ainsi, les différents parcours « phares » ont été listés, même si ceux-ci ne peuvent être considérés comme exhaustifs pour le projet médico-scientifique :



Ouverture

Ambition

Pour les patients, les modifications organisationnelles préalablement expliquées n'auront aucun impact sur la qualité de service et sa rapidité. Pour autant aujourd'hui, le positionnement des patients a changé, tant en termes de typologie qu'en termes d'outils : les patients d'aujourd'hui sont de plus en plus connectés, s'inscrivent de plus en plus comme acteurs de leur prise en charge notamment par l'intermédiaire d'outils connectés (notion d'e-patient). Il y a donc un véritable défi à pouvoir fournir, alors que les établissements publics de santé sont des structures de recours, des réponses adaptées et graduées au patient. Ainsi, nous devons faciliter les modalités d'accès, de communication, de partage et d'interaction entre le patient, l'hôpital et les autres parties prenantes de la prise en charge, en intégrant les nouvelles technologies.

Tout comme les patients, les professionnels de ville médicaux ou non médicaux souhaitent être informés en temps réel du parcours de leurs patients, pouvoir interagir instantanément sur les prises en charge ou avec les professionnels hospitaliers et être éventuellement accompagnés dans leurs prises en charge ambulatoires ou très spécifiques par les professionnels hospitaliers on pourrait citer l'exemple du soin palliatif.

Enfin, les praticiens des établissements parties du groupement hospitalier de territoire expriment les mêmes désirs concernant leur liaison à l'établissement support qui doit être beaucoup plus ouverte et agile.

Propositions

Ouverture au patient

Le patient étant un acteur à part entière du parcours de soins, il doit pouvoir gérer son parcours lui-même notamment par l'intermédiaire des dispositifs technologiques actuels : **la prise de rendez-vous en ligne, l'inscription en ligne du dossier administratif** sont incontournables. Par ailleurs nous devons mettre à disposition des patients une **application signalétique** qui lui permette de se diriger au sein de l'établissement. De la même façon l'établissement doit fournir des **applications spécialisées de gestion de parcours spécifiques**, par exemple, plan de prise en charge dans le cadre du cancer, qui peut être étendu à d'autres problématiques, notamment aux pathologies chroniques ou complexes. Pour autant, la dématérialisation ne doit pas exclure notre capacité de réponse humaine, ainsi, les **gestionnaires de parcours** doivent également pouvoir guider le patient à la fois dans son parcours et sa prise en charge effective. De la même façon, les personnels postés dans des **fonctions d'accueil** doivent recevoir une formation adaptée à cette fonction, qui correspond souvent au premier contact du patient avec le milieu hospitalier et engage le reste du parcours. Un focus particulier doit également être réalisé concernant la **sortie du patient** qui doit recevoir toutes les **informations** nécessaires à sa prise en charge mais également une information plus large concernant l'impact de sa pathologie dans sa vie quotidienne, personnelle, professionnelle, sociale. Le patient doit également recevoir une information claire concernant son **traitement médicamenteux**, et **la liaison avec les officines de ville** doit être réalisée, notamment à travers la notion d'e-prescription vers les officines de ville.

Pour les patients qui relèvent d'une prise en charge post hospitalisation, les liaisons avec l'HAD, le programme de retour à domicile, l'hôtel hospitalier, les services de soins infirmiers à domicile, les soins de suite et réadaptation, doivent être clarifiées.

Enfin, l'unité d'éducation thérapeutique (UTEP) est actuellement une fonction support, qui vient en appui méthodologique aux équipes pour la mise en place de programme d'éducation thérapeutique, pour la formation des professionnels de santé et le suivi des programmes. **L'unité d'éducation thérapeutique se projette dans l'ouverture d'un secteur ambulatoire** dédié à l'éducation thérapeutique, notamment à destination des patients polypathologiques chroniques.

Par ailleurs le patient doit pouvoir avoir accès en ligne à la plupart de ses comptes rendus également, sous réserve d'une information préalable à son médecin référent.
Enfin, la philosophie globale étant de repositionner le patient comme acteur de sa santé, il nous semble évident qu'il doit également être au cœur du système hospitalier et nous désirons mettre en place un l**abel qualité entièrement décerné par les patients.**

Ouverture aux praticiens de ville, médecins, paramédicaux et à tout acteur sanitaire, social ou médico-social :

La mise en place d'un comité ville-hôpital il y a quelques années nous a permis d'entrer dans le dialogue avec nos confrères de ville. Néanmoins, notre liaison avec la ville dans son ensemble, que ce soit les médecins, les pharmaciens, les paramédicaux, mérite une attention particulière, ce d'autant que ces différents professionnels, ou surtout les médecins de ville se font de plus en plus rares.

On peut considérer qu'il y a plusieurs problématiques concernant notre liaison aux praticiens de ville : une problématique d'information pure concernant le parcours de soins du patient, et une problématique de support dans la prise en charge effective des soins du patient.

En ce qui concerne la **thématique de l'information**, la mise en place d'un **portail ville-hôpital** est incontournable et urgente, le praticien de ville devant avoir accès à l'ensemble de l'information concernant la prise en charge de son patient dans l'établissement. De la même façon, la **dématérialisation des courriers de sortie** doit être désormais généralisée à l'ensemble des praticiens de l'établissement et à l'ensemble des praticiens de ville.

Quant à la thématique de **l'accompagnement dans la prise en charge des patients,** la mise à disposition de **lignes directes spécialisées** pour les médecins généralistes doit être étendue à l'ensemble des spécialités de l'établissement et la mise en place d'une **plateforme d'avis spécialisés** sera discutée. L'établissement doit également se positionner de façon plus directe dans la **formation** de nos confrères libéraux médicaux et paramédicaux, l'idée de la création de **réseaux de soins spécialisés** devra être explorée, même si elle reste d'abord difficile en l'état. Les appels d'offre actuels concernant le paiement à l'épisode de soin ou la mise en place de parcours ville-hôpital nous font penser que ce type de structuration correspond à l'avenir de la prise en charge et de sa valorisation financière.

Les médecins généralistes doivent également être intégrés à la réflexion concernant le **suivi post hospitalisation des patients chroniques**, notamment par le biais des outils connectés.

Enfin, concernant la médecine générale, il faut mettre en place un dialogue avec nos confrères libéraux pour contrecarrer les problématiques de **disparition des praticiens de ville** en offrant ce que les jeunes générations attendent actuellement de l'installation, sur le plan de la qualité de vie professionnelle. Cette réflexion doit être bipartite et tenir compte de l'ensemble des acteurs de soins du bassin de vie.

De la même façon, les **infirmières libérales** doivent être intégrées à la prise en charge du patient, la problématique étant importante notamment concernant la prise en charge chirurgicale, mais également le suivi des plaies chroniques, des Pic line, par exemple. Dans ce contexte la mise en place **de lignes d'appel directes pour les paramédicaux** dans ces services ou ces structures de prise en charge, pour des conseils instantanés, doit être réfléchie.

Les pharmaciens d'officine sont également des praticiens qui interviennent dans le parcours du patient, notamment à la sortie d'hospitalisation. Nous désirons mettre en place des ordonnances dématérialisées (**e-ordonnances**) vers nos collègues pharmaciens, qui permettraient d'anticiper la sortie du patient et d'assurer la continuité du traitement. Par ailleurs nos confrères pharmaciens ont également un rôle important à jouer dans **l'éducation du patient concernant son traitement médicamenteux, en liaison avec les pharmaciens cliniciens de l'établissement**.

Le Centre Hospitalier de Valenciennes souhaite développer un **modèle décloisonné ouvert à de nombreux partenariats** publics ou privés avec tous types d'acteurs.

Ouverture aux établissements partis du groupement hospitalier de territoire

A travers le projet médical partagé du Groupement Hospitalier de Territoire, 23 axes de collaboration ont été définis, dont 5 sont priorisés sur l'année 2018. Le projet médical partagé du Groupement Hospitalier de Territoire fait partie intégrante du projet d'établissement et l'ensemble des éléments d'ouverture et d'agilité préalablement explicités s'appliquent au groupement hospitalier. L'un des éléments les plus problématiques concernant le Groupement Hospitalier de Territoire reste la gestion des ressources humaines médicales et la mise en œuvre d'un management harmonisé entre les différents établissements partis.

Dans ce cadre, le projet d'établissement pourrait sensiblement évoluer afin de s'adapter aux orientations futures du Groupement Hospitalier de Territoire, ainsi qu'aux différentes interactions des établissements membres.

Ouverture au monde politique, culturel et associatif

Le Centre Hospitalier **a choisi de prendre une place forte dans le domaine de la politique** de santé globale du territoire. La réponse à l'appel à projet « Territoire d'Innovation de Grande Ambition » sur la thématique « Santé pour tous dans un territoire précarisé socio économiquement » permettra d'établir cette politique.

La politique amorcée à cette occasion se déploiera quelle que soit l'issue de cet appel à projets. L'hôpital ne peut naturellement pas s'occuper de tout mais doit se préoccuper de tout dans le domaine de la santé. C'est donc naturellement que ses équipes sont la cheville ouvrière de ce projet, sous l'égide du pôle métropolitain. En améliorant **le capital santé des citoyens du territoire** nous améliorerons l'élément clef actif du développement territorial. Nous contribuerons ainsi à asseoir **la cohésion** sociale et le **développement économique du territoire**.

Ce travail qui se fera avec les autres acteurs qu'ils soient politiques (Pôle Métropolitain, Département, Région), économiques (Chambre de Commerce et de l'industrie), académiques (Université de Valenciennes, rectorat des Hauts-de-France), acteurs directs de santé (Etablissements de santé du groupement hospitalier de territoire, médecine libérale, mutuelles , Caisse Primaire d'Assurance Maladie, Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail) acteurs de la société civile (associations,...) et naturellement l'Etat (Agence Régionale de Santé, Sous-préfecture, Ministère de la santé et Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche) permettra de transformer véritablement le territoire de façon pérenne.

L'axe « esprit entrepreneurial » de notre projet d'établissement prend ainsi tout son sens indépendamment du fait déjà établi qu'un établissement a un impact économique et social essentiel sur son territoire.

En effet, toute nouvelle activité hospitalière a **un impact sur l'économie du territoire** du Valenciennois et plus globalement sur le territoire du Hainaut-Cambrésis. Il est composé de plusieurs composantes :

- l'impact direct : ces retombées correspondent aux salaires, achats et investissements.
- l'impact indirect : il correspond à l'effet d'attraction. Il s'agit des retombées économiques locales générées par les patients et leurs accompagnants et notamment leurs différentes dépenses locales (véhicule sanitaire léger, hôtellerie, restauration, achats divers...)
- l'impact induit : l'impact économique induit représente les flux financiers des bénéficiaires, générés par les impacts directs et indirects. Ces dépenses interviennent par vagues successives au travers d'un cercle vertueux.

Il existe également un impact social. Cela correspond aux équivalents emplois créés ou soutenus par l'activité du centre hospitalier de Valenciennes. Il s'agit des emplois directs du centre hospitalier liés à son activité, ainsi que des emplois provenant des flux financiers indirects et induits.

Ouverture à l'international

De par son positionnement **transfrontalier** et pour devenir un grand hôpital européen, le Centre Hospitalier de Valenciennes doit développer des filières de patients à l'international, nous avons toutes les infrastructures nécessaires et disponibles

pour les accueillir. L'établissement travaille sur une offre de soins à proposer à cette patientèle.

Néanmoins, **l'ouverture internationale** peut également se caractériser par des partenariats avec des industriels ou encore avec des universités et des centres de recherche basés à l'étranger pour travailler communément sur l'enseignement, la formation, la recherche et l'innovation

Enseignement, recherche et innovation

Ambition

Enseignement et formation

Un plan de formation est réalisé chaque année en lien avec les pôles : l'hôpital investit pour former ses personnels.

Pour l'enseignement et les formations dispensés par les professionnels de l'hôpital, les expertises hospitalières sont nombreuses dans le Centre Hospitalier et elles touchent tous les métiers. La volonté des professionnels de vouloir transmettre leur connaissance est forte et le besoin en formation est important dans le domaine de la santé.
Nous avons une structure de formation sur le site de l'hôpital : Institut de Formation aux métiers de la Santé ; un vrai savoir-faire est donc déjà dans nos murs. La volonté partagée avec l'UVHC de construire ensemble une structure Hospitalo-Universitaire d'enseignement et de recherche dans le domaine de la santé.

Il y a cependant un certain nombre de points à améliorer :
- Les professionnels manquent de visibilité sur la construction du plan de formation.
- Ils jugent l'accès à ces formations complexe.
- Il n'y a plus de structure exclusivement dédiée à la formation au niveau des ressources humaines.
- La formation pluri professionnelle est difficile à mettre en place.
- Il y a un manque de transversalité sur la prise en compte de la formation et de l'enseignement.
- On ne connaît pas l'exhaustivité des possibilités de formations et d'enseignements pouvant être réalisés par les agents de l'hôpital.
- Il n'y a aucune structure transversale pouvant accompagner les personnes proposant des formations. Ce constat met en évidence un souhait de voir se mettre en place une professionnalisation de cette activité.

A partir de ce constat des activités structurantes autour de l'enseignement et de la formation ont été identifiées :
- Le centre de simulation en santé
- Les nouveaux métiers, les métiers en tension.
- La réforme de l'internat.

Le centre de simulation en santé

La simulation en santé à Valenciennes constitue un incontournable. Deux centres importants fonctionnent actuellement dans la région des Hauts-de-France : Lille et Amiens.

Valenciennes doit s'intégrer de façon cohérente à l'existant, en développant les outils adaptés à la spécificité locale et en ayant recours à ces deux centres de référence pour les formations complexes.

Il est important de débuter le travail par un recensement des besoins au niveau de l'hôpital et du Groupement Hospitalier de Territoire et de préciser les différents types de formation à développer dans le cadre de la formation initiale et de la formation continue. Cet outil d'enseignement et de formation continue doit pouvoir s'adresser à tous les métiers et donc

tous les professionnels.

Nous disposons au sein de l'hôpital d'une expérience d'activité de formation par la simulation à l'Institut de Formation aux Métiers de la Santé (IFMS). Il est certain que d'autres professionnels qu'ils soient soignants, médecins, administratifs, techniciens ou autres ont été formés à cet outil. Il est important d'en faire le recensement ; ils seront précieux pour nous permettre de configurer au mieux notre structure et en seront les premiers utilisateurs.

Cette activité pourra être aussi le terrain de recherche.

Les moyens nécessaires au fonctionnement de cette structure seront à évaluer. Un investissement initial en matériel et en immobilier est indispensable, un retour sur investissement sera réalisé en fonction de leur utilisation à des fins de formation.

L'HAS a écrit un guide des bonnes pratiques que nous suivrons pour la mise en place de cette activité.

Les nouveaux métiers, les métiers en tension

Dans ce domaine, l'ambition de l'hôpital est d'anticiper pour ne pas subir.

La réflexion et l'action du Centre Hospitalier de Valenciennes sur ces sujets s'intègrent à la stratégie de transformation du système de santé national. Elles s'adaptent aussi aux conditions socio-économiques et de santé publique, tout à fait particulières dans le territoire du Hainaut-Cambrésis.

Le Pôle Hospitalo-Universitaire de santé publique sera l'outil d'anticipation en identifiant les nouveaux métiers de la santé et en organisant la filière d'enseignement qui conduira à ces nouvelles activités.

Par ailleurs l'hôpital identifiera des moyens d'attractivité et de fidélisation des personnels et particulièrement sur les métiers en tension.

Le développement de l'activité d'enseignement et de formation sera un facteur d'attractivité et de fidélisation de talents rares.

Des partenariats avec les écoles de formations aux métiers en tension (Infirmiers-ères de bloc opératoire ou anesthésistes..) se développeront. Le Centre Hospitalier de Valenciennes est un lieu de stage idéal pour les élèves de ces filières.

Il faudra repérer les stagiaires talentueux et mettre en place tous les arguments qui donneront ensuite aux jeunes diplômés l'envie d'exercer leur profession avec nous. Des contrats bourses pourront être utilisés dans cet objectif.

La réforme de l'Internat

Face à la réforme de l'internat l'ambition de l'hôpital est de s'adapter habilement pour ne pas subir. L'enjeu, encore une fois, est de savoir attirer et fidéliser des talents médicaux à partir des premiers stages des étudiants en médecine, de manière à les voir revenir en stage d'internat et leur proposer des postes d'assistants pour leur cursus post internat. Au-delà du compagnonnage classique, des cours sont déjà délivrés aux internes par des médecins séniors.

L'organisation de ces cours devra se faire de façon beaucoup plus transversale qu'elle ne se fait actuellement. Il sera intéressant de faire en sorte que les cours dispensés au sein de l'hôpital puissent être validant pour le parcours d'enseignement que l'interne doit suivre et qui est décrit dans la maquette de sa formation.

Il est donc important que ce cursus de formation valenciennois soit validé par les coordonnateurs d'enseignement du centre hospitalier universitaire.

L'accueil des internes doit être travaillé. On doit être attentif à son accompagnement pendant son passage à l'hôpital et à

son suivi. Un interne satisfait de son stage reviendra et le fera savoir à d'autres. Outre l'enseignement qu'il viendra chercher chez nous, il doit aussi y trouver qualité de vie au travail et convivialité.

Il est important dans ce cadre de réactiver la notion de tutorat. C'est la meilleure solution d'accompagnement. Des « contrats bourses » sont à étudier et des partenariats avec la ville, la région sont à envisager pour financer le logement de ces internes sur notre commune. Comme toute action de formation cette activité devra être régulièrement évaluée.

Recherche

De par son développement – considérant le nombre et le niveau des spécialités et surspécialités – mais aussi l'investissement des équipes en recherche et innovation, le Centre Hospitalier de Valenciennes s'est structuré en intégrant au quotidien ces éléments indispensables en miroir de l'activité clinique. Jusqu'à présent la recherche et l'innovation ont pu progresser avec notamment la constitution de l'Unité de Recherche Clinique, qui a posé les bases d'une architecture future plus ambitieuse.

L'Unité de Recherche Clinique du Centre Hospitalier de Valenciennes a été créée en 2013. Cette unité est indéniablement un élément indispensable au développement de la recherche clinique au sein de notre établissement.

Elle accompagne les médecins-chercheurs dans leurs activités d'investigation. Actuellement cette unité suit une centaine d'études mises en place sur le Centre Hospitalier de Valenciennes. Une équipe de techniciennes d'études cliniques coordonnées par une attachée de recherche clinique constitue cette unité.

Nous avons mis en place une unité de bio statistique regroupant des médecins et des pharmaciens compétents dans cette activité. Ils apportent leur soutien méthodologique et en bio statistiques aux médecins et aux internes souhaitant réfléchir sur un projet de recherche.

Cette structure est l'ébauche d'une structure de promotion, que nous avons en objectif, afin de promouvoir par nous-mêmes des essais issus de réflexions des médecins ou soignants du Centre Hospitalier de Valenciennes ou des autres hôpitaux du territoire. La valorisation des points « Système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des Publications Scientifiques (SIGAPS) » et « Système d'Information et des Gestion de la Recherche et des Essais Cliniques (SIGREC) » permet de financer ces activités. Pour l'instant les productions sont académiques (programme hospitalier de recherche clinique, publications, inclusions…), mais à terme d'autres ressources financières pourront être mobilisées : des subventions pourront être recherchées, des sources industrielles via les contrats uniques pourront être sollicitées, le mécénat pourrait également se développer.

Nous avons conscience de la fragilité d'une telle activité au sein d'un hôpital général où les médecins sont surchargés par leur activité clinique. L'un de nos enjeux socles est désormais la sortie de cette phase transitionnelle pour aborder la constitution d'un modèle de recherche et d'innovation intégratif et exhaustif, qui amènera le Centre Hospitalier de Valenciennes en position de leader dans notre territoire de santé, la région et le territoire national.

Si la culture recherche et innovation au Centre Hospitalier de Valenciennes est indéniable, elle s'appuie sur un système managérial qui lui offre en théorie un potentiel de déploiement important, mais qui aujourd'hui est à optimiser en regard de nos ambitions : la création d'un modèle de recherche et d'innovation valenciennois est l'objectif premier. Ce facteur d'attractivité pour les praticiens, mais aussi pour les partenaires du Centre Hospitalier de Valenciennes, qu'ils soient privés ou publics, ne sera une réalité que si les conditions de sa mise en œuvre sont posées en tant que pierre angulaire du projet d'établissement.

Les impacts de cette structuration d'envergure dépasseront largement le cadre de la médecine pratiquée au Centre Hospitalier de Valenciennes, pour modéliser l'accès à la recherche et à l'innovation en santé au sens large et sur l'ensemble de notre territoire de santé.

Le premier point socle de notre stratégie est de poursuivre le développement de la recherche clinique en nous ouvrant au-delà des activités d'investigation sur des activités de promotion, mais aussi sur celui d'autres types de recherches symbolisant

l'ouverture de notre établissement à travers une véritable culture recherche :

- recherche en soins infirmiers,
- recherche en santé publique
- recherche qualitative : sciences humaines et sociales (dont éthique), pharmacie clinique, ou modélisation des soins par exemple,
- recherche translationnelle : lien avec les laboratoires de l'Université Polytechnique de Valenciennes et du Hainaut-Cambrésis pour applications dans le champ de la santé, recherche en lien avec l'innovation (intelligence artificielle, télémédecine, robotisations etc.), co-développements
- mais également recherche en management des organisations et des systèmes de santé, médico-économique, ressources humaines etc.

L'actuel modèle d'Unité de Recherche Clinique, s'il a permis de structurer nos activités en recherche clinique, ne répond plus à nos exigences et doit donc pouvoir évoluer. Cette phase de transition via l'URC est un tremplin pour la création d'un nouveau modèle et la définition d'un modèle de recherche en rupture avec les organisations existantes.

Parmi les points mis en avant par le groupe de travail figure l'ambition :

- De poursuivre le développement de la **culture recherche** intégrée aux pratiques de tous les soignants, et considérer son impact en termes d'**attractivité**. Cela passera notamment par l'identification et l'accompagnement des agents à fort potentiel, que ce soit en termes de cursus universitaire et professionnel, ou de motivation. Un axe majeur est la **formation** au sens large, indissociable de la recherche (**cf. infra**). Une véritable politique de **communication** est attendue dans ce champ également

- D'augmenter le **périmètre des prérogatives** de notre plateforme de recherche et notamment sa capacité à accompagner les projets, de l'émergence au suivi en passant par l'accompagnement à tous niveaux

- D'ajuster le niveau et la qualité des **ressources** dédiées à disposition de tous (Attaché de Recherche Clinique, Technicien d'Etude Clinique, biostatisticiens, rédacteurs médicaux, traducteurs etc.)

- De permettre l'accès à des temps dédiés modélisés service par service de façon transparente et efficiente : le temps protégé recherche

- De revoir le **modèle de financement**. Actuellement le financement de l'URC est assuré uniquement par la valorisation en termes de points « Système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des Publications Scientifiques (SIGAPS) » surtout, puis « Système d'Information et des Gestion de la Recherche et des Essais Cliniques (SIGREC) ». Historiquement et afin que le dogme « l'agent de la recherche va à la recherche » soit assuré. L'essentiel des crédits a été fléché vers les pôles qui se retrouvent bloqués à leur niveau par l'absence de projets des praticiens pour utiliser les crédits générés, ou la difficulté de mise en œuvre en raison des règles comptables hospitalières restrictives qui ne permettent pas facilement de mettre en provision les sommes reversées afin de les utiliser dans une temporalité compatible avec la recherche. Il paraît essentiel que la recherche soit centralisée au sein d'une plateforme disposant de moyens, plutôt que de les « saupoudrer » sur les pôles et qu'au final ils servent de variable d'ajustement aux budgets des services : la sanctuarisation des moyens de la recherche est essentielle. Le financement de la recherche ne doit pas non plus se limiter aux « seuls » points « Système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des Publications Scientifiques (SIGAPS) » et « Système d'Information et des Gestion de la Recherche et des Essais Cliniques (SIGREC) » mais se tourner vers d'autres sources, qu'elles soient privées ou publiques, nationales ou internationales.

- De **structurer les partenariats** pouvant contribuer à ce développement – industrie technologique, industrie pharmaceutique, investisseurs, mécènes, mutuelles pour ne citer qu'eux – y compris sur la sphère nationale et internationale.

Ainsi, le principe de « plateforme d'organisation de recherche clinique par contrat (CRO) » pourra être développé, c'est-à-dire avoir des plateformes de recherches cliniques labélisées par des industriels. Cela nécessite d'avoir des équipes

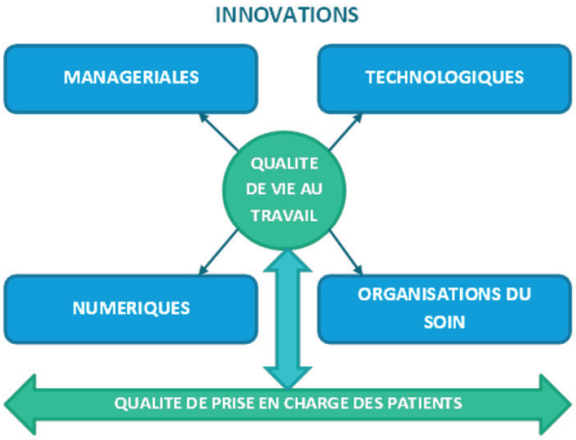
reconnues sur certaines spécialités. Par ailleurs, nous pourrions nous associer à une infrastructure de Centre de Ressource Biologique (CRB) pour conserver nos échantillons biologiques voire de les vendre en respectant les lois de bioéthique.

L'innovation a toujours été et doit continuer à être un moteur du fonctionnement du Centre Hospitalier de Valenciennes. C'est certainement en lien avec cela que notre hôpital a la robustesse dont il dispose aujourd'hui. Cette robustesse lui permet à présent de mettre en avant ce « goût » de l'innovation. Il est aussi tout à fait important de structurer cette activité en lien naturellement avec la recherche et en collaboration avec des institutions universitaires mais aussi le tissu socioéconomique et en particulier le monde de l'entreprise.

Innovation

La réflexion des ateliers de travail a fait émerger, de par l'expérience acquise au Centre Hospitalier de Valenciennes et l'analyse de l'environnement dans ce domaine, un certain nombre de principes spécifiques à nos activités.

Tout comme le champ de la recherche dont il est indissociable, le champ de l'innovation intéresse en pratique **les innovations** en effet, c'est logique.... Il nous est apparu primordial de ne pas restreindre le champ de l'innovation à la seule innovation technologique, mais de pouvoir intégrer un ensemble d'innovations à même de porter deux objectifs synergiques : optimiser la qualité des prises en charge de nos patients tout en promouvant la qualité de vie au travail au Centre Hospitalier de Valenciennes. Les bénéfices attendus de l'innovation sont en effet à la fois pour le patient, les soignants, mais au-delà, pour le système de santé sur un territoire et en réponse à des problématiques qui lui sont propres. L'innovation peut accélérer les transformations et ainsi porter une refonte majeure du système de santé sur un territoire dont les indicateurs socio-épidémiologiques sont alarmants.



Ainsi les innovations sont de différents ordres, et relèvent schématiquement de plusieurs thématiques interdépendantes, qui concourent à l'amélioration des prises en charge mais aussi des parcours de santé au sens large (liste exhaustive en annexes) :

- **L'innovation technologique** : développement de l'intelligence artificielle, de la robotisation au sens large, des outils d'aide au diagnostic et au traitement, de la domotique pour le citoyen patient (transports automatisés, domicile et établissements médico-sociaux), mais aussi de dispositifs médicaux intelligents etc.
- **De l'innovation en e-santé** : systèmes d'information, nouvelles technologies de l'information et de la communication, télémédecine, outils connectés, applications, portails territoriaux de santé, dématérialisation et gestion des big-datas, télétravail etc.
- **De l'innovation managériale** : comme une marque de fabrique du Centre Hospitalier de Valenciennes, ce concept inclut le développement à échelle territoriale à partir du Centre Hospitalier de Valenciennes d'un modèle de santé publique innovant et en rupture, pouvant par la suite être dupliqué sur d'autres territoires
- **De l'innovation des organisations des soins** : de l'architecture (clusters modulaires hospitaliers et en ville), à la conception même du soin y compris sur la sphère non médicamenteuse, en passant par les activités de prévention et de dépistage, et la psycho-ergonomie du travail

Les innovations s'inscrivent donc au cœur de chaque projet et sont en lien avec les cinq chantiers lancés par la Ministre sur la transformation du système de santé : la qualité et la pertinence des soins, les modes de financement et de régulation, le virage numérique, la formation et la qualité de vie au travail des professionnels de santé et enfin l'organisation territoriale des soins.

Les innovations seront l'un des moteurs de développement d'un modèle inédit de santé publique, que nous développerons au sein de la dynamique Territoire d'Innovation de Grandes Ambitions avec l'ensemble des partenaires impliqués.
Elles se rapprochent ainsi des ambitions que nous avons pour l'enseignement.

La proposition : « Anticiper pour ne pas subir »

La création d'un pôle hospitalo-universitaire de santé publique du Hainaut-Cambrésis regroupant les activités d'enseignement et de formation est la réponse la plus adaptée au contexte du territoire et à l'ambition de notre établissement.

Ce pôle s'intègre à la politique de santé qui sera déployée sur le Hainaut-Cambrésis dans le cadre de la réponse à l'appel à projet Territoire d'Innovation de Grandes ambitions (TIGA), appel à projet qui entre dans le cadre de l'appel à projet Plan d'Investissement d'Avenir 3 (PIA) et qui est lancé par le secrétariat général à l'investissement.

Partant du constat de santé publique du territoire catastrophique et du constat tout aussi catastrophique des conditions socio-économiques, le pôle Métropolitain du Hainaut-Cambrésis a choisi de répondre à cet appel à projet sur la thématique « santé pour tous dans le Hainaut-Cambrésis »

L'hôpital, l'université, la Chambre de Commerce et de l'Industrie et le Pôle Métropolitain sont les coordonnateurs de ce vaste projet qui se déploiera quelle que soit l'issue de ce concours.

Cette réponse décrira un parcours de santé sur un cycle de vie intégrant prioritairement les concepts de prévention, d'éducation, de formation de dépistage de diagnostic précoce et de suivi après traitement alors que, jusque-là, l'action était centrée essentiellement sur le soin curatif.

Des liens entre toutes les actions déjà entreprises et les actions innovantes qui seront imaginées et adaptées au citoyen du territoire devront être mises en place.

Ces liens constitueront par eux-mêmes une véritable innovation en termes de pilotage de la santé, pilotage où la mesure des actions par l'intermédiaire d'indicateurs fiables sera au centre du fonctionnement.

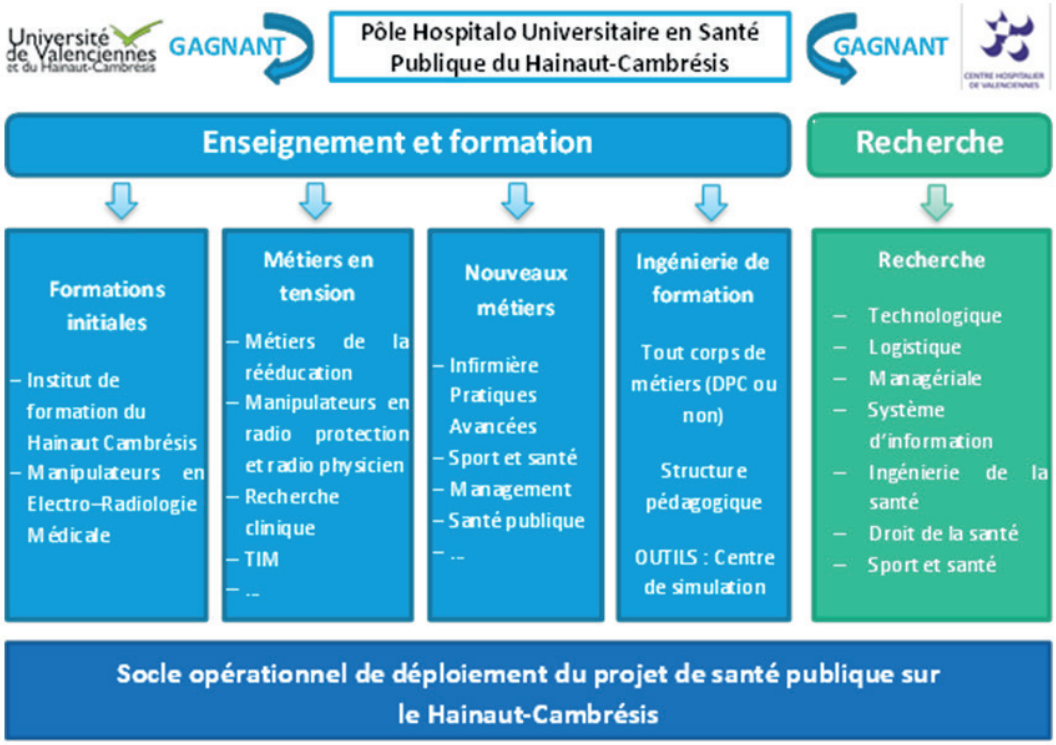
Ce parcours nous poussera à travailler sur un nouveau modèle de financement de la santé.

Cette structure de pilotage intégrera l'institut de santé publique du Hainaut-Cambrésis constituant un modèle d'excellence.

Nous sommes donc aux confins de l'innovation de la recherche et de l'enseignement en santé et nous souhaitons faire de ces activités le fleuron de notre hôpital dans les années futures.

Cette ambition dans le domaine de l'enseignement de la recherche et de l'innovation nous pousse tout naturellement à nous rapprocher de l'université polytechnique de Valenciennes. L'Université polytechnique de Valenciennes et du Hainaut-Cambrésis (UPHC) souhaite s'intéresser au domaine de la santé. De même le Centre Hospitalier de Valenciennes souhaite s'intéresser aux domaines de la recherche et de l'enseignement en santé.
La confrontation de ces deux volontés tirera vers le haut les deux institutions au bénéfice du territoire et de ses citoyens.

Structuration du pôle proposé



Ce pôle permettra de répondre aux orientations définies par les groupes de travail Enseignement, Formation Recherche et Innovation du Projet d'Etablissement.

Dans le cadre de l'universitarisation de la formation en soins infirmiers, nous nous rapprochons de l'UPHC depuis plusieurs années de manière à ce que cette formation se fasse au sein d'un pôle hospitalo-universitaire de santé publique du Hainaut-Cambrésis.

Ce pôle serait une vraie réponse territoriale à la démarche d'universitarisation de notre Institut de Formation aux Métiers de la Santé, avec des conséquences citoyennes fortes en termes de proposition locale de formations initiales. Pour mémoire le territoire est sous doté par rapport au reste de la région pour le nombre de places de formation aux soins infirmiers par rapport à notre population.

Le pôle hospitalo-universitaire de santé publique du Hainaut-Cambrésis pourra accueillir la formation initiale à d'autres métiers de la santé (kinésithérapie, podologie...). Il sera aussi le creuset de la création de nouveaux métiers de la santé qui ne manqueront pas d'émerger dans les prochaines années. Il s'appuiera sur de nombreux outils tels que le centre de simulation en santé.

Ce pôle hospitalo-universitaire de santé publique du Hainaut-Cambrésis sera la structure de rattachement d'une structure transversale d'ingénierie de formation au sein de notre Hôpital au service des différents pôles et du Groupement Hospitalier de Territoire. Il en sera le garant pédagogique. Il permettra aussi de relier enseignement et recherche ce qui est indispensable dans le pôle hospitalo-universitaire de santé publique du Hainaut-Cambrésis que nous ambitionnons dans notre réponse à l'appel à projet « Territoire d'Innovation de Grandes Ambitions ».

Les attendus de ce projet sont naturellement de contribuer au développement de notre établissement dans le domaine de l'enseignement qui sera un facteur d'attractivité et de fidélisation pour de nouveaux talents toutes professions confondues. Il permettra aussi aux collaborateurs du Centre Hospitalier de Valenciennes d'afficher leurs expertises et d'être reconnus dans les différents domaines où ils excellent.

La recherche dans le cadre global de la santé pourra trouver son épanouissement dans cet environnement Hospitalo-Universitaire et ce dans tous les domaines que nous souhaitons envisagés , santé publique , technologie et ingénierie de la santé, systèmes d'information et Intelligence artificielle en santé, logistique en santé, management de la santé, droit de la santé, économie de la santé etc.... Ces activités de recherche auront donc pour socle, l'activité opérationnelle de déploiement et de suivi du projet innovant de santé publique du Hainaut-Cambrésis.

De plus, ce projet d'enseignement, cadre complètement avec les autres axes stratégiques de notre projet d'établissement :

- **Agilité** : l'enseignement, la formation, la recherche et l'innovation nous rendent plus agiles vis-à-vis de nouvelles situations à affronter. La transmission du savoir et la recherche nous permettront de nous élever dans nos domaines d'expertise, de par la réflexion que nous avons avec l'enseignement et la compréhension plus fine des situations ; et donc de pouvoir encore plus s'adapter voire anticiper certaines situations à la fois complexes et cruciales.
- **Ouverture** : Nous nous ouvrons vers une véritable nouvelle activité. Cette ouverture se fera vers et en lien avec le citoyen et le maillage politico socioéconomique. Nous mettons ainsi en place un champ d'activités qui permettra aux différents métiers de s'ouvrir les uns vers les autres. L'enseignement, la formation, la recherche et l'innovation au sein d'un hôpital doivent se concevoir de façon pluri-professionnelle.
- **Esprit entrepreneurial** : Nous développons une activité qui créera aussi de nouvelles valeurs et attirera des collaborateurs talentueux. Cette dynamique peut nous conduire à créer une « urbanisation » au sein du Centre Hospitalier de Valenciennes tournée vers la recherche et l'innovation de façon à créer un espace spécifique et des lieux dédiés pour créer un biopôle et/ou un hôtel d'entreprises au plus près des professionnels de santé et des lieux d'expérimentation au contact de la patientèle.
- **La recherche, l'innovation et l'enseignement** sont des activités véritablement en rupture avec le plan précédent mais qu'il faut absolument abordées avec ambition pour tirer l'hôpital vers la vision que nous avons pour lui mais toujours au profit du citoyen de ce territoire.

Un exemple de modélisation concernant le cancer : du soin à la santé

Un projet de cancérologie

Un projet de cancérologie pour le territoire du groupement hospitalier de territoire

Le Centre Hospitalier de Valenciennes, en tant qu'hôpital support du Groupement Hospitalier du Territoire du Hainaut-Cambrésis se doit d'être fédérateur dans l'organisation de la cancérologie sur ce territoire en sachant mettre à profit toutes les forces et compétences présentes. Toutes ces forces seront regroupées structurellement dans un Institut Intégré de Cancérologie.

Cette structure accueillera les activités publiques privées ou associatives, unies dans le même objectif et partageant les mêmes valeurs. Elle aura pour mission la coordination d'actions de prévention, de dépistage, de soins et de suivi après cancer pour un retour à la vie tout en diminuant ou supprimant le risque de récidive.

Cette structure organisera également la recherche clinique en cancérologie et la recherche dans le domaine de la santé Publique sur le territoire.

Le bassin de vie du territoire du Hainaut-Cambrésis peut se diviser en trois zones de proximité : le Valenciennois Quercitain, le Sambre-Avesnois et le Cambrésis. C'est autour de Valenciennes, hôpital support du Groupement Hospitalier de Territoire que s'organisera la prise en charge de la cancérologie avec un relai dans les hôpitaux de Maubeuge et Cambrai. Cependant tous les établissements de santé auront un rôle. Les établissements privés à but lucratif ou non trouveront leur place dans ce maillage au profit du patient.

Le principe de fonctionnement de cette organisation repose sur les notions de proximité, d'expertise, de complétude, et de « sans reste à charge » pour le patient.

Le citoyen doit, au sein du territoire trouver à proximité de son domicile les informations, les orientations et les activités

lui permettant d'intégrer un parcours qu'il soit de prévention, de dépistage, de diagnostic ou de prise en charge. Il trouvera sur le territoire l'expertise nécessaire et complète pour être pris en charge de façon globale et optimale pour sa maladie cancéreuse et son suivi.
Le principe est donc celui du « parcours » qu'il soit de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement de recherche clinique ou de suivi.

Chaque patient, chaque citoyen est différent. Notre organisation autour de la cancérologie ne doit pas seulement prendre en charge la pathologie, mais la personne dans sa globalité.Nous développerons donc une personnalisation des parcours. Personne ne peut mieux que le citoyen éventuellement patient, nous dire ce dont il a besoin. Nous développerons la notion de « citoyen partenaire » et leur donnerons plus que jamais la parole. Un comité de citoyens, patients ou pas, participera de manière approfondie aux projets de l'institut.

Contexte et enjeux

En France, près de 385 000 personnes ont un diagnostic de cancer chaque année dont 211 000 chez les hommes majoritairement représentés par les cancers de la prostate, du poumon et du côlon-rectum, et 174 000 chez les femmes pour lesquelles le cancer du sein reste le cancer le plus fréquent devant les cancers du côlon-rectum et du poumon.

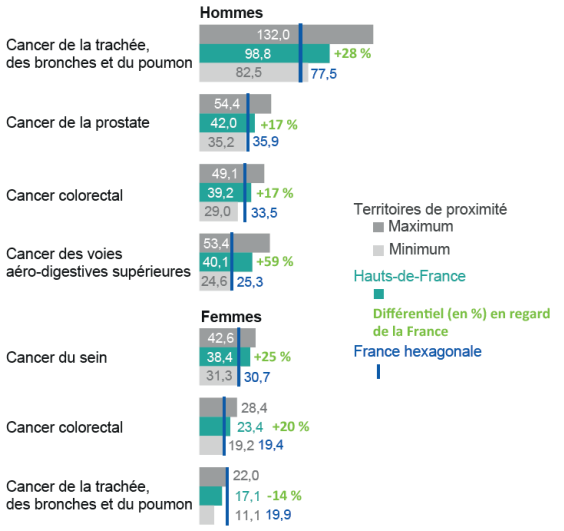
On constate une augmentation de l'incidence ces 30 dernières années en raison principalement de l'augmentation de la population française et de son âge. L'amélioration de la détection, les comportements à risque (tabac, alcool, rayons ultraviolets (UV)...), le mode de vie (nutrition, sédentarité, obésité...), et notre environnement participent à cette augmentation. Depuis 2005, on constate cependant que le taux d'incidence tend à se stabiliser voire à baisser.

Une grande partie des cancers est considérée comme évitable. Par exemple, on estime aujourd'hui que 30% de la mortalité par cancer est attribuable au tabac et 9.5 % à la consommation d'alcool. Des études estiment, par ailleurs, que 20 à 25 % des cancers seraient attribuables à des facteurs nutritionnels. Le cancer est la première cause de décès chez l'homme (33 %, soit 1 décès sur 3 chez les hommes) et la deuxième chez la femme (24 % soit 1 décès sur 4). Si les cancers sont, au total responsables aujourd'hui de près de 150 000 décès chaque année, le risque de décéder d'un cancer a diminué notablement grâce aux diagnostics plus précoces et aux progrès thérapeutiques. Aujourd'hui plus d'une personne sur deux guérit après un diagnostic de cancer.

Du fait de la chronicisation de la maladie, aujourd'hui, en France près de 3 millions de personnes vivent avec des antécédents de cancer.

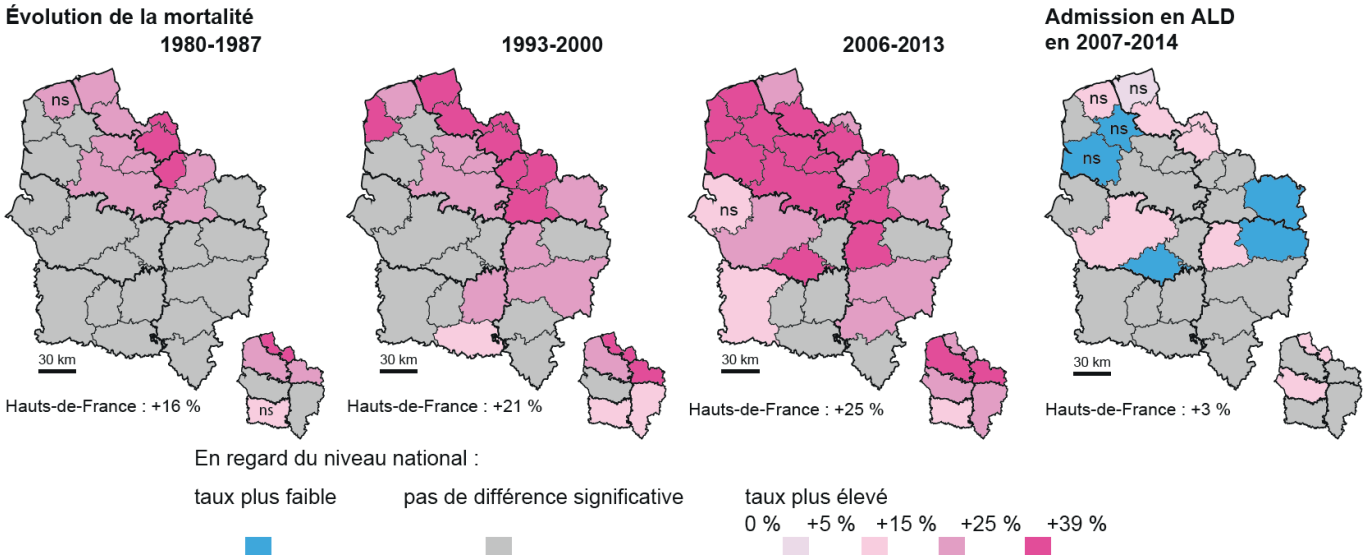
La région Hauts-de-France est une région marquée par le cancer avec 25 100 nouveaux cas et 15 150 décès par an en moyenne, ce qui représente un taux standardisé de mortalité de 269,91 décès pour 100 000 habitants contre 228,69 en moyenne en France. La mortalité par cancer a baissé depuis les années 80, avec une diminution plus marquée depuis 2000. Toutefois, la baisse de la mortalité a été moins soutenue dans notre région. La région Hauts-de-France présente ainsi une surmortalité par cancer de 18% (+ 22 % hommes / + 14 % femmes) avec toutefois des disparités territoriales importantes oscillant entre +7 % et + 34 % selon les territoires.

Chiffres clés pour le territoire du Hainaut Cambrésis :



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 hommes ou femmes
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

Mortalité par cancer selon la localisation :



ns : résultats non significatifs au seuil de 5 % mais une différence significative relevée au seuil de 10 %
* calculé à partir des taux standardisés sur l'âge
** hors Corse en 1980-1987

Sources : CCMSA, Cnamts, CNRSI, Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

Exemple : différentiel de mortalité et d'admission en affection de longue durée pour cancer du sein chez les femmes en regard de la France

Tant pour les décès que pour les ALD, les cancers davantage présents en région HDF, notamment pour les hommes de moins de 65 ans

Depuis le début des années quatre-vingt-dix, la mortalité prématurée du cancer du sein baisse sur le territoire avec un rattrapage complet dans le Valenciennois et le Sambre Avesnois (2007-2014), Mais un nombre important de patient est traité en dehors du territoire, dénotant de la faiblesse de l'offre de soin locale.

Enfin, en ce qui concerne notre population, il existe pour le cancer, comme pour beaucoup de pathologies, un recours particulièrement tardif aux soins. Ainsi, nous avons réalisé une étude concernant la prise en charge du cancer du sein au sein de notre territoire, et nous avons notamment recherché la part de patiente dont le diagnostic est établi alors qu'il

existe déjà une dissémination de la maladie sous forme de métastases.

Au niveau national la filière cancérologie se définit en tendances lourdes auxquelles l'offre de soins doit s'adapter :

- En termes d'épidémiologie : le vieillissement de la population fait que de plus en plus de patients seront âgés. On considère qu'en 2030, 77 % des patients auront plus de 60 ans (vs 69 % en 2005). Par ailleurs l'effet combiné du vieillissement de la population et la croissance démographique augmenteront en France le nombre de patients de 38 % d'ici 2030. En termes de facteurs de risque, l'obésité et le surpoids auront un impact additionnel supérieur à 2 %, alors que la lutte contre le tabagisme permettra de passer d'ici 10 ans sous la barre des 20 % de fumeurs et sauvera 15000 vies par an. Enfin, les progrès des traitements allongeront l'espérance de vie des patients. Ainsi, la maladie se chronicise et plus de cas complexes avec de multiples comorbidités ou de suivi au long court sont attendus.

- En terme d'offre de soins : la fonction de coordination des parcours de prise en charge devient un élément essentiel, devant par ailleurs adapter son organisation à l'ambulatoire et la prise en charge à domicile. Par ailleurs il est désormais établi que l'instauration de soins de support dès l'entrée dans la maladie permet d'améliorer la qualité et la longueur de survie des patients atteints de cancer. Ainsi cette fonction devient un élément incontournable de la prise en charge. La détection des cancers à un stade débutant améliorera l'efficacité des soins et donc permettra de réduire la lourdeur et la durée des traitements. Par ailleurs l'offre de soins devra s'adapter aux innovations thérapeutiques ou technologiques : quatre activités devraient particulièrement progresser : la chimiothérapie orale, la chirurgie ambulatoire, la radiologie interventionnelle et la radiothérapie hypo-fractionnée. Enfin, le développement de la biologie moléculaire et génétique permettra d'offrir des traitements adaptés à la carte génétique de la lésion tumorale, ce qui permettra une personnalisation réelle du traitement.

- En termes de régulation des soins : les dépenses de santé sont un enjeu majeur pour la baisse des déficits publics (l'ONDAM continuera à se réduire). Ainsi, les modes de financement incluront de plus en plus une dimension incitative pour la qualité et l'efficience des soins avec un paiement au service rendu, y compris pour les thérapeutiques. Le renouvellement des autorisations en cancérologie intégrera donc des indicateurs de qualité, d'efficience, de délais de prise en charge et de coordination de parcours qu'il faut savoir anticiper.

Parcours : Prévention de proximité

Les actions de prévention sont nombreuses sur le territoire et malgré cela beaucoup de facteurs de risques persistent. Le travail mené sur le « chemin de santé » dans le cadre de la réponse à l'appel à projets « Territoire d'Innovation de Grandes Ambitions » nous permettra d'innover dans ce domaine. Tabac, alcool, alimentation, activité physique, surpoids, cancers professionnels, pollution, environnement seront abordés de façon adaptée et très précocement dans le cycle de vie. C'est dès le début de la vie que ce conditionnement préventif se construit de façon efficace. Il faut également compter sur les nouvelles générations pour faire évoluer les habitudes délétères. Coordination, innovation, diffusion à tous, évaluation sont nos mots d'ordre dans ce domaine.

Tous les acteurs de la santé sont impliqués dans ces actions de prévention, certes les soignants, mais pas uniquement. L'éducation, la formation, le sport, la culture, les arts, le travail, les associations, les institutions, mais aussi les citoyens seront mobilisés pour un travail collectif au profit de tous.

Parcours : Dépistage de proximité

L'accès aux actions de dépistage est encore faible sur le territoire. Une réflexion et des actions, là aussi innovantes, se mettront en place pour aller au plus près du citoyen.

Par exemple, pour le cancer du sein, l'accès à la mammographie de dépistage doit être facilité en travaillant sur la proximité. Egalement, la consommation forte de tabac peut nous amener à proposer des scanners thoraciques systématiques à cette population à fort risque.

Parcours : Diagnostic de proximité et gradations des activités

Ce diagnostic doit être précoce réalisé dans un délai bref et dans les meilleures conditions. L'accès à ces conditions nécessite donc le partenariat de tous les intervenants de la chaine de soins en proposant au patient un diagnostic à proximité de son domicile. Les médecins généralistes sont largement impliqués dans le diagnostic et doivent être informés de ces parcours diagnostics de proximité. Pour chaque pathologie et sur tout le territoire, des parcours diagnostics gradués seront identifiés. Parfois certaines techniques et notamment la radiologie interventionnelle devraient être utilisées. Le Centre Hospitalier de Valenciennes jouera alors son rôle d'expert.

L'anatomo-pathologie, la génomique des tumeurs, la génétique prédictive et l'immunologie sont les fondements d'un diagnostic de précision, là encore Valenciennes jouera son rôle d'expert avec dans certains domaines un recours au centre hospitalier universitaire.

Il faut prioritairement réduire les délais de prise en charge, donc le délai d'accès à ce diagnostic, puis réduire le délai d'accès à la consultation d'annonce. Pour les examens diagnostics, l'objectif est d'atteindre un délai de trois jours.

Parcours de soins : parcours de proximité et gradations des activités

Chaque patient aura accès dans sa zone de proximité à un plan personnalisé de traitement. Ce plan lui aura été proposé par un médecin oncologue, médical, radiothérapeute ou chirurgien, après avoir été décidé en réunion de concertation pluridisciplinaire de territoire. Ce parcours se fera, lorsque les conditions le permettront, dans sa zone de proximité.

En plus des services d'oncologie médicale et d'hématologie du Centre Hospitalier de Valenciennes, il est prévu de développer des sites annexes de chimiothérapie ambulatoire à Cambrai et à Maubeuge. Ces sites annexes fonctionneront en lien avec le Centre Hospitalier de Valenciennes où seront préparées les chimiothérapies. Le territoire dispose de toutes les autorisations de chirurgie cancérologique.

- La chirurgie sénologique est réalisée au Centre Hospitalier de Valenciennes. Les actes vont de la simple tumorectomie à la reconstruction par lambeau « Deep Inferior Epigastric Perforator (DIEP) ».
- Les chirurgie urologiques, digestives, thoraciques, gynécologiques sont aussi réalisables à Valenciennes et bénéficient à présent d'un accès à un robot de dernière génération.
- La chirurgie digestive est aussi réalisable à Maubeuge

Le partenariat avec les établissements privés de chirurgie peut aussi se faire dans le respect déjà affiché du « sans reste à charge » pour le patient.

La radiothérapie n'est actuellement réalisée sur le territoire que par le secteur privé. Deux sites, un à Maubeuge (Clinique Gray), l'autre à Valenciennes (Clinique des Dentellières) se partagent cette activité. Ces deux sites réalisent aussi des traitements chimiothérapiques. Le secteur public, dans son ensemble, entretien de bonnes relations avec ces deux centres de qualité.

L'institut de cancérologie saura créer une vraie synergie entre tous ces établissements dans un fonctionnement « gagnant-gagnant » au profit du patient.

Les soins de support font partie intégrante des soins de cancérologie. Il a été montré que les soins de support débutés dès l'initiation de la prise en charge améliorent considérablement le pronostic de la maladie cancéreuse. Le territoire possède dans ce domaine de grandes richesses qu'il faudra organiser et coordonner de façon à proposer à chaque patient une offre de soins de support adaptée à ses besoins. Prise en charge de la douleur, addictologie, psycho oncologie, onco-gériatrie, nutrition, rééducation, services sociaux, éducation thérapeutique soins palliatifs sont déjà accessibles. Notre projet est d'optimiser cette offre et de la rendre accessible à tous. Un recueil de ces besoins est nécessaire à toutes les étapes de la prise en charge avant pendant et après le traitement. Ces soins pourront être de proximité voire gérer grâce à des techniques de télémédecine. Une réunion de concertation pluridisciplinaire de soins de support pourra dans certains cas

donner accès à des techniques relevant d'expertises existant au Centre Hospitalier de Valenciennes (Cathéters intratéchaux, cimentoplastie).

La pluri-pathologie est très fréquente chez les patients du territoire. L'expertise des différents services de médecine répartis sur le territoire apportera une qualité inestimable à la prise en charge en cancérologie. L'expertise en gériatrie est aussi très importante, 30 % de nos patients ont plus de 70 ans. Un pourcentage qui ne fera qu'augmentait du fait...

La prise en charge du patient atteint de cancer ne s'arrête pas à la porte de l'hôpital. Le lien avec la ville est indispensable pour un accompagnement de qualité du patient. Les médecins traitants généralistes ou spécialistes, tous les soignants à domicile seront intégrés dans la prise en charge et bénéficieront de toutes les informations nécessaires à la prise en charge de leurs patients à domicile.

Les nouvelles technologies peuvent nous aider en créant un lien étroit entre le patient, l'hôpital et les soignants à domicile. Une application smartphone est déjà en conception. Elle permettra l'échange d'informations.

Parcours : Après-Cancer et Parcours de Proximité

Un programme personnalisé de « l'après cancer » prend le relais du programme personnalisé de soins. A la fin du traitement, il aide le patient à mieux gérer au quotidien son suivi d'après cancer et sa réinsertion dans sa vie familiale, sociale et professionnelle. Un bilan post thérapeutique permettra de détecter tous les besoins du patient et d'identifier les ressources que nous mettrons en place pour y répondre au mieux. Là aussi l'organisation se fera essentiellement sur les établissements de proximité.

Aujourd'hui au niveau national, 9 femmes sur 10 sont en vie, cinq ans après leur diagnostic de cancer du sein. La surveillance après traitement se structurera dans une cellule de surveillance dédiée. Elle organisera la délégation totale ou partielle de cette surveillance aux médecins traitants.

Elle coordonnera la collaboration nécessaire entre le médecin traitant et le spécialiste de l'hôpital et traitera les retours d'information sur ces patientes grâce à une infrastructure informatique permettant leur inscription dans le dossier médical.

Parcours : Patients à hauts risques...entre expert de Valenciennes ou de Lille

La détection des familles à risque génétique de cancer, leur prise en charge et leur suivi déjà en place sur le valenciennois doivent se développer sur le territoire en implantant des consultations avancées sur les zones de proximité de Maubeuge et de Cambrai. Ces parcours spécifiques se construiront avec les centres experts de Lille.

Parcours spécifiques sarcomes, cancers pédiatriques, cancers ophtalmologiques : centres expert de Lille ou centres experts nationaux.

Les centres experts de ces maladies rares sont sur Lille Paris. Le Centre Hospitalier de Valenciennes est déjà le relais des prises en charges initiées au Centre Oscar Lambret ou au Centre Hospitalier Universitaire de Lille.

Parcours recherche clinique : Centre expert de Centre Hospitalier de Valenciennes

On ne peut actuellement plus concevoir la cancérologie sans offrir à nos patients un accès à la recherche clinique. De par la meilleure compréhension des mécanismes biologiques du cancer, de nouvelles voies thérapeutiques se sont ouvertes et laissent émerger de grands espoirs pour combattre cette maladie.

Le Centre Hospitalier de Valenciennes dispose d'une Unité de Recherche Clinique créée en 2013 et ayant pour vocation de centraliser l'organisation de toute la recherche clinique de l'établissement. Elle est composée actuellement d'une équipe de 7 personnes. L'activité d'oncologie médicale et d'hématologie en recherche clinique est déjà une activité prioritaire du Centre Hospitalier de Valenciennes.

Les liens entre le Centre Hospitalier de Valenciennes et Uni cancer permettent de participer à des études type « Epidémio-Stratégie Médico-économique (ESME) », études de vraie vie, notamment dans le cadre du cancer du poumon. Nous avons accès à toutes les études d'UNICANCER et des groupes coopérateurs en oncologie ou hématologie. Nous entretenons de très bons liens avec l'industrie pharmaceutique qui reconnaît notre site comme étant un excellent site de recherche clinique et nous propose donc, de ce fait, de plus en plus d'essais. Un médecin oncologue a une activité dédiée à la recherche clinique, ce qui permet de coordonner nos efforts sur ce sujet.

On peut imaginer qu'à terme proche, un quart de nos patients pourrait être inclus dans un essai clinique. Les patients suivis dans leur hôpital de proximité et pouvant bénéficier d'une participation à un essai seront repérés et se verront offrir la possibilité de participer à l'étude en question.

Le Centre Hospitalier de Valenciennes est actuellement un centre investigateur. Nous nous équipons progressivement d'une structure de méthodologie qui nous permettra d'ici peu de nous organiser en centre promoteur. La médecine moléculaire et l'immunothérapie sont les voies de recherche les plus prometteuses dans le domaine de la cancérologie. Nous sommes à-même de pouvoir proposer aux patients du territoire un accès à ces innovations.

L'institut de cancérologie du Hainaut-Cambrésis

Le fonctionnement de l'institut de cancérologie a pour intérêt de concentrer les forces à déployer vis-à-vis du cancer depuis son origine jusqu'à son extinction sur un territoire actuellement surexposé à ce risque. Cet institut intégré dans une structure plus large hospitalo-universitaire de santé publique permettra d'avoir une approche organisationnelle mais aussi de recherche et d'enseignement.

Nous ne créons pas une entité architecturale spécifique, mais plutôt un réseau de prise en charge, allant de la prévention jusqu'au suivi après cancer, et maillant de façon cohérente tout le territoire.

Nous ne créons pas un nouveau centre de lutte contre le cancer, mais une structure originale adaptée à un territoire aux caractéristiques spécifiques.

Le citoyen sera un membre actif de cet institut.

Institut de cancérologie

Prévention	Soins	L'Après-cancer
Pilotage TIGA	**Pilotage** Pôle 8	**Pilotage** Ville
Acteurs Membres de TIGA Acteurs privés sous convention	**Acteurs** Pôle 8 Ville Acteurs privés	**Acteurs** CHV Membres de TIGA
Financement TIGA	**Financement** Sécurité sociale	**Financement** TIGA

Recherche et enseignement
Pilotage : pôle universitaire de santé / CHV
Acteurs : TIGA / CHV / industriels / subventions

Pour piloter cet ensemble d'activités, un comité de gestion composé des représentants d'activités en lien avec la cancérologie définira la stratégie et en confiera le déploiement aux trois structures identifiées dans le schéma ci-dessus, c'est-à-dire la prévention, le soin et l'après cancer. Ces trois structures seront en interconnexion.

Un comité scientifique composé de membres extérieurs donnera son avis sur la stratégie de l'institut et préconisera des actions. Le suivi des activités se fera grâce à des outils de pilotage construits sur des indicateurs de santé publique fiables et réactifs.

Les systèmes d'informations nous accompagneront dans le recueil de données, leur analyse et nous aideront à piloter cette structure.

Le recrutement de spécialistes en santé est en cours. C'est avec eux que nous mettrons en place cette structure de suivi.

Pour le financement de ce projet, quelle que soit l'issue du programme Territoire d'Innovation de Grandes Ambitions, le projet sera déployé et des financements complémentaires seront recherchés si besoin.

Esprit entrepreneurial

Ambition

L'esprit entrepreneurial correspond au CHV à la nécessité que nous convergions tous vers une même philosophie générale de prise en charge que nous définissons à travers ce projet d'établissement. En tant qu'établissement de santé, nous devons assurer nos missions de service public en respectant notre cadre éthique et déontologique. Mais au-delà de ces missions, il nous faut évoluer vers la gestion de la santé globale du citoyen dans un cadre performant et innovant.

Pour ce faire, certains principes doivent être partagés par tous.

La vision tout d'abord et l'institution devra faire un effort particulier pour que chaque professionnel comprenne les enjeux de ce projet et se les approprie comme faisant partie intégrante de son mode de fonctionnement. Ainsi, il semble nécessaire au sein de notre institution, d'ouvrir des espaces de dialogue et de partage.

La motivation des collaborateurs est un élément central de la réflexion, l'institution devant aussi être capable de favoriser les conditions de motivation des agents pour qu'ils se dépassent dans l'accomplissement de leur fonction. Au cours des ateliers ressources humaines et management, beaucoup de collaborateurs ont soulevé les questions de valorisation, de reconnaissance, il est donc important que le management hospitalier puisse se saisir de ces problématiques, peu communes à l'hôpital public.

Par ailleurs, la résilience est un élément important pour qui entreprend, car l'entreprenariat comporte une part de prise de risque et les chemins sont souvent semés de difficultés. Il est donc important que chaque collaborateur puisse faire face aux difficultés que nous rencontrerons. Enfin, il est important que chaque agent de l'établissement soit connecté à celui-ci : notre institution comporte plus de 5000 agents, un sentiment d'isolement ou d'incompréhension des buts de l'institution peut émerger. Il faudra donc travailler sur le plan managérial à accroitre ce sentiment d'appartenance.

De la même façon, notre positionnement comme acteur de santé et non plus uniquement de soin, doit nous inciter à étudier, analyser et modifier la santé des populations. Pour parvenir à ce but, notre institution doit pouvoir s'inspirer de méthodes et d'outils que les entreprises privées utilisent à savoir la communication, le marketing, l'analyse des processus et le travail en mode projet, leurs utilisations devant rester dans le cadre éthique du service au public.

Favoriser la communication

La communication interne

L'ambition définie dans le cadre de ce projet d'établissement doit être partagée par l'ensemble de l'établissement pour aboutir. Pour cela, il est essentiel de pouvoir communiquer massivement sur cette dernière. En effet, la communication interne à l'établissement a entre autres pour objectif de faire adhérer le personnel aux valeurs, aux missions et aux projets de l'établissement. Pour y arriver, il est incontournable d'informer le personnel, de lui expliquer les enjeux afin de le convaincre et de le faire adhérer aux projets. Cette adhésion accentue la motivation au travail.

La communication interne à l'établissement doit se faire à plusieurs niveaux : au niveau institutionnel et au niveau de proximité. La communication institutionnelle favorisera le sentiment d'appartenance et d'identification à l'institution ainsi que la culture de l'établissement. Elle se fera par le biais de différents outils comme des séminaires, des réunions d'information, des journées d'accueil des nouveaux arrivants ou encore des restitutions larges qui favorisent la communication directe. En parallèle, des supports synthétiques et schématiques reprennent les éléments importants qui sont transmis à l'ensemble du personnel et doivent être relayés au niveau de proximité en étant affichés dans des lieux d'échanges.
Néanmoins, l'affichage papier classique dans les services devient obsolète car la massification de l'information qui n'est pas toujours triée et actualisée la rend illisible. Des nouveaux supports, tels que des écrans de télévision dans les services peuvent rendre l'information plus attractive car plus synthétique et actualisable plus facilement. Dans la même lignée, l'utilisation d'outils tels que l'intranet et les médias sociaux sont devenus indispensables.

A l'inverse, le développement des nouvelles technologies a incité les équipes à passer au « tout mail » et a fait disparaître dans de nombreux services la communication directe qu'il est temps de réinstaurer. Aussi, la dématérialisation des échanges entraîne une déshumanisation des relations qu'il faut rétablir. C'est un enjeu crucial de la Qualité de Vie au Travail ; celle-ci passe notamment la création de temps d'échanges défini et de durée limitée pour que la communication se rétablisse au sein même des services.

Dans un contexte où les activités de l'hôpital se diversifient avec une surspécialisation croissante et un travail de plus en plus interdisciplinaire et multi professionnels, la coordination devient incontournable et la communication inter pôles et inter directions n'a jamais été aussi importante.

Au sein même des services, la création d'espaces d'échange est nécessaire car ce sont dans ces lieux que se déroule une communication informelle extrêmement riche et de qualité. En effet, on compte sur la transmission numérique d'information pour les patients et les espaces pour « débriefer » tendent, à tort, à disparaître. Par ailleurs, les réunions d'équipes ne doivent pas être purement informationnelles mais être favorables aux échanges.

L'objectif étant d'avoir une communication efficace avec une transmission d'informations pertinentes.

La communication externe

La communication externe est essentielle pour un établissement hospitalier. Elle permet à notre Centre Hospitalier d'inciter un patient à venir vers notre hôpital plutôt que vers un autre et participe à la construction de la « marque » de notre établissement. Par ailleurs, elle permet de fidéliser et d'être attractif pour le personnel.

Pour cela, de nombreux outils sont à développer encore davantage. En ce qui concerne la communication médicale, l'organisation d'événements est devenue incontournable avec des colloques, symposium ou encore des conférences. De la même façon, la culture institutionnelle et nos valeurs doivent inciter les praticiens à publier des articles scientifiques et de vulgarisation qui permettent de faire reconnaître les prises en charge au sein de notre établissement à un large public de professionnels mais aussi de citoyens.

Néanmoins, la communication médicale ne doit pas s'arrêter à un cercle de confrères médicaux et doit être bien plus large. Pour cela, le développement d'événements classiques mais efficaces tels que les inaugurations de service, les portes ouvertes ou encore la sensibilisation du grand public, doivent être accentués au sein des pôles.

La création d'une direction de la communication au sein du Centre Hospitalier de Valenciennes va permettre d'accompagner les pôles et les directions dans la mise en place de ces différents outils.

Enfin, l'utilisation des supports communs tels que le site Internet et les médias sociaux restent indispensables et assurent l'interactivité avec les citoyens.

L'objectif est d'entretenir l'image de l'institution auprès du grand public et positionner l'établissement dans un paysage socio-économique complexe. Le Centre Hospitalier de Valenciennes doit se positionner pour faire connaître son expertise et fédérer les citoyens autour de l'hôpital et ainsi le fidéliser grâce à sa notoriété.

L'éthique de la communication

Dans ce paysage médiatique, où les supports de communication historiques perdent du terrain, où les « influenceurs » sont de plus en plus nombreux et les lecteurs d'hier, récepteurs de l'information, deviennent à leurs tours émetteurs, les établissements de santé doivent s'adapter à cette évolution numérique et sociétale inéluctable et saisir par-là l'opportunité de nouveaux modèles relationnels avec ses usagers. Cette « nouvelle » communication peut-être tour à tour individuelle, communautaire et le tout à la fois, sans limite apparente avec par exemple la diffusion massive de message de prévention, la facilitation du dialogue entre médecins et patients, entre hôpital et employés....

La communication hospitalière doit trouver sa place au sein de cet environnement multidimensionnel, mais pour gagner sa « légitimité », elle doit se « démarquer » des principes de la communication d'entreprise « commerciaux et concurrentiels ». Cette communication doit ainsi non seulement se conformer aux valeurs éthiques de l'hôpital public fondées sur l'humanisme, le respect de la santé et de la dignité, la non-discrimination et l'égalité d'accès aux soins mais aussi garantir le respect des règles légales, de la confidentialité et des individus. Le 25 mai 2018 le règlement européen Général sur la Protection des Données Personnelles (RGPD) sera mis en application pour une plus grande responsabilisation des organismes.

A l'hôpital, l'éthique du management peut être mise sous tension par les enjeux du mode de financement (tarification à l'activité), de la stratégie de l'offre de soins et de la gestion des ressources humaines dans un contexte où la difficulté de concilier contraintes financières et exigences d'efficience s'accroît sans cesse. Le professeur Pierre LE COZ, souligne très justement que «le risque de la valorisation abusive de l'acte technique [est d'] entraîner un alignement pur et simple de l'hôpital sur le modèle de l'entreprise, aboutissant à faire de la santé un produit comme un autre (...). Le danger dit-il serait que «la réduction des coûts économiques» se fassent au prix d'une perte de la «signification sociale de refuge de la souffrance humaine» attachée aux valeurs de l'hôpital. Pour contrer ce risque, un code de management éthique est nécessaire. Il pourrait s'appuyer sur un certain nombre de principes : un management reposant sur un système de valeurs soutenu par des textes règlementaires et un directeur de l'éthique, un code de conduite ou de déontologie par métier, des actions de formation interne, l'association étroite des personnels, une démarche éthique évaluée et régulièrement soumise aux débats notamment dans le cadre légal du comité local d'éthique...

Une démarche de management éthique implique pour les établissements de santé que leur communication institutionnelle évolue dans ses stratégies et dans son organisation en faisant appel notamment à des professionnels spécifiquement formés et à même d'accompagner ces changements de paradigme.

Développer le marketing hospitalier

Un établissement ne peut prendre de bonnes décisions que s'il voit les choses telles qu'elles sont réellement. De la même façon, notre positionnement comme acteur de santé et non plus uniquement de soins nous incite à étudier, analyser et modifier la santé des populations.

Pour répondre à ce besoin, le Centre Hospitalier de Valenciennes va développer davantage le marketing hospitalier. En effet, fonction clé au sein de la structure, le marketing stratégique permet d'enrichir la décision stratégique de l'hôpital et des pôles afin d'assurer une meilleure prise en charge et une meilleure réponse aux attentes des usagers de l'hôpital. Le marketing concourt à améliorer la performance d'un établissement en enrichissant les systèmes et les organisations de l'établissement notamment par des analyses et la mise en place d'études et d'outils marketing.

Il s'agit de mettre en adéquation une politique visant à dégager des ressources avec les besoins et attentes des patients/clients, mais aussi des prescripteurs. Le marketing stratégique analyse le cadre conjoncturel, les tendances lourdes, les risques de ruptures et donc permet une meilleure connaissance de l'environnement, des marchés et de l'établissement dans le but d'améliorer l'attractivité et la satisfaction des patients, des prescripteurs, des partenaires.

Le développement de la démarche marketing au sein de l'établissement vise à :

- Apporter une plus-value au dispositif actuel : notamment des études marketing pour enrichir les business plans, les projets
- Affiner la stratégie globale sur une approche produite, mieux connaitre le positionnement, avoir une approche fine et pro active
- Analyser et anticiper les attentes des patients /prescripteurs
- Mieux répondre aux missions de l'établissement par une couverture des besoins tout en améliorant la satisfaction de tous : patients, usagers, personnels, prescripteurs
- Etre concurrentiel, tout en répondant à la logique de territoire
- Etre proactif et réactif face aux évolutions du marché, notamment concernant la veille technologique
- Favoriser une croissance à long terme

Ainsi les prestations de mise à disposition des pôles cliniques s'étendent de l'étude documentaire pour connaître le contexte d'un marché à l'étude d'opportunité marketing pour la création d'un service ou d'une filière ou encore pour l'acquisition d'un équipement en passant par l'étude de marché qui identifie les caractéristiques d'un marché ou encore par une étude d'image et/ou de notoriété par rapport à la perception des consommateurs.

Le marketing hospitalier contrairement à l'approche industrielle plus « mercantile », permet d'apporter encore plus de qualité dans la décision managériale et dans l'évaluation des besoins. Il apporte de la valeur à l'hôpital, mais pas uniquement financière : une valeur en qualité, en communication, en attractivité, en image, en connaissance des comportements des patients et usager. En agissant en amont de la décision, il la rend plus objective et donc plus fiable. La construction du marketing en aval permet de développer des services plus adaptés aux attentes des populations, mais aussi des prescripteurs, des institutionnels, des politiques et d'engendrer des cercles vertueux par la satisfaction globale du service rendu.

Pour être efficace, la démarche marketing doit être initiée systématiquement dans la décision managériale, mais aussi dans le réajustement des offres de soins et de service pour être en temps réel au plus près des attentes. C'est pourquoi, le marketing hospitalier doit être toujours plus ancré culturellement dans nos pratiques.

Faire évoluer la culture institutionnelle et travailler en mode projet

Le Centre Hospitalier de Valenciennes a une délégation très large vers les pôles cliniques qui est unique en France et fait de notre hôpital un établissement pionnier concernant le management hospitalier. Les pôles font déjà preuve d'autonomie dans leur gestion et font face à leur responsabilité. Néanmoins, cette culture doit concerner l'ensemble des professionnels de l'établissement et non uniquement les trinômes de pôle.

Pour cela, l'institution incite à la mise en place d'outils qui favorisent la créativité mais également la résolution de problèmes par soi-même afin que chacun entreprenne de nouveaux projets y compris en proximité dans les services. Chacun peut devenir référent sur une thématique spécifique et devoir prendre des décisions par lui-même.

Dans ce sens, le Centre Hospitalier de Valenciennes veut créer et développer de nouveaux projets, de nouvelles organisations

et proposer un cadre favorisant ces démarches en promouvant les initiatives, la recherche de ressources et de partenaires, la capacité à travailler en mode projet et mettre tous les moyens à disposition pour atteindre les objectifs.

A cet effet, l'établissement a mis en place une cellule « méthode et projets » afin d'accompagner les pôles et les directions dans la définition et la mise en œuvre de leurs projets complexes. Cette cellule a pour objectif de mettre à disposition des pôles un support méthodologique et des outils. Elle analyse avec eux les impacts de leur projet sur leurs organisations actuelles et définit la cible du projet. Elle sécurise également le pilotage des projets en cadrant la mise en œuvre par une feuille de route détaillant les acteurs, les phases, les jalons ou encore les indicateurs et instaure des reporting ainsi que des évaluations des risques réguliers. Enfin, la cellule méthode et projets propose des formations méthodologiques à destination des professionnels qui le souhaitent.

SOUTENIR L'HÔPITAL DE DEMAIN : LES PROJETS TRANSVERSAUX

Projet managérial

Ambition

Au cœur des réformes organisationnelles et financières du système de santé, l'hôpital est face à un défi majeur : devoir repenser son organisation, ses modes de gouvernance et de prise en charge, vers une plus grande efficience, dans le cadre d'un financement qui reste mouvant.

Dans ce contexte, le Centre Hospitalier de Valenciennes a actuellement une démarche de management spécifique avec une délégation polaire importante.

Dans son nouveau projet d'établissement, le Centre Hospitalier de Valenciennes veut aller au-delà de cette délégation polaire avancée et prendre un nouveau virage en cohérence avec les valeurs et les axes stratégiques de l'établissement.
Ainsi, il nous incombe de définir le management de demain, en considérant, comme pour le reste du projet, qu'il doit gagner en **agilité**, en **ouverture**, accentuer l'innovation **et la recherche** managériale et l'esprit **entrepreneurial.** Ce dernier point implique donc des interrogations concernant la **vision**, la **motivation**, la **résilience** et la **connexion** des différents acteurs entre eux.

Constats

Les constats concernant le management de l'établissement ont été réalisés au cours de l'atelier managérial au départ selon la méthode du méta plan. Toutes les catégories professionnelles étaient représentées dans cet atelier.

Le management participatif et de proximité

Aujourd'hui le management du Centre Hospitalier de Valenciennes s'appuie sur une délégation polaire très avancée puisque les trinômes de pôles gèrent environ 95 % du champ managérial. Par ailleurs la médicalisation extrême des différentes commissions de l'établissement est un élément central et positif qui permet de médicaliser la prise de décision au sein de l'institution. L'idée qui a été à l'origine de cette délégation était que le management devait se rapprocher du terrain et ne plus être descendant, il y a donc intrinsèquement une idée de management participatif. Celui-ci a permis d'améliorer considérablement les performances économiques de l'établissement, la sécurisation et la qualité des soins, ainsi que l'adaptation des ressources humaines aux besoins.

Pour autant, aujourd'hui, cette délégation doit être modifiée, amplifiée et accentuée vers les acteurs de terrain : en premier lieu, la position du chef de service doit être redéfinie, ainsi que celle des cadres de proximité. Par ailleurs, les praticiens et les paramédicaux de terrain, doivent entrer dans ce management participatif au même titre que l'encadrement. Ainsi, il faut **accentuer le management de proximité**, en fournissant aux acteurs de terrain les capacités de manager : formation, outils, organisation du temps de travail etc.

Bien sûr l'ensemble du projet médical mettant le citoyen-patient au cœur du projet, le **management participatif doit s'étendre au patient et au citoyen**, dans toutes ces composantes : le management de l'établissement doit donc à l'avenir intégrer le citoyen, nos collègues de villes, les structures associatives, le monde politique, éducatif, culturel etc.
Ainsi, la cible managériale doit être modifiée en intégrant ce projet d'établissement dans toutes ses dimensions, et le **partage de cette philosophie** devient également un axe managérial important.

Le dynamisme et la motivation des équipes

L'essor de notre établissement au cours des dix dernières années est le marqueur de l'implication, de la motivation et du dynamisme des équipes. L'innovation qu'elle soit managériale, mais également organisationnelle ou technologique est au cœur des préoccupations. Pour autant aujourd'hui se pose le problème d'une taille d'institution devenant très importante, avec des problématiques de **reconnaissance du travail accompli, d' « appartenance » à l'institution** qui émerge de façon importante. Par ailleurs, l'intégration des nouvelles générations dont les **leviers de motivation** sont différents, nécessite une réflexion approfondie et novatrice concernant ceux-ci.

Enfin, la **qualité de vie au travail, les liaisons entre vie professionnelle et vie personnelle** sont des problématiques dont le management général de l'établissement doit se saisir, car la motivation de chacun en dépend en partie.

La collaboration entre les acteurs et la communication

Nos métiers de soin impliquent de facto une collaboration importante entre des acteurs parfois très différents les uns des autres. Ces collaborations sont souvent implicites mais nécessitent pour certaines d'entre elles des formalisations plus avant. Par ailleurs, il a été fait état d'un ressenti quant à la **communication interne**, qui serait dépendante des équipes managériales. Or, la politique de communication interne est une composante institutionnelle importante. Elle peut se décliner sur plusieurs niveaux mais doit de toute façon avoir une cohérence et une homogénéisation avec les valeurs, missions, enjeux et objectifs de l'établissement. Ainsi, la communication au sein des pôles et entre les pôles dépend des acteurs en place, et le dialogue avec les équipes de terrain est donc de qualité différente d'un pôle à l'autre. Par ailleurs, **l'implication des professionnels de terrain dans la décision** est elle aussi très fluctuante de la part des pôles et nécessite la remise en place de **structures de dialogue** au sein de ceux-ci.

Enfin, la question du **périmètre des pôles** a été posée au cours de ces travaux. Elle fait écho au constat que la structuration des pôles est en silo et peut être en contradiction avec la notion de parcours du patient. Ainsi, le périmètre des pôles pourrait s'imaginer de façon différente, notamment par regroupement de spécialités d'organe, ou de portefeuille de parcours. Cette question reste d'abord difficile à l'heure actuelle et nécessitera probablement une réflexion longue qui dépendra aussi de notre capacité de modification du management actuel.

L'investissement individuel et l'accompagnement dans les fonctions de manager/leader

L'équipe est au cœur de nos organisations et de nos métiers hospitaliers, elle nécessite un leadership capable de mettre en place la dynamique nécessaire à l'accomplissement de nos missions et au-delà, à l'évolution de nos métiers. Pour autant au cours de cet atelier, les questions **d'évaluation du travail accompli, des écarts entre fiches de poste et travail réellement effectué, de valorisation de l'investissement individuel, de reconnaissance de l'encadrement et de l'institution** ont été soulevées de façon extrêmement importante.

Il est également constaté que beaucoup d'acteurs de l'hôpital se trouvent en fait en situation managériale ou de leadership sur une thématique spécifique à un moment ou un autre de leurs activités.

Cela se manifeste, soit parce qu'ils participent à l'animation d'une équipe autour du soin soit parce qu'ils animent un projet particulier, notamment transversal, qu'il s'agisse de qualité de prise en charge, de projets de soins purs, de projets de recherche ou d'un projet organisationnel.

L'idée est donc que le management s'ouvre et ne soit plus concentré sur quelques acteurs, mais bien qu'il y ait une véritable prise en compte de ces différentes positions managériales. Ainsi l'ouverture managériale peut s'entendre comme une « **ouverture au management** » et est source d'émergence d'idées nouvelles, mais également source **d'émergence de talents** jusqu'alors méconnus. Ainsi, chaque acteur en situation managériale devrait recevoir les outils nécessaires à cette position, ainsi qu'un éventuel **coaching personnalisé** concernant notamment la **conduite du projet**. Ce management très participatif doit également **favoriser l'innovation,** ainsi chaque acteur doit avoir une certaine **liberté d'entreprendre**, le coaching permettant de guider le collaborateur dans ces actions.

La reconnaissance de l'implication des uns et des autres dans des projets dépassant la simple fiche de poste doit passer par la **sanctuarisation de temps dédié**, et ce quel que soit le type d'investissement : projet médical, qualité, organisationnel, recherche etc.

Afin d'atteindre nos objectifs, il est nécessaire de revoir la gestion des ressources humaines du point de vue managérial en développant davantage l'accueil des nouveaux arrivants, les entretiens individuels même pour les praticiens, le recrutement sur compétence ou encore la formation de tous les managers. La problématique rencontrée pour les formations est que le temps consacré à ces dernières n'est pas intégré dans les maquettes de service. Par ailleurs, comme dit plus haut tout un chacun peut se retrouver en situation de management de projet ou d'équipe à un moment ou un autre. En parallèle, il est indispensable de mettre en place des outils permettant d'accroître la motivation et l'esprit d'équipe mais également mettre en place des leviers de reconnaissances et de qualité de vie au travail.

Propositions

Afin d'atteindre nos ambitions et objectifs, les propositions suivantes ont émergé du groupe de travail**.** L'idée fondamentale est de développer une politique de management partagé et transparent pour tous : la construction d'une **charte de management** permettrait d'harmoniser les modes managériaux au sein de l'établissement, par son intégration et sa déclinaison au sein de chaque contrat de pôle. Les grands principes de cette charte de management doivent intégrer les différentes réflexions de ce groupe de travail managérial, les chefs de pôle et leurs équipes doivent se saisir de ces problématiques et partager leurs innovations managériales de façon à aboutir à une déclinaison harmonieuse et cohérente de ces principes au sein de l'ensemble de l'établissement.

Bien sûr les travaux de ce groupe ne peuvent aujourd'hui être considérés comme exhaustifs, et la capacité d'innovation des managers actuels permettra sans aucun doute l'émergence d'autres idées.

En tout état de cause, à la fin des travaux actuels cette charte de management devra se saisir des propositions suivantes remontées par le groupe :

Une politique de management partagée

L'un des principes fondamentaux du management est le partage du même objectif. Ainsi, le partage de la philosophie générale notamment de ce projet d'établissement, mais également du mode managérial qui en découle est un prérequis indispensable à toute autre démarche. Ainsi, il est indispensable de mettre en place de façon systématique des espaces de dialogue et de partage afin de démontrer que chacun peut apporter sa pierre à l'édifice et contribuer au développement des activités du Centre Hospitalier de Valenciennes pour mieux répondre aux besoins de santé. Ceux-ci doivent permettre également d'accentuer le sentiment d'appartenance des collaborateurs à une institution dans son ensemble en lui permettant d'en comprendre les buts et en lui donnant la compréhension de sa place au sein de celle-ci. Des espaces de dialogue doivent également être ouverts aux patients et citoyens, dans la ligne droite de notre projet. Par ailleurs, l'obtention d'un label « qualité de services au patient » ou « hôpital engagé à servir le public » serait un gage de qualité envers la patientèle de l'établissement.

Management participatif et agile

Il est nécessaire aujourd'hui d'accentuer le management de proximité. Pour se faire il faut reconnaitre la position managériale de leadership des uns et des autres y compris dans leur vie professionnelle quotidienne, fournir aux collaborateurs un accompagnement réel (coaching), des outils de conduite de projet, les ouvrir culturellement au management général. Il est également nécessaire de sanctuariser les temps dédiés à ces actions particulières. L'implication des professionnels dans la prise de décision est également un élément de réflexion. Enfin, il faut redonner à chacun la liberté d'entreprendre, en accentuant l'agilité du management, notamment en simplifiant les processus internes (notion de choc de simplification) et en privilégiant un nouveau modèle de réunions avec des durées courtes, des horaires respectés, des participants nécessaires et des créneaux corrects respectés par tous.

Management bienveillant et innovant

L'évaluation est manifestement aujourd'hui au centre des préoccupations car elle fait écho à un besoin fortement exprimé de reconnaissance. Ainsi, les problématiques d'écart entre les fiches de poste et le travail réel, de valorisation de l'investissement individuel et collectif, de reconnaissance de l'encadrement et de l'institution sont aujourd'hui au centre des discussions. Par ailleurs, les actions concernant la qualité de vie au travail doivent être accentuées car sont également un gage de reconnaissance. Enfin le management participatif, la liberté d'entreprendre, doivent permettre l'émergence de nouveaux talents.

Structures managériales

Le périmètre des pôles est aujourd'hui mis en question par le travail en parcours qui est très transversal alors que les pôles ont une vision verticale de la prise en charge.

Ceci ne remet pas en cause les pôles et le modèle de décentralisation Valenciennois tels qu'ils sont aujourd'hui, mais nécessitera des adaptations, qui dépendront aussi de notre capacité de renouvellement du management de l'établissement.

Un projet managérial en cohérence avec nos axes stratégiques

En préambule, il est important d'introduire la distinction entre management et gouvernance. Les deux doivent être cohérents. L'une des cibles «idéales » serait de passer vers des modes de gouvernances organiques. Ils utilisent l'agilité et des processus de fonctionnement adaptatifs aux besoins du moment ; ressentir et s'adapter plutôt que prévoir et contrôler. Ils prennent soin d'abord des individus qui les composent, puis du système. Utiliser la gouvernance partagée dans une organisation très fortement soumise aux contraintes extérieures permet de trouver des solutions collectives à des problématiques complexes. Utiliser en mode partiel sur des secteurs d'activités spécifiques dans une importante structure comme le Centre Hospitalier de Valenciennes, facilite la souplesse et l'humanisation des procédures habituelles souvent rigidifiées par l'ancienneté.

Agilité : Il faut introduire l'agilité dans les principes managériaux de l'établissement et notamment entrer dans une démarche de simplification, de fluidification et d'optimisation des processus. Cela doit promouvoir les initiatives et la liberté d'entreprendre au sein de l'établissement.

Ouverture : Le Centre Hospitalier doit développer un management « ouvert » à tous les niveaux quels que soient les métiers et au service des patients. En parallèle, le management mis en place doit favoriser l'ouverture vers la ville, les autres structures, les politiques, … En effet, l'hôpital est un passage dans le parcours du patient et doit donc être ouvert pour favoriser la coordination et les projets transversaux avec la ville et le territoire.

Enseignement, Recherche et Innovation : l'hôpital n'a jamais créé son propre « modèle » de management. Le Centre Hospitalier de Valenciennes a pour ambition de proposer des innovations managériales et surtout en cohérence avec ses valeurs et ses axes stratégiques de proposer un management favorisant l'innovation au sein de l'établissement.

Esprit entrepreneurial : les managers du Centre Hospitalier de Valenciennes doivent mettre en place des outils et démarches favorisant pour les professionnels l'engagement à leur service, leur pôle et leur établissement ainsi que leur capacité à innover et entreprendre. En parallèle, le développement de la communication et du marketing hospitalier associé à un travail en mode projet doit permettre d'entretenir l'image de marque de l'établissement.

Projets difficiles à mettre en place	Projets plus faciles à mettre en place
▪ Développer des leviers de reconnaissance ▪ Insérer un contrat managérial dans le contrat de pôle ▪ Dédier du temps au management ▪ Déployer des outils innovants de management ▪ Revoir le modèle des réunions ▪ Valoriser le travail réel (mise en place d'indicateurs sur le travail effectué) ▪ Création d'un label qualité de service/hôpital engagé ▪ Revoir le contour des pôles ▪ Mise en place d'un management par parcours en sus ou à la place de celui par pôle ▪ Faire émerger les talents	▪ Proposer un coaching pour tous les nouveaux postes d'encadrement ▪ Création d'espaces de discussion transversaux ▪ Création d'une boîte à outils et d'une plateforme ressources dans laquelle chaque pôle pourra piocher ▪ Construire une charte de management dans l'établissement ▪ Mettre en place des débats d'idées créatrices ▪ Mettre en avant des « success stories » ▪ Apporter de la qualité de vie au travail

Projet logistique

Ambition

Le groupe de travail a défini une double ambition pour le Centre Hospitalier de Valenciennes sur le périmètre logistique pour la période 2018- 2023, se traduisant par la définition d'une politique hôtelière ainsi que par celle d'une politique logistique. Les plans d'actions que recouvrent ces deux politiques ont été définis en cohérence avec les axes stratégiques de l'établissement :

Agilité

La logistique et l'hôtellerie font appel à ces « métiers invisibles » de l'hôpital dont l'implication dans le fonctionnement du service hospitalier est pourtant essentielle. La bonne marche de ces services support et leur inscription dans une démarche d'amélioration continue est vitale pour répondre au mieux et s'adapter à l'évolution des attentes des patients et, de manière plus large, à celles de l'ensemble des clients de ces services (y compris les autres professionnels de santé). Les évolutions de l'hôpital public sont rapides, la logistique et l'hôtellerie doivent s'adapter au rythme de ces évolutions pour les accompagner au mieux, voir les anticiper si nécessaire. En parallèle, il convient de garder un haut niveau d'exigence pour la maintenance, le bon fonctionnement et la qualité générale des équipements nécessaires à l'exercice de notre activité (équipements biomédicaux, literie, brancards, navettes repas, etc.) : la sécurité et la qualité des soins et de l'hôtellerie en dépendent.

Ouverture

En référence aux « métiers invisibles » mentionnés plus haut, l'objectif est de donner une plus grande visibilité aux professionnels des secteurs concernés, en interne à l'hôpital mais aussi à l'extérieur de celui-ci. La mise en œuvre des

actions de la politique hôtelière et de la politique logistique doit y contribuer. Par ailleurs, l'hôpital public n'a pas la prétention d'être au fait de l'ensemble des évolutions sur certaines activités où les analogies avec les entreprises privées sont nombreuses. L'ouverture sur la ville et sur l'environnement social et économique doit être une source d'amélioration de nos pratiques dans le domaine de l'hôtellerie et de la logistique.

Enseignement/recherche/innovation

La recherche dans le domaine de l'hôtellerie et de la logistique hospitalière reste embryonnaire. Il s'agit pourtant de domaines sur lesquels la recherche en organisation de la santé notamment est susceptible d'explorer de nouvelles pistes. L'organisation logistique, avec notamment sa transformation digitale déjà bien engagée dans plusieurs secteurs d'activité, s'y prête particulièrement. La reprise d'innovations mises en place dans d'autres secteurs et leur transposition dans le milieu hospitalier constitue aussi un axe majeur sur lequel le Centre Hospitalier de Valenciennes peut se positionner en précurseur. La convergence déjà engagée entre système d'information et dispositifs biomédicaux, pour faire le lien entre monde physique et monde virtuel (l'internet of things, les objets connectés), ne va faire que s'accroître et le CH de Valenciennes doit s'y préparer et même se positionner en pointe sur cette évolution inéluctable.

Hôpital entrepreneurial

La logistique et l'hôtellerie sont des secteurs d'activité sur lesquels l'hôpital peut s'inspirer très largement des bonnes pratiques du secteur privé, avec pour objectif d'améliorer l'expérience client et la visibilité positive de l'établissement sur des actions ne se rattachant pas directement aux soins. L'hôpital public a un mode de fonctionnement qui diverge fortement de celui d'une administration publique classique, avec lequel il n'a plus grand-chose à voir. Son intégration dans un environnement fortement concurrentiel milite pour une démarche volontariste visant à créer ou à renforcer les atouts lui permettant de se distinguer de ses compétiteurs locaux et à adapter dans son environnement public des pratiques entrepreneuriales.

Constat

Le groupe logistique a été amené dans un premier temps à définir son périmètre de réflexion. En effet, ce groupe de travail n'était pas prévu initialement, mais a été ajouté suite au séminaire de lancement du projet d'établissement du 18 octobre 2017 où cette thématique a été reprise par plusieurs participants.

Retenir une définition étriquée de la logistique, à savoir celle du **supply chain management** tel qu'elle est communément comprise, se traduisait par la mise de côté des prestations hôtelières, alors qu'elles revêtent une importance cruciale dans l'amélioration de l'offre au patient et ont à ce titre toute leur place dans une démarche de formalisation de projet d'établissement. Cela était d'autant plus nécessaire qu'aucun autre groupe de travail n'avait pour mandat de le traiter, en tout cas pas de manière globale, même si certains groupes du fait de leur thématique (groupe entrées sorties du patient, groupe parcours de soins et groupe ambulatoire) ont eu à en discuter dans le cadre de leurs ateliers.

Pour dépasser ces difficultés conceptuelles, deux axes de travail ont été dégagés lors des trois ateliers :

- ✓ La question des prestations hôtelières et de leur évolution souhaitée pour les cinq ans qui viennent est apparue incontournable. Celle-ci était quasiment absente du précédent projet d'établissement, l'essentiel des contributions du pôle logistique ayant porté sur le schéma directeur architectural en appui du projet médical 2013 – 2017. Les conditions d'accueil hôtelier, sous toutes ses facettes, ont pourtant un impact significatif et souvent bien plus perceptible par le patient que la qualité des soins. En effet, hormis défaut grave de prise en charge, il est souvent difficile pour le patient et son entourage d'avoir dans le domaine, une appréciation totalement éclairée sur la qualité des soins qui lui sont dispensés. Il n'en va pas de même pour les prestations hôtelières. Chacun peut juger, en fonction de son expérience propre, de la qualité de la literie, du confort global de la chambre et des qualités organoleptiques des mets qui lui sont proposés. Il en va de même pour les services multimédia qui lui sont proposés, s'agissant d'un domaine où les évolutions sont rapides et constantes, les objets connectés devenant la norme, y compris parmi les générations les plus âgées (sans compter les générations « Millenials » et Z). Par ailleurs, l'argument hôtelier, à défaut de pouvoir trouver

d'autres angles d'attaque, est souvent mis en avant par le secteur privé à but lucratif pour apporter un élément de distinction avec le secteur public, au demeurant pas toujours fondé en pratique.

- ✓ De manière plus classique, la chaîne logistique a naturellement fait l'objet d'une attention particulière. Selon le « Council of Supply Chain Management Professionnals », la logistique est « l'intégration de deux ou plusieurs activités dans le but d'établir des plans, de mettre en œuvre et de contrôler un flux efficace de matières premières, produits semi-finis et produits finis, de leur point d'origine au point de consommation. Ces activités peuvent inclure -sans que la liste ne soit limitative- le type de service offert aux clients, la prévision de la demande, les communications liées à la distribution, le contrôle des stocks, la manutention des matériaux, le traitement des commandes, le service après-vente et des pièces détachées, les achats, l'emballage, le traitement des marchandises retournées, la négociation ou la réutilisation d'éléments récupérables ou mis au rebut, l'organisation des transports ainsi que le transport effectif des marchandises, ainsi que l'entreposage et le stockage ». Cette définition précise de la logistique permet de couvrir l'ensemble des produits dont la présence est nécessaire à l'activité hospitalière. Elle permet aussi d'intégrer la gestion des flux patients, que ceux-ci soient internes (brancardage) ou externes (transports sanitaires). Compte tenu des évolutions pressenties au niveau national visant à prolonger la démarche de mutualisation des achats, elle permet aussi d'aborder le champ large du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) du Hainaut-Cambrésis pour lequel la performance logistique constituera un des défis à relever.

Propositions

La politique hôtelière est définie comme suit : « améliorer l'expérience client par l'innovation hôtelière ». Elle se traduit par un plan d'actions en dix points :

1. Mise en place d'un label hôtelier au Centre Hospitalier de Valenciennes -> Inscription du service hôtelier dans l'engagement institutionnel de service « hospitalité »
2. Évolution du rôle des hôtelières (fonction de gouvernante) : améliorer le bien-être patient hors soins, recentrer le soignant sur la fonction soins en le déchargeant de la fonction hôtellerie
3. Alimentation comme vecteur d'hospitalité : patient acteur de ses choix alimentaires, réduction drastique du nombre de régimes différents
4. Améliorer le confort matériel de la chambre et veiller à son maintien à niveau (équipement de la chambre hors multimédia, inventaire)
5. Politique multimédia patients (développer des solutions multimédias innovantes)
6. Différencier l'offre hôtelière en fonction du type de prise en charge et de l'autonomie du patient (ex de l'ambulatoire, mise en place de salons de sortie), ainsi que de la catégorie de clientèle (patients étrangers, prise en charge spécifique)
7. Développer une offre à table alternative -> concept de brasserie dans le hall d'accueil Jean Bernard, création d'espaces de restauration pour les patients pour éviter si cela est possible médicalement le service au lit.
8. Créer une expérience client globale pour les accompagnants : accueil en chambre, restauration, hébergement à proximité
9. Développer une offre « Hôtel hospitalier » pour les patients (pré et post hospitalisation) et les accompagnants (accueil des parents de néonatalogie par exemple).
10. Amélioration de l'expérience patient et la qualité de vie au travail pour les salariés : diversification des services proposés au Centre Hospitalier de Valenciennes (conciergerie, supérette, espace enfants, relais colis, distributeur pains/billets)

La politique logistique est définie comme suit : « Optimisation et modernisation de la chaîne logistique ». Elle se traduit par un plan d'actions en six points :

1. Etude de l'automatisation totale ou partielle des transports internes du Centre Hospitalier de Valenciennes
2. Porter une réflexion de territoire pour les fonctions logistiques (achats, approvisionnements, transport, stockage) sur le groupement hospitalier de territoire du Hainaut-Cambrésis.
3. Mutualisation des fonctions logistiques du Centre Hospitalier de Valenciennes (pôles 3 et 14) en vue de leur optimisation (entrepôt et stockage dans les services)
4. Améliorer la traçabilité et le contrôle qualité sur l'ensemble de la chaîne logistique en s'appuyant sur sa digitalisation et « Internet of Things (IoT) ».

5. Gestion de l'intégralité du cycle de vie du produit : mise en avant de la responsabilité environnementale du Centre Hospitalier de Valenciennes
6. Organiser la gestion des transports sanitaires : fluidifier l'entrée et la sortie du patient

Mise en œuvre et priorisation

Politique hôtelière : Améliorer l'expérience client par l'innovation hôtelière

Action 1 : Mise en place d'un label hôtelier au Centre Hospitalier de Valenciennes
-> Engagement de service du pôle logistique

Constat : Absence de certification ou de label propre à l'hôtellerie hospitalière, nécessité de donner une visibilité au secteur hôtelier, démarche marketing pour faire face à la concurrence du privé dont l'argument « confort hôtelier » est souvent mis en avant afin de se distinguer du secteur de l'hospitalisation publique.
Proposition : il s'agit d'un projet « chapeau » en accompagnement des autres projets de la politique hôtelière détaillés ci-dessous et s'inscrivant dans la démarche institutionnelle d'engagement de service. Sur le plan hôtelier, la mise en place de ce label devra se traduire par une adaptabilité de l'environnement hôtelier en fonction de la typologie de patients et un travail sur le confort et l'agrément global de la chambre et des lieux d'accueil des patients (cadre apaisant, éclairage, ambiance olfactive). Dans la mesure où celui-ci est le premier contact de la patientèle avec l'hôpital, un effort particulier sera fait pour maintenir un haut niveau qualitatif à l'environnement paysager (entretien de la voirie, des espaces verts et propreté globale du site).
Mise en œuvre et priorisation : projet à engager en parallèle des actions menées sur l'amélioration de l'offre hôtelière décrites ci-dessous.

Action 2 : Evolution du rôle des hôtelières

Constat : les missions d'hôtellerie restent pour partie à la charge des personnels soignants et se font parfois au détriment de l'activité de soins. Même si l'intégration de la fonction hôtelière, notamment la tâche de distribution des repas, dans l'activité de soins, reste sujette à débat, le parti pris adopté par le Centre Hospitalier de Valenciennes de longue date est de dissocier les deux. L'objectif est de conforter ce choix qui s'est révélé positif en approfondissant la dissociation et parier sur un renforcement de la qualité hôtelière par une professionnalisation du métier d'hôtelière.
Propositions : enrichir et professionnaliser la fonction d'hôtelière pour répondre aux ambitions de la politique hôtelière du Centre Hospitalier de Valenciennes. Cela passe par une étude des transferts de tâches indispensables pour renforcer la dissociation entre fonction soignante et fonction hôtelière, se traduisant par un travail spécifique sur la fiche de poste ainsi que sur l'organisation du travail du service hôtelier.
Mise en œuvre et priorisation : projet à engager en 2019.

Action 3 : Alimentation comme vecteur d'hospitalité

Constat : L'enquête e-satis au niveau national, ainsi que ses résultats pour le Centre Hospitalier de Valenciennes, permet d'identifier deux sources d'amélioration de la satisfaction client : l'organisation de la sortie du patient, et la restauration. Sur cette dernière, l'enjeu est de lutter contre une image dépréciée de l'alimentation hospitalière, portée par les usagers mais aussi très souvent par les professionnels de santé eux-mêmes. Il faut sortir d'une vision noire de l'alimentation hospitalière et des idées préconçues sur la qualité de celle-ci.
Propositions : réduire la palette des offres diététiques dont la surabondance est contre-productive pour la qualité de la prestation et aboutit à un gaspillage alimentaire conséquent, adapter l'offre alimentaire au profil et au type de séjour du patient (prise en compte du virage ambulatoire entre autres), lancer des opérations de communication en s'associant à des institutions ou des chefs renommés.
Mise en œuvre et priorisation : action à engager dès 2018.

Action 4 : Améliorer le confort hôtelier de la chambre et s'assurer de son maintien à niveau

Constat : Absence d'inventaire entrée/sortie de chambre, recours insuffisant à Asset + pour la traçabilité des demandes d'intervention, le confort de la chambre n'est pas priorisé par le personnel soignant dont les missions principales sont autres.
Propositions : la lampe cassée non remplacée, la chasse d'eau qui fuit, etc. font partie des irritants pour le patient et son entourage avec des conséquences disproportionnées sur le ressenti de l'accueil au Centre Hospitalier de Valenciennes. Outre le renforcement de la maintenance préventive, un suivi au plus près du terrain semble incontournable. Il est proposé de réfléchir à l'évolution du profil de poste des hôtelières ou d'intégrer un métier de gestionnaire entrée/sortie/confort du patient dans la réflexion sur les nouveaux métiers de l'hôpital (piste notamment de reconversion professionnelle pour des agents dont les aménagements de poste ne permettent plus d'être directement positionnés aux soins).
Mise en œuvre et priorisation : expérimentation à engager dès le second semestre 2018.

Action 5 : Mise en place d'une politique multimédia Patients

Constat : Meuble multimédia actuel dépassé technologiquement, insatisfaction des patients et du personnel médical et soignant sur la qualité de service rendu et la commodité de la solution actuelle. De manière globale, l'offre multimédia pour le patient n'est pas à la hauteur au vu des évolutions technologiques déjà constatées et en décalage complet avec les attentes des patients.
Propositions : remplacement du meuble multimédia actuel par une nouvelle solution pour enrichir de manière significative l'offre patient, mettre en place une solution ouverte permettant d'offrir des services aux professionnels de santé, mise en place d'une politique multimédia patient dépassant le cadre strict du remplacement du meuble multimédia (extension de la palette d'offres prenant en compte l'importance toujours croissante du numérique dans la vie quotidienne).
Mise en œuvre et priorisation : criticité des problèmes actuels sur le multimédia ne va faire que s'accroître, nécessité d'engager le projet en 2018. Pour la solution multimédia, échéance de mai 2020 lié à la fin de délégation de service public.

Action 6 : Différencier l'offre hôtelière en fonction du type de patient et de son séjour

Constat : Offre hôtelière insuffisamment adaptée au mode de prise en charge, impact du virage ambulatoire à prendre en considération. Le patient a des attentes différentes sur le plan hôtelier selon qu'il est en hospitalisation conventionnelle, en ambulatoire, en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ou en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). L'offre hôtelière reste insuffisamment différenciée et doit donc mieux prendre en compte cette hétérogénéité des attentes.
Propositions : refondre l'offre hôtelière existante, proposer un tableau synoptique des prises en charge et des offres hôtelières afférentes, prendre en compte les impacts organisationnels d'un tel changement lié au passage au sur-mesure de masse.
Mise en œuvre et priorisation : état des lieux à faire en 2018, propositions de pistes d'évolution en 2019, solutions à déployer sur 2019 – 2020.

Action 7 : Développer une offre à table alternative

Constat : le patient, quel que soit son état de santé, est servi au lit. Aucune distinction n'est faite en fonction de l'autonomie du patient (patient alité/non alité, autonome/non autonome) dans l'offre de restauration.
Propositions : proposition complémentaire à celle de l'action 6, renforcer la capacité de décision du patient en lui offrant le choix entre plusieurs solutions de restauration si son état de santé le permet. Il est notamment proposé d'étudier la création à titre expérimental de salles de restauration pour les patients avec un service à table.
Mise en œuvre et priorisation : action dont le calendrier doit être calé sur celui de l'action 6.

Action 8 : Créer une expérience client globale pour l'accompagnant

Constat : Conditions d'accueil de l'accompagnant jugées insatisfaisantes, pas d'actions fléchées sur cette population ou de

politique dédiée.
Propositions : élaborer une politique d'accueil de l'accompagnant, tant sur le plan des conditions matérielles d'accueil (literie) que de l'offre hôtelière (notamment repas). Cette action peut amener le Centre Hospitalier de Valenciennes à réfléchir à une offre complémentaire en lien avec l'action 9 ci-dessous, pour proposer des solutions d'hébergement à proximité mais pas directement dans la chambre du patient (cf. cas particulier de l'accueil des parents d'enfants hospitalisés en néonatalogie).
Mise en œuvre et priorisation : action à débuter en 2019.

Action 9 : Développer une offre « hôtel hospitalier » pour les patients et les accompagnants

Constat : pas d'offre actuellement, le Centre Hospitalier de Valenciennes a répondu en 2017 à l'appel à projet pour l'expérimentation de l'hébergement temporaire non médicalisé, avec possibilité d'intégrer à la réflexion l'accueil de l'accompagnant comme mentionné ci—dessus.
Propositions : élaborer la solution d'hébergement temporaire non médicalisé propre au Centre Hospitalier de Valenciennes en explorant toutes les pistes à court et moyen terme (prestations hôtelières externes, internalisation éventuelle en fonction des résultats de l'étude des besoins).
Mise en œuvre et priorisation : compte tenu du calendrier de l'appel à projet, solution à court terme à déployer avant fin de l'année 2018. Les solutions à moyen terme d'hébergement temporaire internalisées devront être étudiées à la lumière d'un retour d'expérience sur la solution de la prestation hôtelière externalisée déployée en 2018, donc pas avant 2020 au mieux.

Action 10 : Diversifier l'offre de service pour les patients et les salariés (angle qualité de vie au travail)

Constat : Attente de services complémentaires de ceux déjà existants (cafétéria, distributeurs automatiques, activités de l'amicale) pour faciliter la vie des usagers et des salariés.
Propositions : étude de la mise en place d'une solution de conciergerie pour compléter l'offre patient et améliorer plus globalement l'expérience client, revoir en lien avec le projet architectural l'aménagement global du hall de l'hôpital pour y intégrer une offre innovante et plus orientée sur l'amélioration de l'accueil des patients et l'offre de services complémentaires (supérette, restauration à table en complément de la cafétéria, relai colis…).
Mise en œuvre et priorisation : étude à engager dès le second semestre 2018.

Politique logistique : optimisation et modernisation de la chaîne logistique

Action 1 : Automatisation totale ou partielle des transports internes du Centre Hospitalier de Valenciennes

Constat : transports non automatisés au Centre Hospitalier de Valenciennes, pas de réflexion portée sur ce sujet en interne au Centre Hospitalier de Valenciennes jusqu'à maintenant alors que les solutions de transport autonomes et innovantes sont déployées ou en cours de déploiement (Google car, self-driving uber, robot roulant Kiva des entrepôts Amazon…).
Propositions : lancer une étude sur la pertinence du déploiement d'une solution d'automatisation totale ou partielle des transports du Centre Hospitalier de Valenciennes (périmètre à définir, contraintes architecturales liées au bâti existant, impact sur l'évolution des métiers du déploiement de cette solution, etc.)
Mise en œuvre et priorisation : réflexion à engager en parallèle de l'action 3 et 4.

Action 2 : Porter, en tant qu'établissement support, une réflexion de territoire sur la fonction logistique pour le groupement hospitalier de territoire du Hainaut-Cambrésis, en vue d'améliorer notre performance collective

Constat : Mutualisation des achats mise en œuvre depuis le 1er janvier 2018, volonté gouvernementale de passer de la performance Achats à la performance logistique (cf. le plan quinquennal de la Direction Générale de l'Offre de soins 2018 2022).
Propositions : trouver des relais d'efficience dans le domaine logistique et professionnaliser les métiers de la logistique hospitalière en lien avec nos partenaires du Groupement Hospitalier de Territoire.
Mise en œuvre et priorisation : calendrier tributaire des décisions qui seront prises par le comité stratégique du groupement

hospitalier de territoire, mais aussi des injonctions des pouvoirs publics. Compte tenu de la mutualisation des achats effective au 1er janvier 2018 mais encore partiellement achevée, une mise en œuvre de l'action au plus tôt en 2019 semble le plus raisonnable.

Action 3 : Mutualisation interpolaire interne des fonctions logistiques, portant sur l'ensemble de la chaîne logistique (dont transports internes et externes)

Constat : émiettement interne au Centre Hospitalier de Valenciennes de certains processus, notamment sur les transports, pas forcément totalement rationnel ni efficient.
Propositions : appliquer le principe de subsidiarité ascendante et non descendante (i.e retenir l'échelon adéquat pour une réponse satisfaisante au besoin, qui sur ce point particulier n'est pas celui du pôle) pour optimiser les transports, avec pour conséquence éventuelle une mutualisation des transports (par exemple entre pôles 3 et 14). Cette démarche peut être menée en complément de l'action 1.
Mise en œuvre et priorisation : réflexion à engager en parallèle de l'action 1 et 4.

Action 4 : Améliorer la traçabilité et le contrôle qualité sur l'ensemble de la chaîne logistique

Constat : solution logicielle de suivi du brancardage mise en œuvre au sein du Centre Hospitalier de Valenciennes depuis plusieurs années, qui donne des résultats satisfaisants même si le volet statistique lié à la collecte des données pour optimiser ces transports reste inachevé. La traçabilité et le contrôle qualité sur les autres transports du Centre Hospitalier de Valenciennes restent plus limités à ce stade et un décalage technologique s'est créé avec les autres secteurs hospitaliers où l'informatisation a été engagée de longue date.
Propositions : étude des solutions de géolocalisation et logicielles pour améliorer la traçabilité et le contrôle de qualité des transports de biens et matières au Centre Hospitalier de Valenciennes. Professionnalisation à engager en s'inspirant des bonnes pratiques de la logistique privée.
Mise en œuvre et priorisation : action à mener en la couplant avec les actions 1 et 3. Elle est cependant prioritaire car plus facile à mettre en œuvre que les deux autres. Par ailleurs, elle apparaît comme un préalable à ces deux actions compte tenu de l'importance de collecter les données et d'automatiser cette collecte pour mener à bien les études nécessaires (notamment sur l'automatisation). A engager de ce fait dès 2018.

Action 5 : Gestion de l'intégralité du cycle de vie du produit : responsabilité environnementale du Centre Hospitalier de Valenciennes

Constat : le Centre Hospitalier de Valenciennes est le premier établissement public de santé à avoir reçu la certification du système de management environnemental et d'audit de l'union européenne (EMAS). La responsabilité sociale de l'entreprise (RSE) doit trouver à s'appliquer dans les institutions hospitalières qui sont de grandes émettrices de déchets de nature variée et le Centre Hospitalier de Valenciennes a dans ce cadre un rôle à jouer pour aller plus loin dans la démarche de certification.
Propositions : en fonction des biens et des matières, réflexion à engager par les différents secteurs de la logistique concernés (approvisionnement, restauration, biomédical)
Mise en œuvre et priorisation : action pour laquelle les pistes d'amélioration sont potentiellement découplées les unes des autres, le projet peut être mené au long cours sur l'ensemble de la durée du projet d'établissement et devra même se prolonger au-delà.

Action 6 : Organiser la gestion des transports sanitaires

Constat : Absence de réelle gestion des transports sanitaires au Centre Hospitalier de Valenciennes, enjeu lié au Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins (CAQES) volet transport et à la possibilité d'un transfert de l'enveloppe de ville à la charge des hôpitaux (principe de prescripteur payeur).
Propositions : Acquisition d'un logiciel dédié transports sanitaires, mise en place d'une gouvernance pour organiser les relations avec les transporteurs sanitaires et se préparer au transfert potentiel de la responsabilité de maîtrise de cette dépense aux hôpitaux.

Mise en œuvre et priorisation : à engager dès 2018 pour mise en place d'une solution à déployer en lien avec la date d'effet du volet transport du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins qui sera très probablement fixée au 1er janvier 2019.

Projet architectural

Ambition

Les plans d'actions définis dans le cadre de la politique architecturale ont été définis en cohérence avec les axes stratégiques de l'établissement :

Agilité

L'architecture hospitalière doit s'adapter à l'évolution rapide des pratiques médicales et des technologies. Elle peut être en effet dans l'idéal facilitante pour la poursuite des projets médicaux et les conditions de prise en charge des patients ; a contrario elle peut être source de contraintes de fonctionnement et de surcoûts. Son évolutivité est aussi un critère désormais essentiel : les innovations dans le domaine de la santé sont de plus en plus importantes et nombreuses et il est dans ce cadre de plus en plus ardu de définir une vision précise à long terme de ce qu'est une architecture hospitalière optimale.

Ouverture

Bien que présentant de nombreuses spécificités, l'architecture hospitalière ne peut se concevoir en vase clos, repliée sur elle-même, alors que l'importance de la relation ville-hôpital est désormais constamment mise en avant, tout comme l'impact socio-économique de l'hôpital sur son territoire. Il a été décidé dans ce cadre d'ouvrir le champ de la réflexion en y intégrant la question de l'empreinte hospitalière dans son environnement immédiat, sachant que celui-ci pour le Centre Hospitalier de Valenciennes est très urbain. Cela nécessite notamment de réfléchir aux conditions d'accessibilité et à l'impact du Centre Hospitalier de Valenciennes sur les circulations et sur son emprise urbaine en général.

Enseignement/recherche/innovation

La conception, la construction et l'exploitation des bâtiments dans le secteur de la santé sont impactés par la montée en charge du numérique (exemple du BIM, Building Information Modeling). L'innovation numérique est un élément essentiel dans la réponse aux enjeux de la maintenance préventive par exemple.

Hôpital entrepreneurial

Pour le groupe de travail architectural, la logique entrepreneuriale se décline essentiellement sous l'angle du renforcement de la qualité de prestation auprès de l'ensemble des clients du pôle logistique en général et du département patrimoine en particulier : patients, pôles cliniques et médicotechniques et professionnels de santé. En tant que service support, ils doivent apporter une réponse claire, réactive, efficiente et adaptée aux enjeux de la médecine de demain, en recherchant à améliorer de manière continue la satisfaction client.

Constat

Le groupe de travail a entendu répondre à un double objectif **:**

1. De manière assez classique dans le cadre du projet d'établissement, réfléchir à la déclinaison, comme cela s'était fait sur le précédent exercice, du projet médical sur le plan architectural. Il s'agissait ici d'étudier l'adaptation architecturale

visant à contribuer au succès des orientations définies par le projet médical, ce qui relève du travail de définition du schéma directeur architectural. Par la force des choses, compte tenu du calendrier des groupes de travail médico-scientifiques, il était cependant difficile d'anticiper de manière exhaustive les conclusions de ces groupes, même si une remontée systématique des comptes rendus des ateliers médico-scientifiques était faite lors des groupes de travail architectural.

2. Identifier des axes de travail transversaux qui ne seraient pas uniquement la déclinaison des projets médicaux mais des projets à part entière, concernant l'ensemble de l'institution. Leur intérêt stratégique justifie leur insertion dans les axes de la politique architecturale : il en va ainsi de la réflexion sur les conditions d'accessibilité au site par exemple. Ce sujet n'est pas en lien direct avec la qualité des soins dispensée mais peut avoir un impact non négligeable sur le ressenti des clients du Centre Hospitalier de Valenciennes quant à la qualité de leur expérience au sein de l'institution. L'architecture hospitalière recouvre plusieurs réalités et le parti pris a été de ne pas retenir une définition trop étriquée de ce qu'on entend par architecture, d'où la prise en compte par exemple des enjeux liés à la maintenance préventive. Dans le même ordre d'idées, la maîtrise énergétique, outre qu'elle est indispensable pour une institution socialement responsable, concerne l'ensemble du Centre Hospitalier de Valenciennes et peut avoir un impact fort sur le plan budgétaire. Un tel projet ne peut être porté par les pôles cliniques et médicotechniques qui seront par ailleurs mobilisés sur les axes de travail définis par les groupes médico-scientifiques.

Comme mentionné plus haut, sans volonté d'exhaustivité, il a été référencé plusieurs projets conduits par un pôle clinique ou médicotechnique dont l'impact fortement structurant suppose une concertation inter polaire et/ou une décision institutionnelle au plus haut niveau sur la période 2018-2023.

Quatre projets très structurants ont été identifiés, dont trois auraient des conséquences significatives sur le fonctionnement du site principal du Centre Hospitalier de Valenciennes :

1. Relocalisation de la maternité et de la néonatalogie : à envisager sur une nouvelle galette en prolongement du site principal Jean Bernard (projet initial avec emprise sur le parking 3) ou sur le site Jean Bernard lui-même sous réserve d'une réduction d'une capacitaire et d'une relocalisation d'activités sur Monaco ➔ interaction avec le projet de plateau ambulatoire.
2. Réorganisation et extension des urgences adultes et pédiatriques : répondre à l'enjeu de la progression constante de l'activité des urgences nécessitant de réaménager les locaux et de les étendre ➔ interaction avec le projet de renouvellement du plateau technique de radiologie.
3. Renouvellement du plateau technique de radiologie : renouvellement des équipements lourds de radiologie avec impact architectural (appariement des machines par modalité) et effets de bord potentiels sur les activités adjacentes à l'imagerie.
4. Refonte de l'offre médico-sociale du Centre Hospitalier de Valenciennes : projet du pôle de gériatrie (Duvant) sans interaction avec d'autres projets car hors site principal.

Ces projets stratégiques sont repris pour mémoire mais ne sont pas intégrés en tant que tels dans les axes de la politique architecturale 2018 – 2023, même si les interactions entre les axes architecturaux et ces projets seront bien entendus multiples en cas de mise en œuvre.

Propositions

Il est proposé de formaliser la politique architecturale du Centre Hospitalier de Valenciennes pour la période 2018 – 2023 selon 4 axes, soit 9 actions au total :

1. Déclinaison architecturale du projet médical
   A. Adapter l'architecture au virage ambulatoire en médecine et en chirurgie
   B. Création d'un pôle universitaire de santé publique du Hainaut-Cambrésis
   C. Exploiter les locaux vacants pour optimiser la gestion de notre bâti

2. Prendre en compte la dimension client dans la réflexion architecturale
   A. Améliorer l'accessibilité du site principal

B. Identifier les solutions architecturales permettant de fluidifier le parcours des usagers et d'améliorer l'expérience client
C. Adapter la politique de stationnement du Centre Hospitalier de Valenciennes à l'évolution de l'activité hospitalière

3. Adapter l'architecture pour améliorer la qualité de vie au travail
   A. Attirer et fidéliser les internes, ainsi que les autres professionnels de santé en résidence, en améliorant leurs conditions d'accueil au sein du Centre Hospitalier de Valenciennes
   B. Adapter les espaces de travail à un plus grand nomadisme médical intrasite

4. Mettre en place un plan de maîtrise des énergies et contribuer au développement durable
   A. Améliorer notre efficacité énergétique et notre maîtrise des consommations d'énergie et d'eau

Mise en œuvre et priorisation

Déclinaison architecturale du projet médical

Adapter l'architecture au virage ambulatoire en médecine et en chirurgie

Constat : une unité de chirurgie ambulatoire existe au Centre Hospitalier de Valenciennes, avec structuration d'un parcours patient **ad hoc**. Des réflexions ont été engagées dans le cadre du groupe de travail ambulatoire englobant la chirurgie ambulatoire mais aussi la médecine ambulatoire.
Propositions : Définir une identité architecturale spécifique pour l'activité ambulatoire du Centre Hospitalier de Valenciennes, intégrant l'hypothèse d'un regroupement de la médecine ambulatoire en un même lieu (créer une signature architecturale spécifique permettant une meilleure visibilité de cette activité).
Mise en œuvre et priorisation : Définition du modèle architectural ambulatoire à trois ans (cf. conclusions groupe de travail « **évolution de l'ambulatoire »).**

Création d'un pôle universitaire de santé publique du Hainaut-Cambrésis

Constat : pas de structure existante, volonté de renforcement de la dimension enseignement et formation du Centre Hospitalier de Valenciennes en partenariat avec l'université de Valenciennes.
Propositions : accompagner sur le plan architectural la mise en œuvre des préconisations du groupe de travail enseignement et formation, avec l'implantation dans un premier temps d'un centre de simulation en santé.
Mise en œuvre et priorisation : Mettre en place avant trois ans une solution architecturale pour le centre de simulation et l'ingénierie de formation puis création d'une structure architecturale dédiée pour le pôle Hospitalo-Universitaire

Exploiter les locaux vacants pour optimiser la gestion de notre bâti
Constat : plusieurs structures sont vacantes, que ce soit sur site (Hôtel-Dieu) ou à l'extérieur (Les Chartriers), dont l'entretien reste à notre charge et sans possibilité de valorisation identifiée à ce stade.
Propositions : en appui des projets médicaux, identifier les solutions architecturales permettant de valoriser les bâtiments existants et éviter ainsi les « dents creuses » sur le site. Les sites extérieurs du Centre Hospitalier de Valenciennes doivent aussi être étudiés et proposés aux pôles cliniques et médicotechniques avec à défaut de projet médical, un objectif de cession des biens immobiliers sans affectation aux soins.
Mise en œuvre et priorisation : les surfaces et les locaux vacants sont connus, le calendrier de mise en œuvre est fonction de l'avancée des projets médicaux et de l'adaptation des locaux proposés aux projets.

Prendre en compte la dimension client dans la réflexion architecturale

Améliorer l'accessibilité du site principal

Constat : améliorer l'accessibilité du site principal, fluidifier les circulations autour et sur le site (cf. conclusions convergentes du groupe de travail **« Entrée sortie du patient »). Les axes adjacents au site sont surchargés à certaines heures,**

notamment l'avenue Désandrouin. Il faut éviter que cette situation ne s'aggrave et devienne préjudiciable à l'activité du Centre Hospitalier de Valenciennes. L'orientation favorable retenue au niveau de l'agglomération sur la desserte tramway est un axe essentiel pour la réussite de cette action, qu'il convient d'accompagner au mieux.
Propositions : saisir l'opportunité de la desserte tramway du Centre Hospitalier de Valenciennes pour revoir en lien avec la commune et Valenciennes Métropole les circulations autour du site. Un travail doit aussi être engagé pour inciter au recours aux modes de transport doux. La mise en place d'une signalisation dynamique est à engager, par exemple pour signaler les places vacantes dans les parkings en amont de l'arrivée sur le site du Centre Hospitalier de Valenciennes (ainsi que les solutions d'applications Smartphone pour donner l'information avant le départ du domicile).
Mise en œuvre et priorisation : Se caler sur le calendrier de déploiement du tramway dont le tracé aura un impact certain sur les circulations dans et aux alentours du site.

Identifier les solutions architecturales permettant de fluidifier le parcours des usagers et d'améliorer l'expérience client

Constat : identifier les solutions architecturales permettant de fluidifier le parcours patient et d'améliorer l'expérience client, en appui des préconisations des groupes de travail **médico-scientifiques. Conclusions convergentes des** groupes de travail **« entrée sortie du patient » et « parcours de soins » sur la nécessité de trouver des solutions architecturales pour faciliter la vie des usagers.**
Propositions : salons de sortie, hôtel hospitalier, aménagement du hall Jean Bernard avec bornes gestion patient, géolocalisation via application mobile, revoir l'accès Jean Bernard-Monaco, salles à manger pour les patients... les axes d'amélioration au niveau de la réponse architecturale sont nombreuses.
Mise en œuvre et priorisation : hormis l'hôtel hospitalier pour lequel le conventionnement avec les hôteliers est privilégié en 1ère intention, les autres pistes peuvent être mises en œuvre sur les 3 premières années.

Adapter la politique de stationnement du Centre Hospitalier de Valenciennes à l'évolution de l'activité hospitalière
Constat : le stationnement reste un motif d'insatisfaction pour les salariés du Centre Hospitalier de Valenciennes. Faute de solutions alternatives, le recours à l'automobile reste privilégié par les salariés et les usagers.
Propositions : adopter une approche globale du stationnement intégrant l'ensemble des populations concernées : salariés, fournisseurs, usagers, transports sanitaires.
Mise en œuvre et priorisation : **réflexion à engager en 20**19, après livraison du parking 1 bis de 500 places, et en amont de l'arrivée de la psychiatrie.

Adapter l'architecture pour améliorer la qualité de vie au travail

Attirer et fidéliser les internes, ainsi que les autres professionnels de santé en résidence, en améliorant leurs conditions d'accueil au sein du Centre Hospitalier de Valenciennes

Constat : internat souvent complet au semestre d'hiver, sa capacité d'accueil étant réduite par la présence de chambres de garde. Solution alternative de l'Hôtel-Dieu vieillissante et peu attractive, d'où un risque de dégradation d'image pour l'accueil au Centre Hospitalier de Valenciennes. Par ailleurs, il est nécessaire de rationaliser l'offre pour mettre au fin au « mitage » de l'hébergement (y compris pour les gardes) qui se fait au préjudice d'autres activités hospitalières, avec des surfaces au sein de Jean Bernard par exemple qui seraient bien plus utiles si elles étaient affectées au soin et non à l'hébergement de professionnels.
Propositions : **réfléchir à une solution d'hébergement des internes différente, sachant que la localisation actuelle face aux urgences n'est pas idéale pour de l'hébergement (l'affectation unique à des chambres de garde de ce bâtiment est à étudier).**
Mise en œuvre et priorisation : projet à mettre en perspective avec les autres projets architecturaux du Centre Hospitalier de Valenciennes, sachant que le retour sur investissement est pour une large part intangible.

Adapter les espaces de travail à un plus grand nomadisme médical intrasite

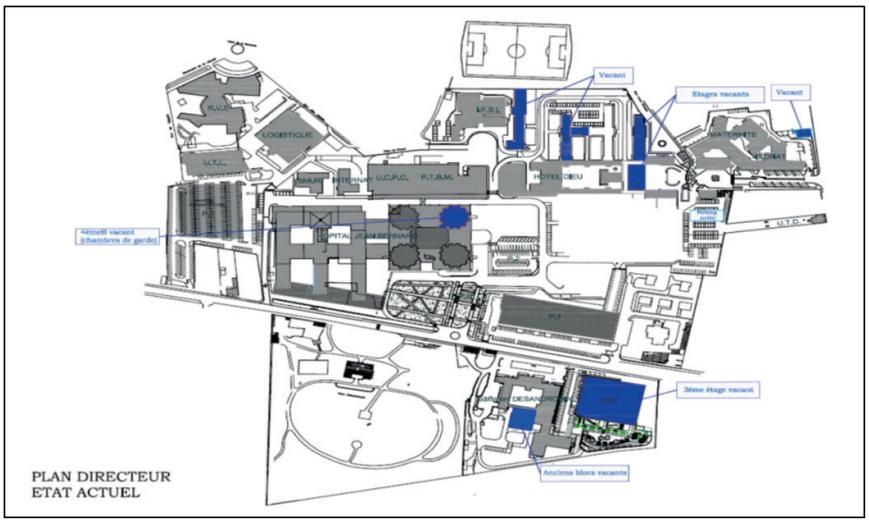
Constat : adapter les espaces de travail à un plus grand nomadisme médical intrasite (spécialisation des plateaux,

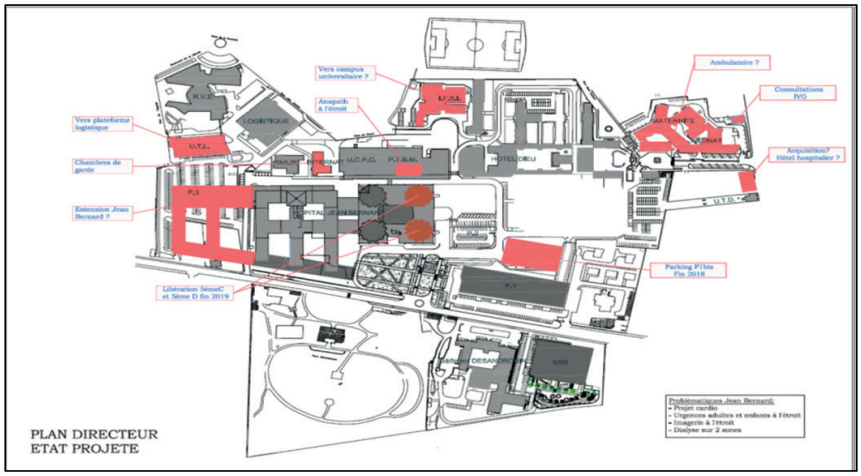
décloisonnement des activités entre services). Développement de l'activité ambulatoire et du principe selon lequel le médecin va au patient et non l'inverse suppose une mobilité accrue. Celle-ci ne doit pas se faire au détriment de la qualité de vie au travail des professionnels concernés.**Propositions** : **développer les espaces de travail partagés type co-**working en généralisant les open space. Rationaliser l'utilisation des espaces hospitaliers avant tout destinés à l'activité de soins. L'objectif de rationalisation doit s'accompagner d'une réflexion sur les conditions de travail liées à cette mobilité (ordinateurs portables, docks de recharge présents, accès en Wi-Fi aux imprimantes, conditions matérielles de travail dans ces espaces à upgrader, etc.)
Mise en œuvre et priorisation : travail préalable à effectuer sur l'environnement de travail et les outils nécessaires à l'accomplissement des missions, ainsi que sur la modularité des espaces pour être réactif.

Mettre en place un plan de maîtrise des énergies et contribuer au développement durable

Améliorer notre efficacité énergétique et notre maîtrise des consommations d'énergie et d'eau

Constat : hausse prévisible du coût des énergies à anticiper (notamment sur l'électricité où une hausse est annoncée, en lien avec le grand carénage des centrales nucléaires françaises). La maîtrise des consommations d'eau doit encore être améliorée, sachant que la réfection du réseau d'eau chaude sanitaire qui doit s'engager doit permettre de mettre fin aux fuites régulièrement constatées.
Propositions : Assurer un suivi et un contrôle décentralisé des énergies et des fluides, mener des actions liées à la transition énergétique et améliorant notre efficacité énergétique (ex : remplacement par des Diodes Électroluminescentes [LED]).
Mise en œuvre et priorisation : engager dès 2019 un plan de maintenance et d'équipements visant à assouvir cette ambition et négociation du nouveau contrat de chauffage à mettre en œuvre pour 2020.





Projet ressources humaines

Ambition

Le Centre Hospitalier de Valenciennes nourrit de fortes ambitions pour son projet d'établissement 2018-2023, en se fondant sur sa capacité à poursuivre son adaptation à un environnement contraint et à faire face aux défis de l'offre de soins sur un territoire aux indicateurs épidémiologiques, économiques et sociaux inférieurs à la moyenne nationale.

Pour répondre à ces enjeux, le Centre Hospitalier de Valenciennes, établissement de référence d'un groupement hospitalier de 12 établissements, dispose d'atouts qui lui ont permis de s'imposer comme un acteur de soins majeur, voire unique dans certaines spécialités médicales, pour tout le territoire, qu'il s'agisse de ses infrastructures, de ses plateaux techniques, ou encore de la qualité de ses équipes médicales et non médicales.

Pour autant, ces atouts doivent être renforcés et complétés car les nouveaux défis auxquels se confronte l'hôpital exigent de nouvelles réponses. La constitution du groupement hospitalier de territoire et des équipes de territoire, la concurrence entre établissements publics engendrée en partie par la tarification à l'activité, la restructuration fortement concurrentielle du secteur privé, l'émergence de nouveaux métiers sont autant d'éléments à prendre en compte dans la stratégie développée par le Centre Hospitalier de Valenciennes.

Les ressources humaines sont au cœur de ces problématiques et doivent apporter des réponses dynamiques, permettant d'assurer tant les compétences des équipes en place que l'anticipation de leurs évolutions et des futurs besoins. La qualité de vie au travail, la prévention des risques professionnels, le soutien des initiatives individuelles favorisent l'attractivité de la structure. La communication interne avec en particulier le dialogue avec les partenaires sociaux sont des éléments fédérateurs pour l'institution.

Dans ce cadre, et sous l'angle des ressources humaines, les 4 valeurs fondamentales identifiées par les professionnels du Centre Hospitalier de Valenciennes peuvent s'illustrer de la manière suivante :

Agilité

L'agilité s'entend par la capacité de l'établissement à s'adapter en permanence dans l'accompagnement des équipes, afin d'assurer le développement des compétences et qualifications dont les patients ont besoin, d'anticiper les effectifs requis et les nouveaux métiers qui constituent une mise en œuvre opérante de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

Ouverture

Dans le champ des ressources humaines, l'ouverture se conçoit à trois niveaux : en interne au sein de l'institution dans sa capacité à faire communiquer les équipes, les services et les pôles entre eux, mais également, à l'échelle du territoire par la mise en œuvre d'équipes et de compétences partagées et enfin sur le plan statutaire par la possibilité d'une mobilité inter-fonctions publiques.

Enseignement/Recherche/Innovation

Cette ambition s'oriente vers deux axes principaux concernant les ressources humaines. Le premier peut être défini comme l'accompagnement des équipes dans leurs projets enseignement et recherche, le second comme le développement en interne de projets de recherche et d'innovation portant sur les ressources humaines.

Hôpital entrepreneurial

L'hôpital entrepreneurial s'entend pour les ressources humaines en lien avec le management, comme la capacité à faire émerger un sentiment d'appartenance à l'établissement, porteur de valeurs communes et facilitateur de projets. Il consiste également à organiser la résolution de problèmes de manière collective et concertée au travers du Lean Management et à permettre la simplification des procédures administratives et la modernisation des outils de gestion pour une plus grande efficacité.

Constats

Les constats du groupe de travail ont porté sur 5 grands axes :

La formation

Il ressort des débats qui ont animé le groupe de travail, la nécessité de mettre en place des formations innovantes et d'accompagner les évolutions des compétences par des formations adaptées en lien avec l'évolution des techniques. Il s'agit également pour le groupe de travailler sur une meilleure visibilité des moyens financiers, des types de formations proposés et d'en évaluer les apports concrets. Une forte demande est également apparue de mieux former les cadres en lien avec la gouvernance de l'établissement et de développer la recherche en soins et en management. Le tout, suivi au travers d'indicateurs.

La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences

Deux interrogations sont ressorties des discussions internes :

- Comment adapter les ressources aux besoins de l'institution ? (évaluation, réorientation, création de nouveaux métiers)
- Comment améliorer l'identification des compétences métiers ? (cartographie et mise en adéquation des effectifs)

La qualité de vie, les risques professionnels et la santé au travail

Le groupe a souhaité réfléchir aux conditions d'amélioration de l'environnement matériel que propose l'hôpital, à une meilleure articulation vie professionnelle/vie personnelle, à la création d'indicateurs et d'outils de suivi du bien-être au travail ainsi qu'au développement du Lean Santé.

Le groupe a également souhaité renforcer la politique de prévention des risques professionnels et la politique d'accompagnement du handicap, en lien avec le service de santé au travail.

Le dialogue social et la gouvernance

Si la délégation de gestion et la médicalisation de la décision au Centre Hospitalier de Valenciennes constituent les fondamentaux de la gouvernance pour le groupe de travail, ce dernier a cependant souhaité que la communication au sein de l'institution, avec les directions mais surtout entre les pôles et au sein des pôles, soit renforcée. Un management bienveillant, stimulant et gratifiant pour les équipes, a été plébiscité.

La culture entrepreneuriale

La gouvernance décentralisée est apparue au groupe de travail comme un facteur d'identité commune. Pour autant, il lui a semblé possible de poursuivre cette voie en améliorant les relations et les projets inter polaires et en renforçant la culture du service public notamment dans l'accueil des usagers.

Le groupe a également souhaité la mise en place d'une politique de lutte contre les discriminations et harcèlements, d'où découlerait l'élaboration de plusieurs chartes : déontologique, éthique, …, et du bon usage des outils de communication.

Pour renforcer la culture entrepreneuriale, le groupe a souligné la nécessité de simplifier les procédures administratives et mieux diffuser la marque Centre Hospitalier de Valenciennes d'une part, et de placer la reconnaissance au travail comme facteur de réussite, d'autre part.

Propositions

Les différents constats ont conduit à orienter le « projet social ressources humaines » à travers les 4 défis listés ci-après, qui objectivent 25 engagements pour lesquels une priorisation a été établie.

Défi n°1 : consolider la culture de « Magnet Hospital » acquise par le Centre Hospitalier de Valenciennes, ou comment favoriser l'attractivité et la fidélisation des professionnels ?

Engagement n° 1 : l'attractivité, élément de la marque Centre Hospitalier de Valenciennes

1. Développement de l'attractivité de l'hôpital envers les professionnels, les métiers en tension et les nouveaux métiers.

2. Mieux accueillir le nouvel arrivant : création d'un kit d'arrivée (tutorat, fiche de poste, objectifs et appropriation de la culture Centre Hospitalier de Valenciennes, ...). Création d'un parcours cadres, toutes spécialisés, intégrant la découverte de l'institution et de son mode de fonctionnement
   - Visibilité des projets auxquels les professionnels sont associés
   - Réflexion sur les leviers d'intéressement économique et financier, pour les personnels médicaux et non médicaux, en lien avec l'attractivité des métiers et les objectifs fixés

3. Adéquation de la culture d'entreprise Centre Hospitalier de Valenciennes en lien avec le Groupement Hospitalier de Territoire :
   - Mobilité des professionnels et rémunération
   - Coordination des projets et des actions

Engagement n°2 : La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences : un moyen pour fidéliser les professionnels

1. Comment adapter les ressources aux besoins de l'institution ?
   - Accompagner l'évolution professionnelle des agents médicaux et non médicaux
   - Mettre en place d'outils permettant l'évaluation professionnelle des médecins
   - Anticiper et accompagner la création de nouveaux métiers en lien avec le projet médical et scientifique de l'établissement
   - Identifier les besoins dans le cadre de la seconde carrière et accompagner les agents, lors de projets souhaités ou de contraintes liées à la santé.

2. Améliorer l'identification des compétences métiers
   - Réaliser des cartographies métiers et affiner les cartographies par compétences
   - Adapter les critères et la temporalité de l'évaluation professionnelle aux métiers
   - Anticiper les départs et les recrutements afférents
   - Identifier les spécialités en tension

Engagement n°3 : la Qualité de Vie au Travail (QVT) au service du « Magnet hospital »

1. Améliorer l'environnement matériel de travail
   - Plan déplacement entreprise : modernisation et nouveaux outils (covoiturage, parking...)
   - Ergonomie et amélioration des outils informatiques et de leur fonctionnalité : ordinateurs, téléphones, Caducée,

mise à jour des annuaires…
  - Accompagnement à l'appropriation des nouveaux outils : ex. reconnaissance vocale
  - Adaptation des locaux à l'activité
  - Adaptation des tenues de travail
  - ….

2. Améliorer l'organisation du temps de travail médical
  - Maquettes des organisations de travail
  - Changement du logiciel de temps de travail

3. Améliorer l'articulation vie professionnelle/vie personnelle
  - Droit à la déconnexion
  - Déploiement du télétravail
  - « Co-working » : équipes transversales, ou autres.
  - Meilleure coordination des temps médicaux et non médicaux : temps de travail et organisation des soins (intérêt d'une charte institutionnelle)
  - Comité de Gestion des Œuvres Sociales (CGOS) ou équivalent « comité d'entreprise » pour le personnel médical.

4. Mettre en place des outils d'évaluation de la qualité de vie au travail

Engagement n° 4 : améliorer la santé au travail et la prévention des risques professionnels

1. Développer une culture de la prévention de santé publique et des risques professionnels en articulation avec le service de médecine du travail
  - Amélioration des outils partagés avec la médecine du travail
  - Développement d'actions de prévention pour les agents

2. Professionnaliser les personnes chargées de la prévention des risques professionnels dans le pôle
3. Prévenir les risques psycho-sociaux
  - Système d'alerte et lieux d'échanges formations, charte d'accompagnement des situations difficiles
  - Partage de bonnes pratiques de gestion des risques psychosociaux entre les pôles
  - Coaching individualisé

4. Développer une politique d'accompagnement du handicap
  - Mieux identifier et déterminer les postes aménagés
  - Mettre en œuvre la convention « Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique »
  - Améliorer le recrutement des personnes handicapées

5. Faire du document unique des risques professionnels, un outil managérial
  - Refonte et dématérialisation du document unique

Défi n°2 : développer les compétences et les outils favorisant l'innovation au service de la qualité et de l'activité

Engagement n°1 : simplifier et moderniser les procédures administratives

1. Dématérialisation des processus de gestion
2. Dématérialisation des procédures de recrutement et des conventions
3. Dématérialisation de la procédure de gestion des dossiers des internes
4. Dématérialisation des dossiers des personnels médicaux et non médicaux et signature électronique
5. Dématérialisation de la gestion des demandes et des dossiers de formation continue

Engagement n°2 : accompagner les évolutions des compétences par des formations adaptées en lien avec l'évolution des techniques

1. Formation à destination de l'encadrement en articulation avec la gouvernance de l'établissement : compléter la vision managériale par la vision entrepreneuriale
2. Formation à la recherche en soins et en management
3. Formation aux parcours de soins

Engagement n°3 : formaliser et contractualiser une formation médicale articulée autour des projets médicaux

1. Travail sur une meilleure visibilité des moyens et des formations (personnels médicaux)
2. Articulation entre les départs en formation, congrès et séminaires et l'activité du service (personnels médicaux et non médicaux)
3. Formation médicale formalisée et contractualisée articulée au projet médical
4. Réflexion sur un plan de formation médicale

Engagement n°4 : évaluation de l'impact de la formation sur le travail concret des professionnels

Engagement n°5 : moderniser les outils de la formation (méthodes)

1. Outils de simulation
2. Formation dématérialisée

Défi n° 3 : favoriser l'expression et les initiatives individuelles au service du collectif

Engagement n°1 : encourager, identifier, respecter, et valoriser les initiatives personnelles en lien avec la culture du Centre Hospitalier de Valenciennes

1. Promotion et accompagnement du Lean santé
2. Renforcement de la culture du service public notamment dans l'accueil des usagers

Engagement n°2 : créer des indicateurs et des outils de suivi de l'expression individuelle

1. Baromètre social et météo sociale
2. Mise en œuvre de questionnaires

Engagement n°3 : promouvoir et développer une politique de lutte contre les discriminations et les harcèlements

1. Elaboration de chartes déontologiques : éthique, de bon usage des outils de partage de l'information (dossier informatique, communication, réseaux sociaux, ...), égalité homme/femme,....

Défi n° 4 : développer et structurer le dialogue social et la communication interne et externe

Engagement n°1 : développer la communication institutionnelle

1. Communication institutionnelle sur les projets du Centre Hospitalier de Valenciennes et sur les projets portés par l'ensemble des pôles, à destination des équipes : développement du sentiment d'appartenance
2. Mise en place de formations à la communication au niveau de l'institution, à l'attention de toutes les catégories socio-professionnelles (communication thérapeutique, communication non violente, programmation neurolinguistique...)

Engagement n°2 : développer la communication entre les pôles

1. Création d'ateliers communs pour porter des projets partagés entre plusieurs pôles ou diffuser les actions mises en œuvre dans chaque pôle

Engagement° 3 : améliorer le dialogue social avec les instances représentatives du personnel

1. Promotion et accompagnement du dialogue social Instances Représentatives du Personnel (IRP) / et les pôles en établissant notamment les règles de ce dialogue
2. Renforcement du dialogue social institutionnel avec les Instances Représentatives du Personnel et liens Instances Représentatives du Personnel / Pôles/Institution

Engagement n°4 : diffuser la marque « Centre Hospitalier de Valenciennes» en lien avec la communication

1. Mise en place d'événements fédérateurs facilitant la culture d'entreprise

Engagement n°5 : structurer le dialogue social au sein des pôles

1. Développement de temps d'échanges entre les professionnels
2. Création d'un espace de dialogue social formalisé au sein des pôles et d'espaces partagés
3. Création de charte de « bonne conduite » interne au pôle
4. Mise en place d'une communication spécifique au pôle, inter-service
5. Structuration du dialogue entre les agents, les médecins et le pôle : création d'outils facilitant ce dialogue
6. Création d'espaces de dialogue, ouverts à tous les métiers sur des thématiques communes et porteurs (ex. café éthique)

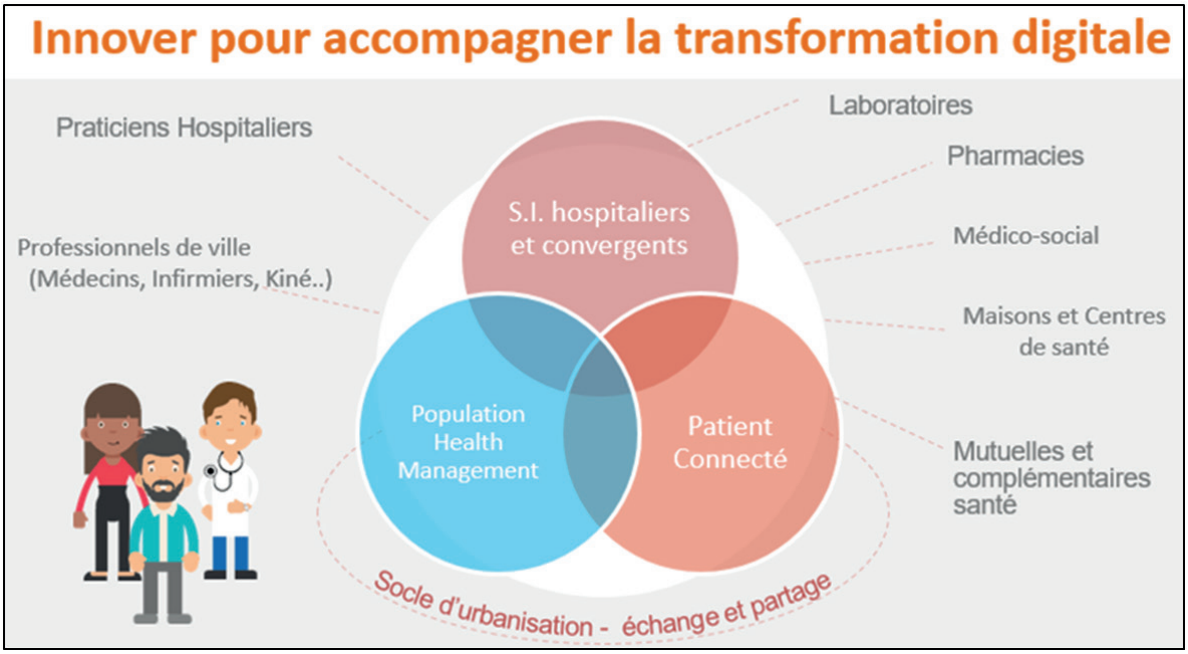
Projet systèmes d'information

Ambition

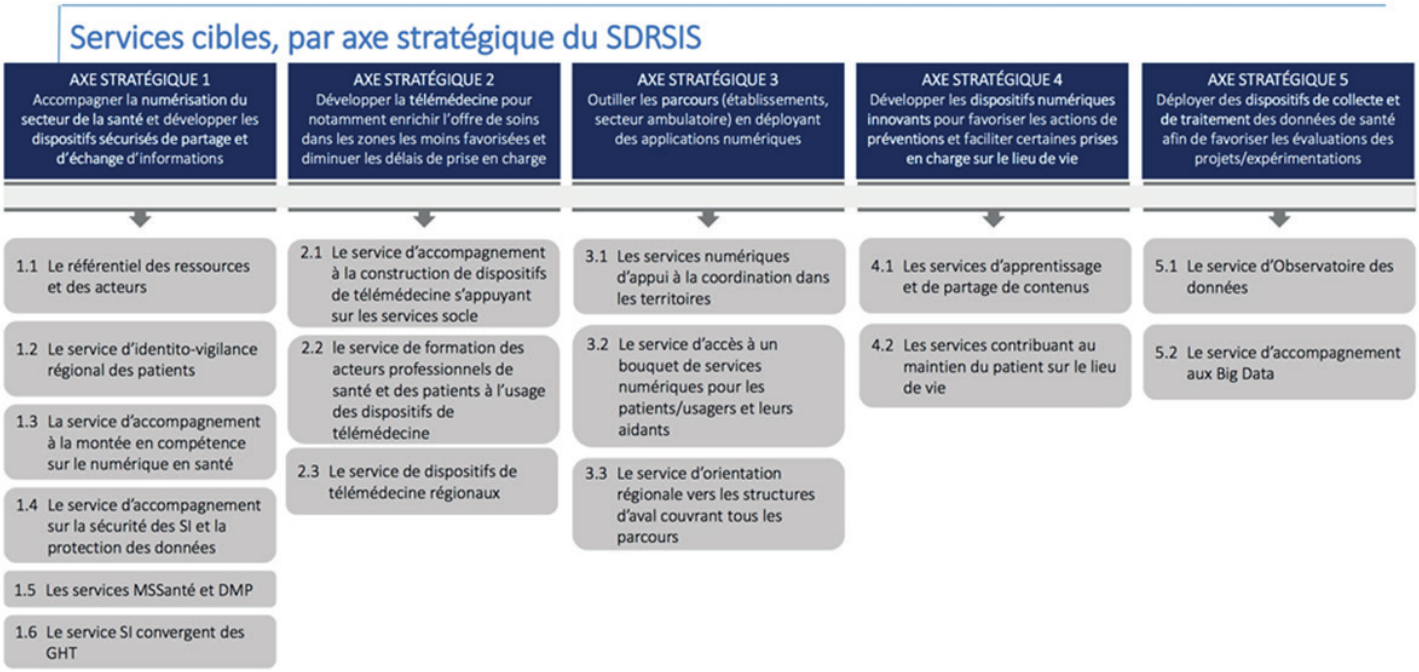
Si le défi des hôpitaux est avant tout organisationnel, il est aussi technologique. Avec une carte territoriale qui se redessine, le centre de gravité des systèmes d'information se déplace. Ils entrent dans une nouvelle ère qui place le parcours du patient au cœur de la logique de soins. Le continuum de l'information devient un enjeu crucial. La collecte des données n'est donc plus centralisée dans l'établissement, mais issue d'origines diverses. L'information doit être partagée, agrégée, consolidée dans un ensemble qui assure la convergence de données patientes.

L'ambition générale de notre projet de système d'information territorial est calée sur la stratégie nationale de santé dans les territoires, autour de 3 objectifs :

- Accessibilité en ligne de l'ensemble de ses données médicales pour chaque patient
- Dématérialisation de l'intégralité des prescriptions
- Simplification du partage d'information entre tous les professionnels de santé



Pour le mettre en œuvre au sein du territoire, il va être primordial de suivre la stratégie régionale qui nous rapproche de nos acteurs voisins, autour des 5 axes stratégiques du Schéma Directeur Régional des Systèmes d'Information de Santé (SDRSIS) :



Extrait du Schéma Directeur Régional des Systèmes d'Information de Santé (SDRSIS)

Dans ce contexte, **la convergence des systèmes d'information est un enjeu majeur dans la mise en œuvre du Groupement Hospitalier de Territoire**, renforcé par le Projet Médical Partagé du Territoire du Hainaut-Cambrésis et la vision stratégique qu'il déploie pour les systèmes d'information :

- Adaptabilité et agilité des services de l'hôpital
- Ouverture vers la ville, vers le patient, les établissements publics et privés, sanitaires et médico-sociaux
- Intégration de la recherche, de l'innovation et de l'enseignement
- Développement de l'hôpital entrepreneurial

En effet, le Projet Médical Partagé est structurant pour la convergence des Systèmes d'Information, autour de parcours bien fléchés pour le groupement hospitalier de territoire Hainaut-Cambrésis :

- **4 parcours inter filières**
  - Parcours cancérologie
  - Parcours vasculaire
  - Parcours plaies et cicatrisation
  - Parcours addictologie

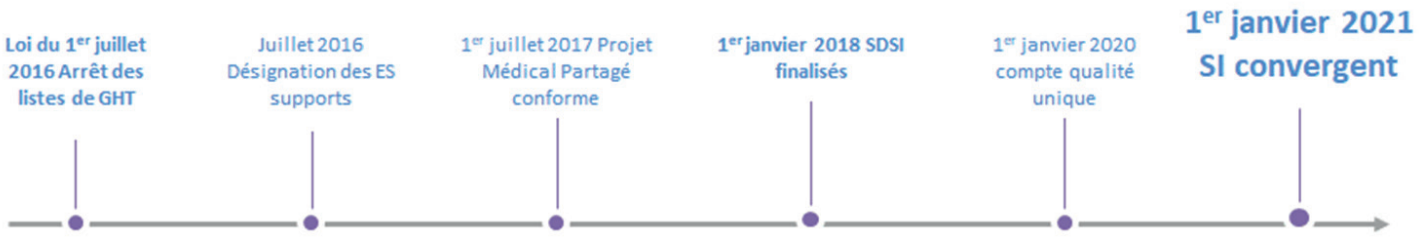
- **4 parcours intra filières**
  - Filière soins critiques
  - Filière obstétrique et néonatalogie
  - Filière gériatrie
  - Filière psychiatrie
  - Filière anesthésie

Enfin, l'ambition du groupe de travail Systèmes d'Information est aussi d'intégrer et de couvrir :

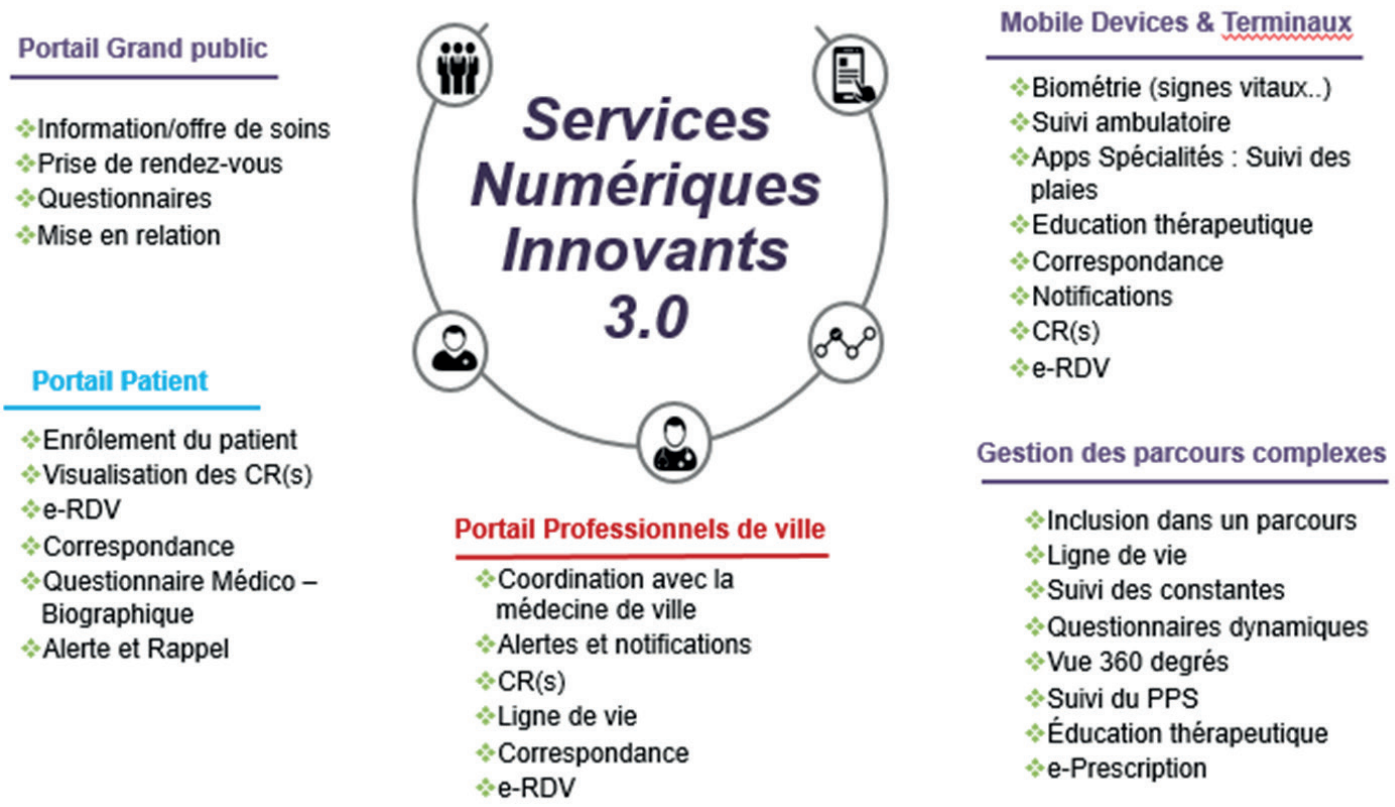
- La graduation des soins, via des parcours types prédéfinis intra ou inter-groupement hospitalier de territoire, notamment avec l'hôpital de recours
- La collaboration sur la détection précoce des pathologies et sur la prévention.
- L'amélioration des relations ville-hôpital en intégrant les professionnels de ville dans les parcours de soins.

Constats

La fonction « système d'information » est l'un des axes de mutualisation du Groupement Hospitalier de Territoire. L'établissement support assure, la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information convergent. Deux chantiers du système d'information majeurs sont à mener dans la période : la mise en place d'une direction du système d'information commune ou collaborative et la mise en œuvre d'un système d'information convergent.
Deux dates clés : la définition d'un schéma directeur du système d'information de Groupement Hospitalier de Territoire au 1er janvier 2018 et la mise en œuvre du système d'information convergent au 1er janvier 2021.



Nous avons pour notre territoire de santé imaginé le regroupement de ce qui se fait dans d'autres structures en l'agrégeant sous forme de plateforme de services numériques innovants pour notre territoire :



Propositions

Nous proposons une approche concertée privilégiant les 4 thèmes suivants :

1/ Promouvoir l'offre publique de soins en s'appuyant sur les établissements de santé de chaque zone de proximité (Cambrésis, Sambre Avesnois, Valenciennois)

- Instruire des **relations innovantes d'acquisition ou de coproduction de solutions** avec les industriels
- Consolider l'offre de la filière de b**iologie du territoire**
- Développer la pharmacie clinique
- **Permanence et continuité des soins**
- **Lien avec le centre hospitalier universitaire de Lille** avec la signature d'une convention d'association avec le centre hospitalier universitaire formalisant quatre missions :
  - l'enseignement et la formation initiale des professionnels médicaux et pharmaceutiques
  - la recherche
  - la gestion de la démographie médicale et pharmaceutique
  - les missions de référence et de recours
- **Lien avec les autres établissements de santé publics et privés, régionaux, nationaux ou internationaux faisant l'objet d'un partenariat sur les 3 missions suivantes :**
  - L'enseignement et la formation initiale des professionnels médicaux et pharmaceutiques
  - La recherche
  - La gestion de la démographie médicale et pharmaceutique

2/ Mettre en forme une plateforme d'échange et de partage

- Offrir des **services aux professionnels** de santé (groupement hospitalier de territoire et ville) **et aux patients** au niveau territorial et régional.
- Commencer sans attendre à **partager et échanger des données de santé** (établissement de santé / Intra et Inter groupement hospitalier de territoire / Région)
- Faciliter la mise en place des **solutions de parcours, de télémédecine et de favoriser les nouveaux usages**
- **Supporter** le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire Hainaut-Cambrésis

Tout en :

- **Fédérant les identités patient** autour de processus d'identito-vigilance partagés, au service **des bonnes pratiques locales, territoriales et régionales,**
- Maîtrisant les référentiels (annuaires, etc.) et l'interopérabilité
- Garantir un accès simple et sécurisé aux données quel que soit l'utilisateur

3/ Renforcer la Valeur du système d'information par des Projets Institutionnels et Polaires

Tenant compte des résultats de l'Audit du système d'information et des orientations de convergence, de changement et d'évolution portées par le Projet Médical Partagé essentiellement sur les axes suivants :

- Les projets administratifs (e-Procurement, optimisation du codage, décisionnel, dématérialisation, ...)
- Les projets de Soins (Système d'Information de Laboratoire, projets autour du Dossier Patient Informatisé, Brancardage, ...)
- Les projets techniques (archives neutres Centre Hospitalier de Valenciennes et Groupement Hospitalier de Territoire, serveurs de résultats, ...)
- Les projets logistiques (meuble multimédia, innovation hôtelière, transport, ...)

L'urbanisation du système d'information de territoire devra apporter plus d'acceptabilité des projets informatiques par les utilisateurs, bien prendre en compte l'ergonomie et le confort d'utilisation des solutions mises en œuvre, et d'une manière générale privilégier l'adhésion des corps médicaux dans le choix de ces solutions.

4/ Consolidation des ateliers du Projet d'Etablissement

En partant de l'ensemble des ateliers menés, il est important d'en extraire les demandes portant sur le système d'information pour les intégrer dans le Schéma Directeur et les porter au sein des différents niveaux de services proposés (fonctionnement en parcours de l'hôpital de demain) :

- Traitement Big Data et Intelligence Artificielle intégrée ou non au Dossier Patient informatisé
    - Pour évaluer la pertinence d'une prescription
    - Pour aider aux diagnostics
    - Pour décrire un parcours
    - Pour la recherche
    - Partenariat Université
- Pilotage, suivi des activités en temps réel
- Gestion des irritants
    - Postes de travail (ergonomie, techniquement à jour...)
    - Améliorer la mobilité interne, zone d'ombre wifi
    - Rapidité des postes mobiles et lisibilité sur les écrans
    - Postes mobiles avec autonomie > 4 heures
    - Reconnaissance vocale pour enrichir les dossiers et bien-**être au poste**
- Continuer l'amélioration du système d'information existant
    - Formulaires du Dossier Patient Informatisé, formulaires de spécialités
    - Validation au lit du patient

- Interconnexion des applications, exemple : brancardage
- Finalisation de la connexion du biomédical
- Information des nouveautés
- Formation continue, rappel des bonnes pratiques

Mise en œuvre et priorisation

Les priorités seront portées essentiellement par le Projet d'Etablissement du Centre Hospitalier de Valenciennes et le Projet Médical Partagé du Groupement Hospitalier de Territoire, autour des notions **d'innovation technologique, de territoire plus agile, d'ouverture vers le numérique,** ...

Elles devront faire ressortir ce qu'il y a lieu de traiter rapidement et se démarquer de la concurrence des hôpitaux voisins, et notamment sur les axes :

- **Télémédecine**
- **Intelligence artificielle dans tous les secteurs**
- **Portail ville-h**ôpital

Et plus globalement **les différentes plateformes techniques informatiques communes au Groupement Hospitalier de Territoire** qui pourront supporter ces projets et ces innovations numériques.
Plus concrètement dans le métier des systèmes d'information au niveau du Groupement Hospitalier de Territoire, seront à affiner en matière d'urbanisation :

- L'Identité Patient
- La Politique de Sécurité
- La Gestion des Interfaces
- L'Hébergement des Données de Santé

Il sera produit en particulier la **liste des processus à mutualiser dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire** s'ils sont déjà identifiés à ce niveau.

- Le domaine médical couvert par le projet médical partagé définira les applications liées aux soins dans l'hôpital :
  - au dossier patient et à la production de soins (dossier médical, dossier de soins, agenda patient, prescriptions, dossier de spécialité, circuit du médicament, ...)
  - aux applications des secteurs médicotechniques (laboratoire, imagerie, blocs opératoires, pharmacie,...)
  - la valorisation de l'activité hospitalière
  - à l'ouverture du Groupement Hospitalier de Territoire vers l'extérieur (communication ville-hôpital, échanges hors Groupement Hospitalier de Territoire)
  - aux référentiels associés
  - ...
- Le domaine administratif couvert par le projet administratif partagé définira les applications liées à :
  - la gestion administrative des malades et la gestion d'un identifiant patient unique
  - la gestion des ressources humaines
  - la gestion des ressources économiques et financières
  - le pilotage « Système Informatisé d'Aide à la Décision (SIAD) »
  - la logistique
  - la gestion d'informations (gestion électronique des documents, gestion des marchés, ...)
  - ...
- L'infrastructure technique couvre en particulier les domaines suivants :
  - Les composants associés à l'hébergement des applications (serveurs, baies de stockage, switches,...)
  - Le cœur de réseau local et des sites distants
  - La téléphonie fixe et mobile
  - Les postes de travail
  - les accès extérieurs dont internet

- les annuaires techniques
- les outils collaboratifs du groupement hospitalier de territoire (Visio, ressources partagées, ,...)
- les Intégrations d'Applications d'Entreprise (EAI)
- ...

Projet finances

Ambition

Le volet Finances du projet d'établissement s'inscrit dans le contexte dynamique du Centre Hospitalier de Valenciennes, établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire, et de l'accélération du temps et des ruptures technologiques dans le monde de la santé. Pour répondre à ces enjeux majeurs, le Centre Hospitalier de Valenciennes a structuré son projet d'établissement autour de 4 axes stratégiques, représentatifs de savoir-être et de savoir-faire. Le projet « Finances » se fixe pour ambition d'être moteur dans le déploiement des 4 axes stratégiques choisis pour le présent projet, tout en veillant à consolider la gouvernance médico-économique déployée ces dernières années et les objectifs atteints du précédent projet.

Agilité – Dans le cadre du projet « Finances », l'agilité va s'exprimer au travers de deux caractéristiques qu'il convient de conjuguer :

- D'une part, dans la dimension pilotage médico-économique, par la capacité à comprendre et à s'adapter rapidement aux évolutions de la performance économique, pour améliorer la réactivité.
- D'autre part, par la capacité à pouvoir mobiliser rapidement des ressources financières pour accompagner les nouveaux projets et la dynamique de changement.

Ouverture – L'ouverture peut être appréhendée comme la capacité de l'hôpital à être pleinement conscient de son environnement et de son potentiel d'interaction. Cet enjeu va être particulièrement important dans le cadre de la montée en puissance progressive du Groupement Hospitalier de Territoire. La démarche la plus usitée est de recenser les interactions sous la forme de menaces et opportunités en utilisant une matrice « Force, Faiblesse, Opportunité, Menace ». Les fonctions financières peuvent aider la gouvernance de l'hôpital à comprendre l'environnement, saisir les opportunités qui se présentent et à les traduire en création de valeurs.

Hôpital Entrepreneurial - La démarche entrepreneuriale est en relation dynamique avec l'ouverture. Dans une vision entrepreneuriale, l'hôpital doit saisir les opportunités de l'environnement, en créer par l'innovation de nouvelles, et chercher à transformer les menaces en opportunités. Le projet Finances doit participer à créer un environnement favorable au développement des initiatives collectives en interne et externe. Il doit de plus trouver des modèles financiers et budgétaires permettant d'accompagner les développements dans des montages de partenariats pluri-structurels.

Enseignement/Recherche/Innovation – Le constat est qu'aujourd'hui les actifs immatériels sont plus valorisés que les actifs matériels. Il est donc plus que légitime pour l'hôpital de consacrer une part de ses ressources au développement des connaissances et de l'innovation. Le projet Finances doit participer à générer un environnement favorable au développement de ces activités.

Constats

Sur la dernière décennie, le Centre Hospitalier de Valenciennes a investi massivement pour rénover ses bâtiments et équipements, et s'agrandir. Dans le même temps, le développement des activités et des recettes a permis d'atteindre

une situation d'équilibre budgétaire qui dure maintenant depuis 6 exercices consécutifs. Toutefois ces investissements importants financés majoritairement par un recours à l'emprunt sur des durées longues, conduisent l'hôpital à supporter une dette importante de 221,5 M€ fin 2017.
Les remboursements annuels limitent les capacités d'investissement en autofinancement de l'établissement et nécessitent une autorisation de l'agence régionale de santé pour tout recours à l'emprunt. Par ailleurs, la situation de trésorerie reste sous tension avec une trésorerie moyenne inférieure à 10 M€, soit quelques jours de fonctionnement et la nécessité de recourir régulièrement à du financement court terme pour financer le besoin en fonds de roulement.

Sur le plan médico-économique, le Centre Hospitalier de Valenciennes a développé une démarche innovante de délégation polaire poussée, accompagnée de la modélisation d'outils médico-économiques adaptés. L'établissement dispose d'un réel savoir-faire en comptabilité analytique hospitalière et d'une palette d'outils relativement sophistiqués. Les comptes de résultats analytiques sont produits en infra annuels sur l'ensemble du périmètre, l'établissement participe à l'étude nationale des coûts à méthodologie commune (ENCC) et à la base Angers. Le contrôle de gestion fournit un fort soutien technique à la cellule médico-économique qui joue un rôle important dans la régulation de la création de valeurs au sein de l'établissement. Les pôles disposent de compétences de gestion, réalisent les business plans de leurs projets et disposent d'outils de pilotage et de codage personnalisés.

Dans le même temps, le système de comptabilité analytique, qui respecte les principes de base du guide de comptabilité analytique hospitalière, et n'a pas développé d'outils d'analyse de coût des parcours de soins. Le système de pilotage orienté principalement autour des comptes de résultat analytique et des productions pour la cellule médico-économique reste perfectible sur plusieurs axes :

- l'établissement ne produisant pas de situations comptables intermédiaires, les situations budgétaires infra-annuelles produites par le contrôle de gestion sur une périodicité différente des comptes de résultat analytique sont fragilisées,
- Il n'existe pas de système cohérent d'indicateurs, permettant à des acteurs situés à différents niveaux opérationnels, de disposer d'une vision économique commune de la situation de l'établissement,
- Les indicateurs hétérogènes disponibles sont produits pour la plupart sur des fréquences à minima mensuelles, et l'établissement dispose de peu d'indicateurs avancés homogènes permettant une analyse infra-mensuelle de la situation médico-économique.

En synthèse de ces différents constats, et tout en soulignant le niveau d'excellence des savoir-faire et outils existants dont les résultats sont probants et qu'il faut absolument conserver, les enjeux recensés dans le projet d'établissement nécessitent de réaliser des avancées significatives en matière de production d'informations financières et d'outils de pilotage.

Propositions

Le projet « Finances » propose d'articuler, autour de 4 projets, un plan d'action cohérent pour répondre aux enjeux définis dans le projet d'établissement. Toutefois avant de lister ces derniers, il a semblé important aux membres du groupe de travail de rappeler les principes et les bonnes pratiques en matière d'élaboration et déploiement d'un système de pilotage. Cette partie représentera le volet « défensif » du projet dans une logique de sécurisation des acquis et de la méthode :

- Consolider les acquis du précédent projet,
- Conserver, consolider, perfectionner le modèle de gouvernance médicalisée avec les pôles
- construire une démarche cohérente à l'échelle de l'établissement des outils, données et indicateurs
- Favoriser les outils souples et adaptables (agilité…),
- Utiliser en priorité les données existantes dans le système d'information,
- Eviter les retraitements manuels,
- Prioriser la stabilité à la sophistication,
- Chercher le bon rapport coût de production de l'indicateur/rentabilité attendue,
- Penser aux «quick win» (gains rapides)

Le groupe de travail propose de déployer les différentes actions au travers de 4 projets complémentaires :

Un projet de clôtures intermédiaires comptables afin d'améliorer, de fiabiliser, d'accélérer les processus produisant de l'information financière. Au travers de ce projet, l'établissement disposera en infra annuel d'une vision fiable de sa situation financière afin de réagir rapidement et efficacement en cas de dérives par rapport aux objectifs. La cible serait d'être en clôtures mensuelles à horizon 3 ans,

Un projet de planification pluriannuelle des investissements, afin d'améliorer, fiabiliser, accélérer les processus d'arbitrage et d'engagement des investissements, et de sécuriser le plan pluriannuel de financement et la trésorerie de l'établissement. Au travers de cet objectif, l'établissement disposera d'une vision fiable des engagements prévisionnels liés à ses projets, et pourra arbitrer rapidement et efficacement les priorités, en cohérence avec le déploiement de ses axes stratégiques.

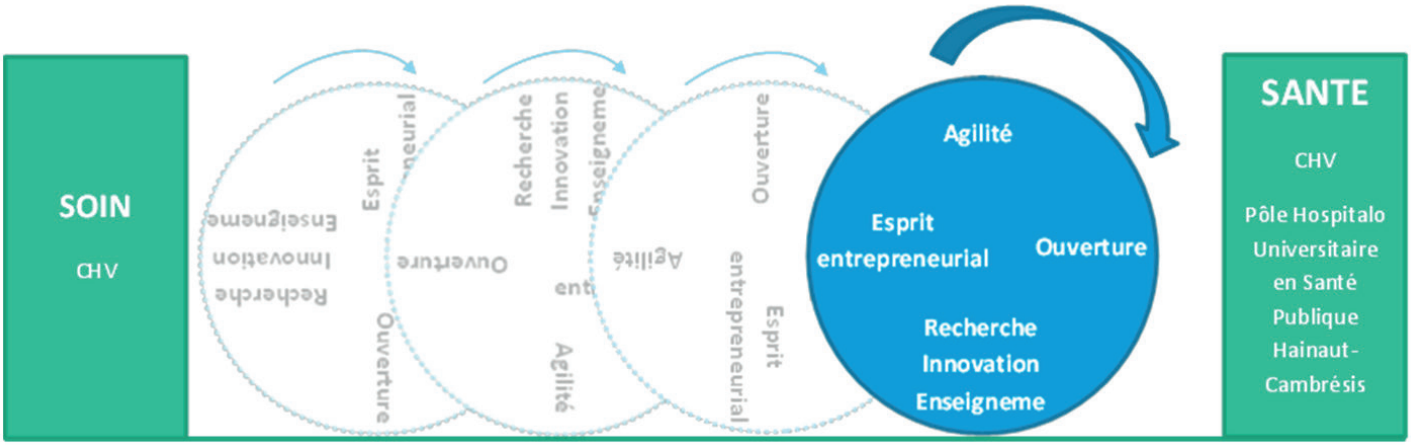
Un projet «tableaux de bord et indicateurs » dans une démarche concertée entre la direction générale et les pôles. L'objectif est de fournir une information fiable, dans une périodicité adaptée aux processus, et permettant aux différents acteurs d'avoir une vision globale, cohérente et partagée de la situation de l'établissement et des différents niveaux d'atteintes des objectifs. La cible serait d'atteindre un niveau de pilotage « temps réel » sur certains indicateurs.

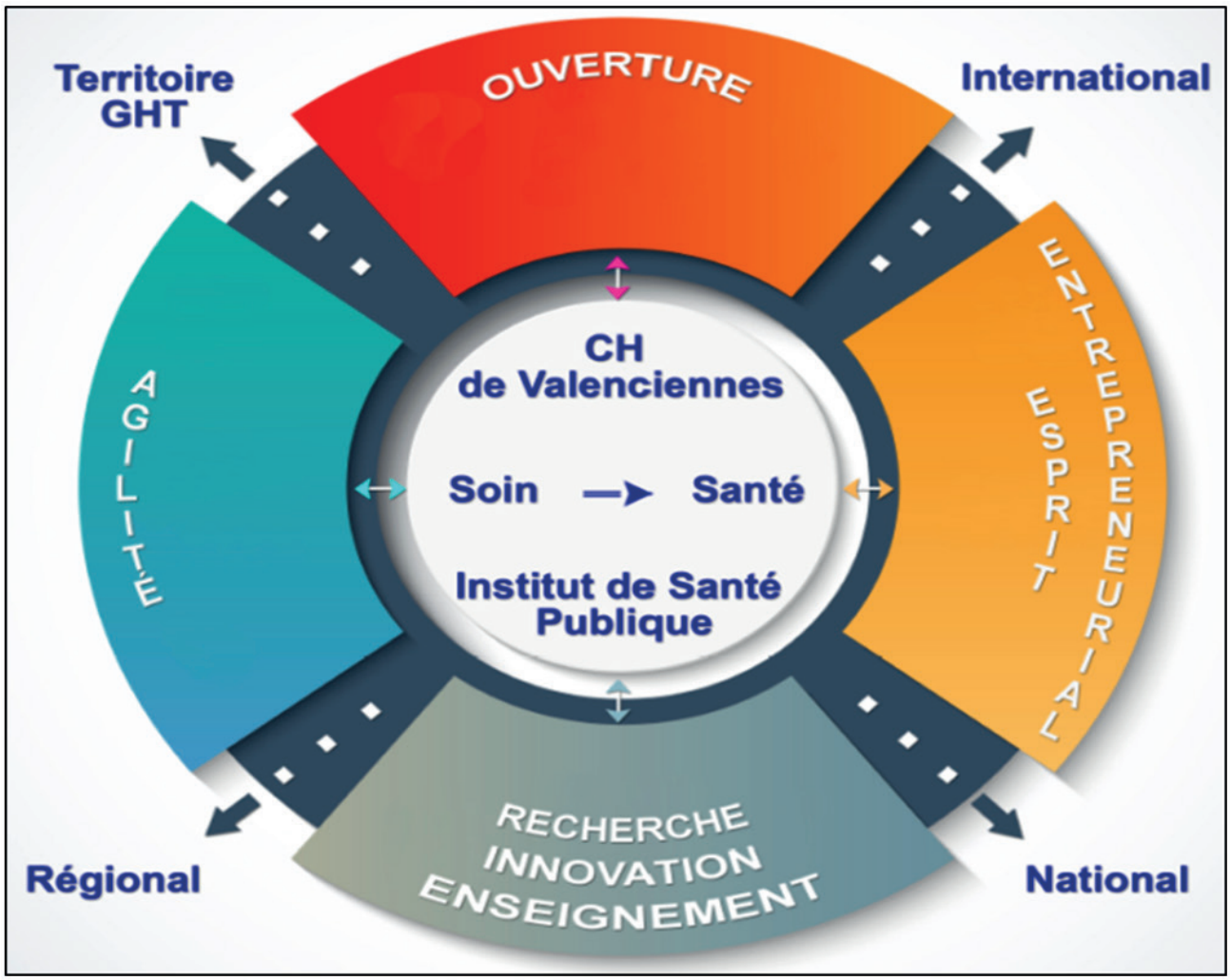
Un projet d'analyse médico-économique des parcours de soins, afin de participer à la modélisation des parcours et à leur évolution, et permettre à l'établissement de piloter son offre de soins dans une logique d'ouverture sur le territoire. La démarche permet de développer une connaissance des coûts liés au parcours patient dans sa prise en charge transversale au sein de l'institution, et les interactions avec les acteurs du système de santé du territoire. C'est un projet complexe qui pourra être dans un premier temps envisagé au travers de l'identification des coûts variables à partir du référentiel issu de notre participation à l'Etude Nationale des Coûts.

CONCLUSION DU PROJET

La structure de ce projet d'établissement est atypique car il ne s'agit pas d'un catalogue de projets à mener dans les 5 ans.

En effet, la véritable rupture est organisationnelle, technologique, managériale à la fois en interne mais également dans la prise en charge globale de la santé des citoyens tout au long de leur cycle de vie en association avec l'ensemble des acteurs du territoire.





SOMMAIRE

Editorial de Monsieur Armand AUDEGOND, Président du Conseil de surveillance 3
Editorial de Monsieur Rodolphe BOURRET, Directeur Général
et de Madame le Docteur Isabelle GIRARD BUTTAZ, Présidente de la Commission Médicale d'Etablissement 4

PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES 6
Le Centre Hospitalier de Valenciennes, un établissement dynamique 6
Des activités fortes 6
Des finances saines 9
Un virage numérique engagé 10
Des projets et évolutions innovants 10
Un Centre Hospitalier au service de son territoire 11
Le Centre Hospitalier de Valenciennes dans son Groupement Hospitalier de Territoire 11
Le Centre Hospitalier de Valenciennes face à une problématique de santé publique 12
Un Centre Hospitalier qui souhaite impulser le changement 14
Améliorer les indicateurs de santé publique du Hainaut-Cambrésis 14
Etre acteur de la transformation du système de santé 14
Editorial du Docteur Marc ESTEVE, Coordonnateur du projet médical 16
Les axes stratégiques 21
Agilité et adaptabilité transformationnelle 21
Ouverture 21
Enseignement, recherche et innovation 22
Esprit entrepreneurial 22

LE PROJET MÉDICO-SCIENTIFIQUE 24
Agilité et adaptabilité transformationnelle 24
Ambition 24
Propositions 24
Adapter l'organisation intra-hospitalière de la prise en charge 24
Adapter nos métiers, nos pratiques organisationnelles et managériales 27
Les innovations par la qualité 28
Application des modélisations aux parcours phares 29
Ouverture 30
Ambition 30
Propositions 30
Ouverture au patient 30
Ouverture aux praticiens de ville, médecins, paramédicaux et à tout acteur sanitaire, social ou médico-social 31
Ouverture aux établissements partis du groupement hospitalier de territoire 32
Ouverture au monde politique, culturel et associatif 32
Ouverture à l'international 32
Enseignement, recherche et innovation 33
Ambition 33
Enseignement et formation 33
Recherche 35
Innovation 37
La proposition : « Anticiper pour ne pas subir » 38
Structuration du pôle proposé 39

Un exemple de modélisation concernant le cancer : du soin à la santé 40
Un projet de cancérologie 40
L'institut de cancérologie du Hainaut-Cambrésis 46
Esprit entrepreneurial 47
Ambition 47
Propositions 48
Favoriser la communication 48
Développer le marketing hospitalier 49
Faire évoluer la culture institutionnelle et travailler en mode projet 50

SOUTENIR L'HÔPITAL DE DEMAIN : LES PROJETS TRANSVERSAUX 52
Projet Managérial 52
Ambition 52
Constats 52
Propositions 54
Projet Logistique 56
Ambition 56
Constat 56
Propositions 58
Mise en œuvre et priorisation 59
Politique hôtelière : Améliorer l'expérience client par l'innovation hôtelière 59
Politique logistique : optimisation et modernisation de la chaîne logistique 61
Projet Architectural 63
Ambition 63
Constat 63
Propositions 64
Mise en œuvre et priorisation 65
Déclinaison architecturale du projet médical 65
Prendre en compte la dimension client dans la réflexion architecturale 65
Adapter l'architecture pour améliorer la qualité de vie au travail 66
Mettre en place un plan de maîtrise des énergies et contribuer au développement durable 67
Projet Ressources Humaines 68
Ambition 68
Constats 69
Propositions 70
Défi n°1 : consolider la culture de « Magnet Hospital » acquise par le Centre Hospitalier de Valenciennes, ou comment favoriser l'attractivité et la fidélisation des professionnels ? 70
Défi n°2 : développer les compétences et les outils favorisant l'innovation au service de la qualité et de l'activité 71
Défi n° 3 : favoriser l'expression et les initiatives individuelles au service du collectif 72
Défi n° 4 : développer et structurer le dialogue social et la communication interne et externe 72
Projet Système d'Information 73
Ambition 73
Constats 75
Propositions 79
1/ Promouvoir l'offre publique de soins en s'appuyant sur les établissements de santé de chaque zone

de proximité (Cambrésis, Sambre Avesnois, Valenciennois) 76
2/ Mettre en forme une plateforme d'échange et de partage 77
3/ Renforcer la Valeur du système d'information par des Projets Institutionnels et Polaires 77
4/ Consolidation des ateliers du Projet d'Etablissement 77
Mise en œuvre et priorisation 78
Projet Finances 79
Ambition 79
Constats 79
Propositions 79
CONCLUSION DU PROJET 82
SOMMAIRE 84

SUIVEZ-NOUS

CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES
AVENUE DESANDROUIN - CS 50479
59322 VALENCIENNES Cedex
03.27.14.33.33 / www.ch-valenciennes.fr

www.facebook.com/chvalenciennes - Twitter : @CHValenciennes

Annexes

PROJET D'ETABLISSEMENT 2018/2023

du

Centre Hospitalier de Valenciennes

Annexe 1

Déclinaison du Projet Médical Partagé du Groupement Hospitalier de Territoire Hainaut-Cambrésis

Annexe 1a – Parcours en cancérologie

Contexte et enjeux

En France*, près de 385 000 personnes ont un diagnostic de cancer chaque année dont 211 000 chez les hommes majoritairement représentés par les cancers de la prostate, du poumon et du côlon-rectum, et 174 000 chez les femmes pour lesquelles le cancer du sein reste le cancer le plus fréquent devant les cancers du côlon-rectum et du poumon.

On constate une augmentation de l'incidence ces 30 dernières années en raison principalement de l'augmentation de la population française et de son âge. L'amélioration de la détection, les comportements à risque (tabac, alcool, rayons UV…), le mode de vie (nutrition, sédentarité, obésité…), et notre environnement participe de cette augmentation. Depuis 2005, on constate cependant que le taux d'incidence tend à se stabiliser voire à baisser.

Une grande partie des cancers est considérée comme évitable. En effet, par exemple, on estime aujourd'hui que 30% de la mortalité par cancer est attribuable au tabac et 9.5% à la consommation d'alcool. Des études estiment, par ailleurs, que 20 à 25% des cancers seraient attribuables à des facteurs nutritionnels.

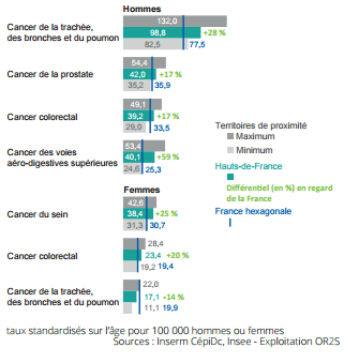
Le cancer est la première cause de décès chez l'homme (33%, soit 1 décès sur 3 chez les hommes) et deuxième chez la femme (24% soit 1 décès sur 4). Si les cancers sont au total responsables aujourd'hui de près de 150 000 décès chaque année, le risque de décéder d'un cancer a diminué notablement grâce aux diagnostics plus précoces et aux progrès thérapeutiques. Aujourd'hui plus d'une personne sur deux guérit après un diagnostic de cancer.

Du fait de la chronicisation de la maladie, aujourd'hui près de 3 millions de personnes vivent aujourd'hui en France avec des antécédents de cancer.

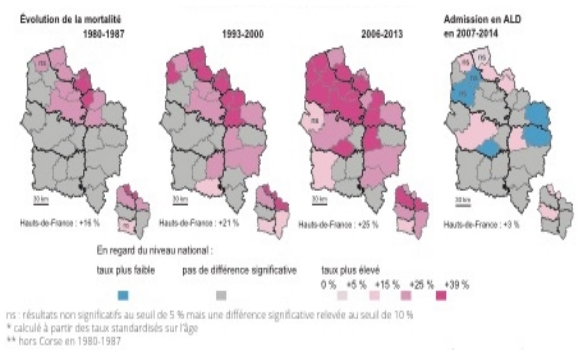
La région Hauts-de-France est une région marquée par le cancer avec 25 100 nouveaux cas et 15 150 décès par an en moyenne, ce qui représente un taux standardisé de mortalité de 269,91 décès pour 100 000 habitants contre 228,69 en moyenne en France. La mortalité par cancer a baissé depuis les années 80, avec une diminution plus marquée depuis 2000. Toutefois, la baisse de la mortalité a été moins soutenue dans notre région. La région Hauts de France présente ainsi un une surmortalité par cancer de 18% (+ 22% hommes / + 14% femmes) avec toutefois des disparités territoriales importantes oscillant entre +7% et + 34% selon les territoires.

* *Source site ARS HdF.*

Chiffres clés pour le Hainaut Cambrésis et le Valenciennois



Mortalité par cancer en 2006 et 2013



Exemple : différentiel de mortalité et d'admission en ALD

selon la localisation et le genre	pour cancer du sein chez les femmes en regard de la France
Tant pour les décès que pour les ALD, les cancers davantage présents en région HDF, notamment pour les hommes de moins de 65 ans	Depuis le début des années quatre-vingt-dix, la mortalité prématurée du cancer du sein baisse sur le territoire avec un rattrapage complet dans le Valenciennois et le Sambre Avesnois (2007-2014)

Au niveau national la filière cancérologie se défini en tendances lourdes qui vont transformer l'offre de soins :

EN TERMES D'EPIDEMIOLOGIE	Les besoins de la population Des patients de plus en plus âgés. En 2030, 77% des patients atteints d'un cancer auront plus de 60 ans (vs 69% en 2005) La croissance démographique L'effet combiné du vieillissement de la population et de la croissance démographique augmentera en France le nombre de malades de 38% d'ici 2030 Les facteurs de risque L'obésité et le surpoids auront un impact additionnel supérieur à 2% Le plan national de lutte contre le tabagisme permettra de passer d'ici 10 ans sous la barre des 20% de fumeurs et de sauver 15 000 vies par an. La chronicisation et les comorbidités Les progrès des traitements allongeront l'espérance de vie des patients. Plus de cas complexes et/ou suivi au long court sont par conséquent à attendre dans les prochaines années.
EN TERMES D'OFFRE DE SOINS	Coordination des soins : la fonction coordination jouera un rôle clé dans la programmation des parcours de soins et favorisera le développement de l'ambulatoire et de l'HAD. Accompagnement des patients : Les soins de support feront partie intégrante du parcours de soins et participeront à l'amélioration de la qualité de vie pendant et après le cancer Prévention : La détection des cancers à un stade débutant améliorera l'efficacité des soins et donc permettra de réduire la lourdeur et la durée des traitements Innovations thérapeutiques, technologiques et organisationnelles : Quatre activités devraient particulièrement progresser : la chimiothérapie orale, la chirurgie ambulatoire, la radiologie interventionnelle et la radiothérapie hypo-fractionnée. Personnalisation des soins : Le développement de la biologie moléculaire et génétique permettra d'offrir des traitements adaptés à la carte génétique de l'individu (ou de sa tumeur plutôt).
EN TERMES DE REGULATION DES SOINS	Réduction des coûts : Les dépenses de santé sont un enjeu majeur pour la baisse des déficits publics (l'ONDAM continuera à se réduire) Paiement « au service rendu » : La pression financière des tutelles inclura de plus en plus une dimension incitative pour la qualité et l'efficience des soins Contractualisation renforcée : Le renouvellement des autorisations en cancérologie intégrera des indicateurs de qualité, de délais de prise en charge et coordination

Plan cancer et déclinaison régionale

La lutte contre le cancer s'est structurée en France dès 2003 autour de plans nationaux, visant à mobiliser les acteurs de santé publique autour de la prévention, du dépistage, des soins, de la recherche et de l'accompagnement des patients et de leurs proches. C'est la naissance du premier **plan cancer 2003-2007**.

Le **plan cancer 2009-2013** ouvre de nouvelles voies, tout en consolidant les acquis du plan précédent. Il s'est structuré autour de cinq grands axes (Recherche, Observation, Prévention-dépistage, Soins,

vivre pendant et après le cancer), 30 mesures et 118 actions. Trois thèmes transversaux ont, par ailleurs, irrigué la stratégie du plan. Ils visaient à :

- mieux prendre en compte les inégalités de santé pour assurer plus d'équité et d'efficacité dans l'ensemble des mesures de lutte contre les cancers ;
- stimuler l'analyse et la prise en compte des facteurs individuels et environnementaux pour personnaliser la prise en charge avant, pendant et après la maladie ;
- renforcer le rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge pour permettre notamment une meilleure vie pendant et après la maladie.

Le **plan cancer 2014-2019** met l'accent sur la prévention et le dépistage, deux leviers majeurs pour prévenir et faire reculer la maladie, en insistant sur la lutte contre les inégalités de santé. Il prévoit également d'adapter notre système de santé pour permettre à chacun de bénéficier de la même qualité de soins et des progrès de la recherche.

L'ARS Hauts-de-France décline ce plan cancer 2014-2019 sur son territoire régional avec 59 actions organisées autour de 5 priorités:

- réduire les inégalités d'accès aux dépistages des cancers,
- structurer le parcours de soins des patients atteints de cancer,
- faciliter l'accès aux progrès et aux innovations thérapeutiques en cancérologie,
- améliorer la qualité de vie des malades,
- optimiser le pilotage et les organisations régionales

Pour répondre à ces priorités le CHV, comme le GHT, souhaite aligner son projet médical sur les 5 axes stratégiques sélectionnés pour le PMP et l'adaptation de l'offre de soins :

- *Filière chirurgie carcinologique :* intégrer la discipline de chirurgie carcinologique au sein du GHT HC et accélérer le développement de la chirurgie ambulatoire,
- *Filière diagnostic/orientation :* garantir une détection et, après les RCP, une prise en charge rapide et pluridisciplinaire dès l'entrée du patient dans le parcours de soins,
- *Filière traitements médicaux :* renforcer la coordination des soins pour garantir à nos patients un parcours de soins fluide et cadencé
- *Recherche et médecine personnalisée avec le CHU Lille :* introduire la médecine personnalisée et la recherche clinique dans le quotidien des praticiens et des organisations
- *Soins de support et soins palliatifs :* muter du soin à l'accompagnement de « bout en bout » des patients et de leurs aidants pendant et après le cancer.

Organisation actuelle de l'offre de soins

Force est de constater que l'organisation de la cancérologie publique répond très partiellement aux besoins tant du point de vue de la détection, que de la PEC (RCP et traitements) et du suivi des patients. Le CHV est mieux organisé et propose une PEC plus structurée mais il reste à consolider les parcours en intra et extra ES et à organiser les PEC graduées dans le tryptique : détection – RCP – Traitement et dans la relation à la médecine de ville sur le Valenciennois et le territoire.

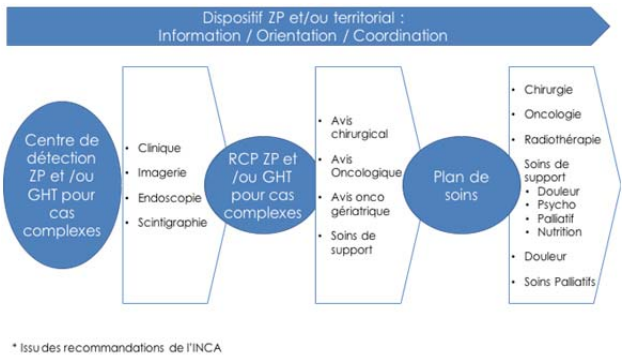
Les propositions pour le parcours

Il est démontré le net déficit d'offre en cancérologie publique sur le territoire. Pour prendre une place plus légitime dans ces activités il faut d'développer ses points forts. Plusieurs hôpitaux publics ont décidé d'occuper la place à laquelle ils peuvent prétendre en créant une complémentarité avec le secteur libéral (Brest, Nîmes, Nice, ...). Ainsi le principe du PMP et du projet médical du CHV a bien pour objectif de permettre aux ES du GHT de préserver ou de développer leurs autorisations, y compris en s'appuyant sur le partenariat public/privé local, ceci afin de permettre au patient d'être soigné au plus près de chez lui.

La proposition du GHT est une proposition de reconquête de la filière publique de cancérologie. Il appartiendra au CHV et à chaque établissement du GHT de s'inscrire ou non dans celle-ci selon les organisations et partenariats existants.

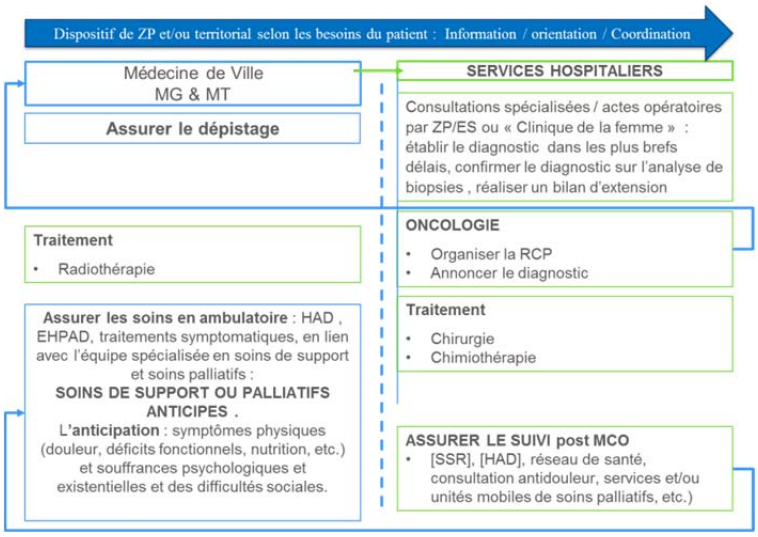
Les principes structurants qui transformeront l'offre de soins en cancérologie du CHV seront :

1. Développer la détection des cancers par le diagnostic : imagerie, endoscopies, biologie, anatomopathologie, …
2. Définir, créer et mettre en œuvre la **fonction de coordination** du parcours de soins en cancérologie en créant ces activités de coordination entre médecins, IDE de pratique avancée, autres, à partir de nouveaux métiers dont celui de coordonnateur de parcours intra CHV et inter CH.
3. Respecter les **délais de prise en charge** imposés par l'INCa :
    - Définir des circuits et autant que possible des circuits courts de diagnostic dès lors que l'état de l'art le permet.
    - Identifier et mettre en œuvre des vacations opératoires dédiées au cancer dans les programmes de bloc et d'imagerie.
    - Renverser la logique en cours d'un patient traité par le spécialiste d'un organe : la perspective c'est la signature moléculaire qui conditionne le traitement.
4. **Intégrer et systématiser le recours aux soins de support** et aux soins palliatifs dans le parcours de soins en cancérologie.



Modèle de déploiement du parcours cancérologique au sein du GHT

Les parcours de tous les types de cancer seront reproduits selon le modèle suivant présenté pour le cancer du sein, qui est le parcours cancérologique priorisé dans le PMP :



Exemple : Schéma de prise en charge du cancer du sein

La gradation des soins peut donc s'organiser de la manière suivante :

Types de cancer	**Gynécologie** : cancer du sein en particulier, Ovaire, Utérus, **Urologie :** prostate et rein **Pneumologie** (cancer du poumon en particulier) **Digestifs** (Colon, estomac, Foie et pancréas, œsophage) / **Hématologie** cancéreuse : leucémies, hodgkin,
Equipement plateau	Imagerie de la femme Imagerie en coupe généraliste (TDM IRM) Plateau technique d'endoscopie : Endoscopies diagnostiques et interventionnelles Imagerie interventionnelle de la femme Médecine nucléaire Endoscopies digestives interventionnelles Imagerie interventionnelles Médiastinoscopie et Biopsie trans-bronchique (CHV ou clinique Teissier)
Développement d'une structure dédiée	« Clinique de la femme » au CHV centrée sur la pathologie gynécologique et en particulier l'optimisation et l'expertise des activités dans ce domaine. Une structure identique peut être développé pour le thorax – pneumologie : « Centre d'Investigation des Tumeurs du Thorax (CITT) »,
Soins de supports	**Consultations** **Thématiques de PEC :** • Douleur • Prises-en charge psycho • Nutrition • Soins palliatifs **Mises-en place de soins de support opérationnels :** Les infirmières de pratique avancée peuvent être mise en place (suivis des plans de soin) au sein des soins de support très en amont de la prise en charge Douleur, Palliatif, Nutrition, Psycho incluant la télémédecine : Télépadhia / Télépalia etc.

Le plan d'action du CHV en cancérologie, pour l'ensemble des parcours, se construit autour des étapes suivantes :

Etapes de la réalisation	Porteurs	Calendrier
Renforcer la détection des cancers : cliniques, imagerie, endoscopies, par ZP animés par Cambrai / Maubeuge / Valenciennes	Dr Prolongeau	4tr 2018
Organiser et mettre en œuvre les RCP publiques par télé consultation	Dr Lemaire	4tr 2018
Organiser et mettre en œuvre les Chimiothérapies par centre associé référent en vue de l'obtention d'autorisation /ZP	Dr Estève	4tr 2018
Consolider et développer la prise en charge médicale : soins de support par ZP animés par Cambrai / Maubeuge / Valenciennes : Douleur, Nutrition, PEC Psycho	Dr Lemaire	4tr 2018
Organiser et mettre en œuvre un Dispositif territorial/ZP d'information – orientation pour la détection et la PEC des cancers.	Dr Castells – Mr André (DSIO)	4tr 2020
Organiser et mettre en œuvre des centres experts : « Clinique de la femme » ou Centre d'Investigation des Tumeurs du Thorax (CITT)	Dr Prolongeau Dr Estève	2020 - 2022

A titre d'exemple le parcours type du cancer au CHV se décline de la manière suivante en utilisant le modèle ci-dessus le parcours du cancer du sein peut être formalisé ainsi :

Etapes	Modalités
Porte d'entrée	MG & MT & MS & SERVICES HOSPITALIERS : Détection CLINIQUE : Cs MG , Chirurgie , Gynéco IMAGERIE : imagerie de la femme :dépistage ou Cs
Information / Orientation	Portail Ville – Hôpital ou PTA : « information / orientation / coordination » des patients et pour les médecins généralistes, médecins traitants, médecins spécialistes et services hospitaliers spécialistes.
Prise en charge	**Création d'une « clinique de la femme »** qui associe : - *Détection :* service de l'Imagerie de la femme assurant radiologie et sénologie appuyée dès 2018 par de l'intelligence artificielle permetttant de sécuriser les diagnostics (corrélations aux données de la littérature médicale et échanges / partages avec les pairs et les experts). - *Consultations spécialisées:* anatomopathologiste, chirurgien (ETABLIR LE DIAGNOSTIC dans les plus brefs délais / Confirmer le diagnostic sur l'analyse de biopsies /Réaliser un bilan d'extension). - **Cs annonce** - *Imagerie Nucléaire :* assurer la détection des métatastases et le suivi de l'extension secondaire des cancers. - *Chirurgie + Anesthésie :* Développer les actes ambulatoires → revalidation précoce, patient debout, préparation nutritionnelle, etc. - *Oncologie médicale :* synergie à organiser entre le service CHVal et le centre des Dentellières.

	- *Radiothérapie :* la synergie existe d'ores et déjà avec le centre des dentellières à Valenciennes et pour certaines patientes le centre Gray à Maubeuge. - *Organiser la RCP de niveau territorial* si besoin de référence : chirurgien gynéco, oncologue médical, Radiologue, Radiothérapeute, Onco gériatrie, - *Soins de support.*
Sortie	- Médecine de ville - Service hospitaliers assuant le post MCO (SSR)
Suivi	- Portail Ville – Hôpital ou PTA : « information / orientation / coordination » des patients et pour les médecins généralistes, médecins traitants, médecins spécialistes et services hospitaliers spécialistes incluant la télémédecine : téléconsultation pour suivi oncologique si besoin. - MG & MT & MS : assurent les soins en ambulatoire et en particulier les traitements symptomatiques en ayant accès par le portail en ayant accès aux dossiers des pateintes. - Soins de support (infirmière pratique avancée ?) : Douleur, Palliatif, Nutrition, Psycho incluant la télémédecine : Télépadhia / Télépalia etc. - Renforcé par de l'intelligence artificielle permetttant de gérer les différents type de cancer du sein dans une vision santé publique en lien avec l'institut de santé publique en voie de réalisation au CHV (corrélations aux données de la littérature médicale et échanges / partages avec les experts).

Ce parcours s'intègre dans celui du Valenciennois et se construit autour des étapes prédéfinies pour le GHT :

1. DETECTION, RCP et ANNONCE : prise en charge initiale : Les moyens de diagnostic et de Détection - diagnostic du cancer du sein :

Outre la détection par les médecins généralistes et les radiologues libéraux, pour le secteur public le diagnostic repose également sur les dispositifs hospitaliers suivants :

CH de Denain :

- Mammographie numérisée
- Deux radiologues sénologues spécialisés en mammographie (Dr De Mellis, Dr Sabor)
- Une consultation de chirurgie gynécologique en maternité (Dr Cremieux)

CH du Quesnoy :

- Mammographie numérisée
- 1 échographe
- Un scanner
- 5 radiologues sénologues (3 PH temps partiels, 3 PH par convention avec cabinet privé)
- Techniques réalisées sur site : Cytoponction, microbiopsie : laboratoire Anapath Nord Unilab Valenciennes.

CH de Valenciennes :

- Consultation de gynécologie au sein du pôle de cancérologie.
- Consultation de chirurgie gynécologique (pôle cancérologie)
- Mammographie numérisée, échographie, Scanner, IRM, 2 radiologues sénologues (Dr Poncelet, Dr Laurent), 2 assistants spécialistes, 1 service dédié à l'imagerie de la femme
- Microbiopsie, macro biopsie, guidage IRM
- Service d'Anatomo-pathologie.
- Scintigraphie.
- TEP scanner

Objectif 1 du PMP du CHV et du Valenciennois : mise en place d'un réseau de détection – diagnostic du cancer du sein

Sur ce premier périmètre, une association entre les différents centres peut être réalisée et/ou est effective concernant les activités suivantes :

- Le diagnostic expert :
  - 2nd lecture, La relecture des examens difficiles ? : liaison par télé médecine ?
  - IRM du sein, Le guidage IRM pour certains dossiers très spécialisés.
  - La macrobiopsie, microbiopsie ?
  - L'anatomo-pathologie des prélèvements.
- L'accès au TEP et à la scintigraphie : à formaliser ?
- Les consultations de chirurgie gynécologique : centre de Denain et Valenciennes.
  - Le Dr Cremieux du CH de Denain dispose de créneaux opératoires sur Valenciennes (ambulatoires et conventionnels)

Objectif 2 du PMP du CHV et du Valenciennois : Place de la RCP

La RCP Publique de Valenciennes regroupe :
- les chirurgiens gynécologiques CHV - CHD.
- Les oncologues du CHV
- Les radiothérapeutes des dentelières.
- Les oncogériatres du CHV.
- Les radiologues du CHV (imagerie de la femme)
- Cette RCP est disponible par Téléconférence (Liaison avec le centre de Denain à explorer) : extension possible aux patientes des autres zones de proximité du GHT.

Objectif 3 du PMP du CHV et du Valenciennois : Consultation d'annonce

- Valenciennes : chirurgiens gynécologues
- Denain : Chirurgien gynécologues.
- Patientes du Quesnoy ? un onco gériatre en cours de formation (selon qu'elles sont orientées en privé ou au CHV ?)
- Place de la consultation d'onco gériatrie ?
- Place des oncologues médicaux ?
- Dispositif d'IDE formées pour reprise de la consultation d'annonce au CHD (non signalé dans les documents au CHV).

2. SUIVI :

Les moyens : état des lieux

Denain : équipe mobile de soins et d'accompagnement :

- Médecin responsable : Dr Hanot.
- IDE formées aux soins palliatifs
- Une psychologue
- Equipe douleur à préciser.
- Diététicienne.

Le Quesnoy :

- 3 médecins titulaires du DIU soins palliatifs.
- 1 psychologue titulaire du DUSP + hypnose pour PEC de la douleur
- 1 IDE et 1 cadre en formation DUSP.
- Diététicienne
- AS
- 5 LISP (3 MCO, 2 SSR)
- Pas de formation spécifique douleur ?
- Pas de formalisation d'une équipe de soins de support ?

Valenciennes :

- Equipe mobile de soins de support et palliatif complète
- Service de soins palliatifs
- LISP.
- Unité douleur, centre douleur labellisé.
- Mise en place neurochirurgie de la douleur en cours
- Mise en place des cathéters péri nerveux en cours
- Discussion en cours pour mise en place **d'une RCP soins de support** en association avec le privé : Télé conférence possible pour cette RCP (liaison aux équipes du Quesnoy et de Denain ?)

Objectif 4 du PMP du CHV et du Valenciennois : Mise en place d'un réseau de suivi des patientes atteintes de cancer du sein du Valenciennois Quercitain

Sur ce périmètre de l'accompagnement et du suivi des patientes, une association entre les différents centres peut être réalisée et/ou est effective :

- Autour de la RCP de soins de support et palliatifs qui pourrait au départ être territorialisée.
- Des actions de Télé médecine à partir de l'équipe complète de Valenciennes pourraient être également mise en place (Télésupcare valenciennois Quercitain)
- Mise en place d'un réseau d'imagerie entre les différents centres hospitaliers (archives neutre, portail ville hôpital ?), pour partage des images entre les différents CH.
- Accès aux imageries réalisées en structure privées pour le périmètre.
- Mise en place d'une liaison forte si nécessaire avec le service de soins palliatifs du CHV.

3. PROJETS 3/4/5 ANS dans la ZP Valenciennois Quercitain

1 an : développer les partenariats entre les équipes CHD/CHV/Le Quesnoy

- EMSSP : Télésupcare pour dossier complexe ?
- Douleur : **Mise en place réseau de prise en charge pour technique particulière** (neurochirurgie de la douleur, intrathécal, KT périnerveux etc.)

- Assoir les réseaux d'expertise et communiquer au professionnels de Villes (radiologie sénologie ? télé médecine ?), anapath, soins palliatifs, douleur…… cette action dépend de la mise en place effective des réseaux.
- Développement et promotion de la chirurgie reconstructrice en un temps.
- Développement et promotion de la chirurgie ambulatoire
- Développement et promotion des techniques anesthésiques spécifiques (Revalidation précoce patient debout etc.).
- Evaluation possibilité mise ne place de Radiothérapie métabolique et utilisation autres radio traceurs pour diagnostic et suivi.
- Mise en place du réseau radiologique (partage d'images)
- Plages de suivi onc gériatrique (hormonothérapie etc.) pour patiente âgées.

3 ans :

- Denain associé pour chimiothérapie (CHV)
- Développement de référentiels de surveillance pour médecin généralistes.

5 ans : Accessibilité des examens radiologiques de tout le GHT (autres zones de proximité).

Gradation de la prise en charge pour les autres zones de proximité du GHT : Aide du CHV pour la structuration des activités d'oncologie concernant le cancer du sein dans les autres zones de proximité :

- Le CHV peut être support pour tous les éléments précités dans un souci de gradation des soins et sur les différents points exprimés précédemment, le développement sur le Valenciennois Quercitain permettant d'assoir le réseau pour le déployer secondairement ;
- Le repositionnement d'activité chirurgicale publique de prise en charge du cancer du sein et de filière complète publique de prise en charge dépendra de la volonté de chaque établissement du GHT et de son positionnement notamment par rapport au secteur libéral.

L'ensemble de ces actions s'inscrit dans celles proposées pour le GHT à travers des actions opérationnelles qui soit à consolider soit à mettre en œuvre :

Chantiers : modèle des PEC du GHT	Délais
Centre de détection et diagnostic : ES - ZP et /ou GHT pour cas complexes : ▪ Equipement des CH en mammographes. ▪ coordination / coopération avec radiologues libéraux et hospitaliers.	12 mois
RCP ZP et /ou GHT pour cas complexes → RCP de territoire	3 / 5 ans
Consultation d'annonce	12 mois
Prise en charge thérapeutique : ▪Chimiothérapie centre associé : accès à l'innovation thérapeutique,	12 mois
Prise en charge thérapeutique : ▪Radiothérapie	
Soins de support ▪ RCP de soins de support ▪ Télé médecine pour soins de support	12 mois
Registre Oncoval : ▪ Mise en place de suivis	12 mois

Annexe 1b – Parcours Addictologie

Le parcours Addictologie est aussi un projet pluridisciplinaire et inter filière qui permet la prise en charge de tous les types de patients.

Contexte et enjeux

Le parcours addictologie du CHV et plus largement du Valenciennois s'inclut dans le projet du GHT dont le PORTEUR est : Dr Yguel, les PILOTES par ZP du territoire sont : Addicto Sambre Avesnois : Dr Granato, Addicto Cambrésis : Dr Vanderpotte.

L'enjeu du GHT sur ce parcours est de passer des prises en charge centrées sur le produit à des prises en charge centrées sur le comportement :

- Avec des prises en charge plus complexes concernant les toxiques, les troubles de nutrition, les troubles du comportement alimentaires et les troubles psychiatriques,
- Avec des activités sanitaires et médico-sociales, voire sociales

Les définitions et orientations sont définies pour le territoire dans le SROSS 2009 toujours en cours : quatre leviers continuent d'être pertinent**s.**

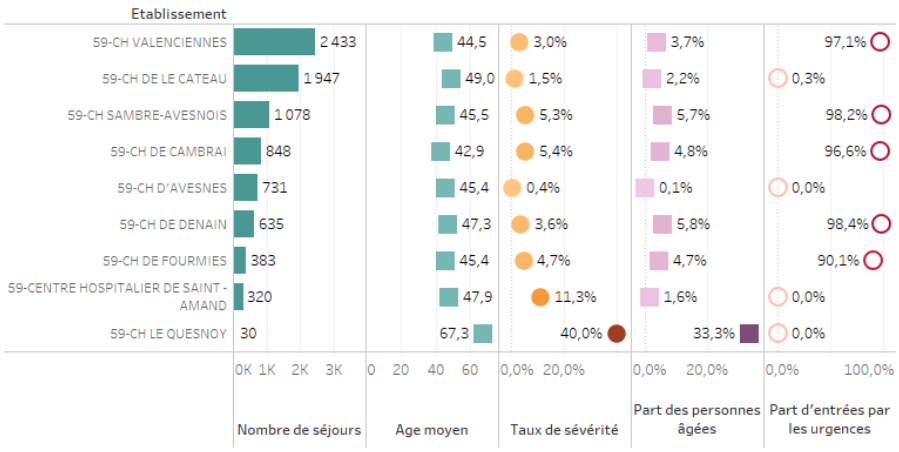
- 1er levier : promouvoir la connaissance en santé, diffuser la connaissance des risques, des facteurs de risque et des pathologies auprès des usagers et des citoyens
- 2ème levier : agir de façon concertée sur les déterminants de la santé
- 3ème levier : Favoriser un recours plus précoce aux soins
- 4ème levier : organiser mieux la prise en charge de l'usager dans un parcours coordonné

Ces leviers sont d'actualité pour le CHV, le Valenciennois et le GHT HC avec des orientations en cours dans le PRS 2 sur le volet Handicap, dépendance et addiction.

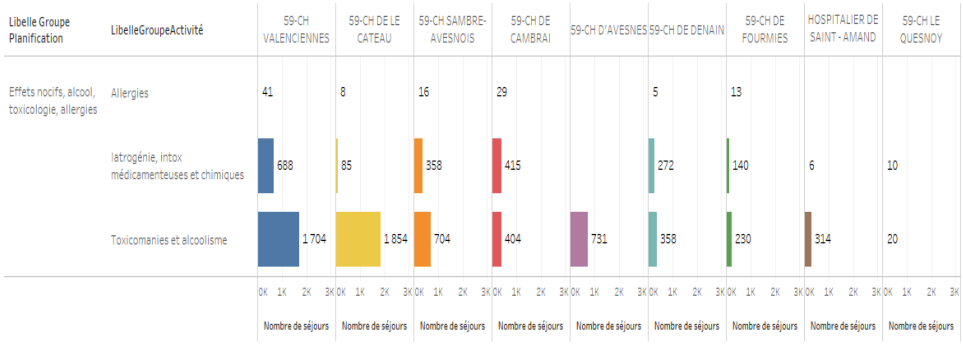
Chiffres clés

Les données d'activités suivantes sont issues des données 2016 (de Janvier à Novembre) sur le domaine d'activité MCO Toxicologie, intoxication et alcool.

NB : La méthodologie d'analyse est présentée en annexe



Données d'activité MCO 2016 (M11) des établissements du GHT en Toxicologie, Intoxication et alcool



Déclinaison de l'activité de la filière Addictologie en établissement MCO (par groupe d'activité)

Les propositions du GHT pour le parcours d'addictologie un parcours pour adapter les prises en charges aux évolutions de la discipline qui passe du risque « produit » à la prise en charge des comportements.

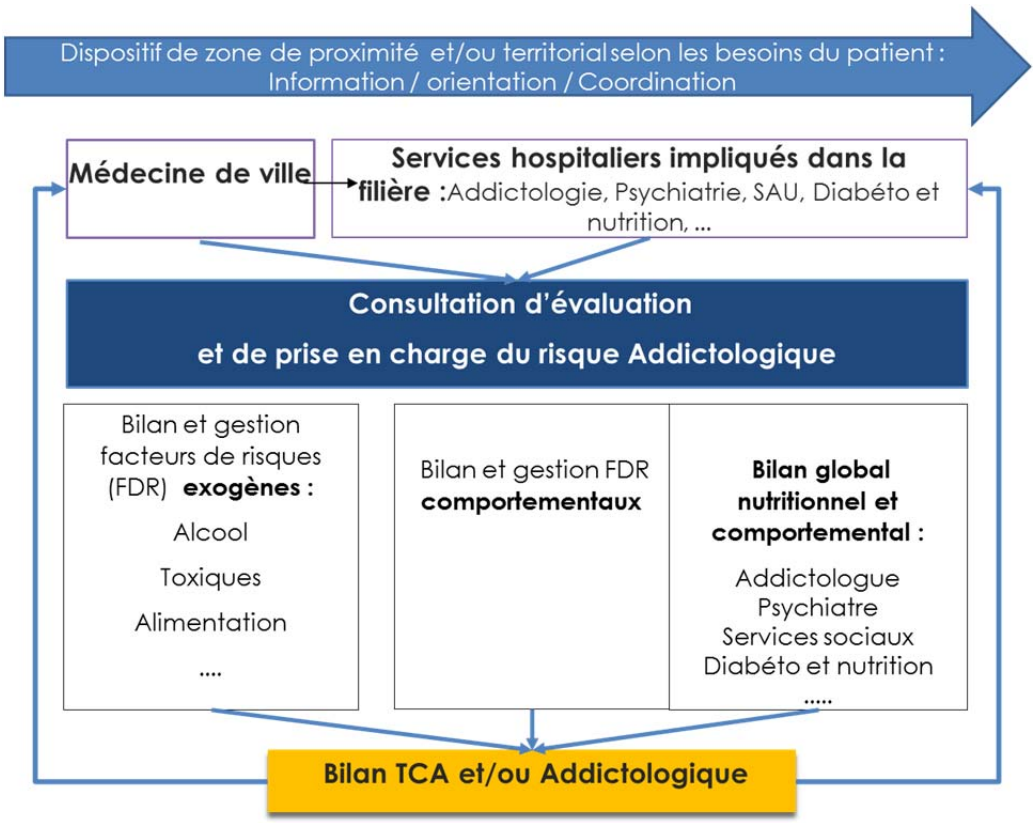


Schéma de fonctionnement de prise en charge des bilans TCA et/ou addictologique

Développer les parcours du PMP du GHT en addictologie :

Etape	Modalités
Porte d'entrée	M G & M Traitant & MS de ville & SERVICES HOSPITALIERS
Information/ Orientation	Portail Ville Hôpital pour les cas complexes pour MG & MTraitant & MS de ville & SERVICES HOSPITALIERS **Equipes de liaison :** organisation des consultations non programmées devrait être réalisée.

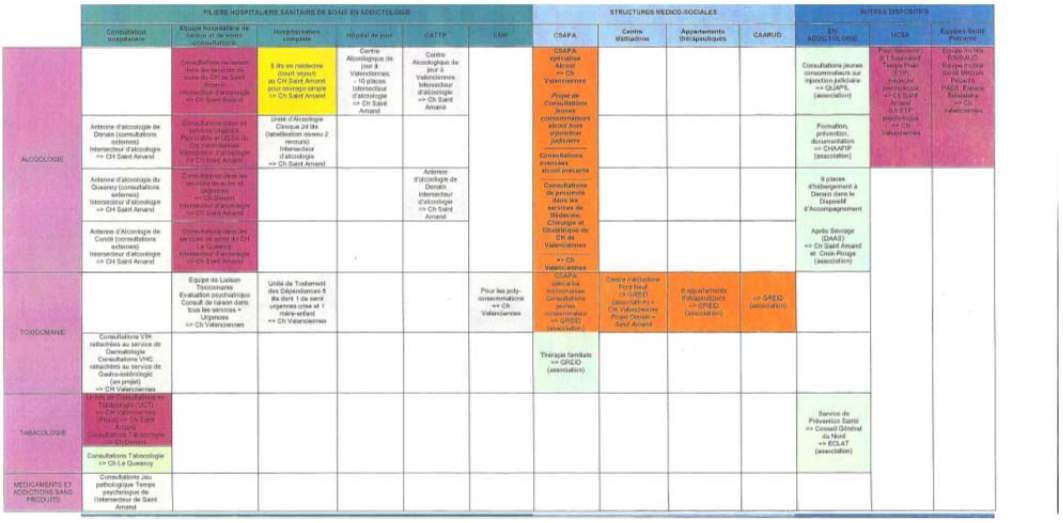
Prise en charge	**Addictologie : des coordinations fonctionnelles à consolider / développer dans les ZP :** • Dans le Valenciennois : coordinations et mutualisations formalisées et fonctionnelles autour des structures de psychiatrie et SSR • Dans le Cambrésis : coordinations et mutualisations formalisées • Dans le Sambre Avesnois : les coordinations et mutualisations sont à formaliser – développer en fonction des compétences et des moyens à disposition des ES (CHSA, CH Avesnes, CH Fourmies, HD Felleries Liessies)
Sortie	Médecine de ville Services hospitaliers : assurer le post MCO [SSR],
Suivi	Equipes de liaison : organisation des consultations non programmées devrait être réalisée. Opportunité d'une structure type « Le Val » à Le Cateau à développer ou reproduire pour répondre aux besoins du territoire. Articulation avec les CSAPA / MAS : EHPAD Suivi en secteurs psychiatriques Pour les patients chroniques avec encéphalopathies toxiques

Dans cette dynamique et depuis 10 ans le Valenciennois Quercitain propose des organisations mutualisées – coordonnées et partagées pour l'ensemble de la ZP :

Références : Décret du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins et d'accompagnement et de prévention en addictologie/ Circulaire du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie/ L'annexe 1 du SROS III de juillet 2007 relative à l'addictologie.

Naissance de la filière 2007 : à la demande de la communauté d'établissement qui regroupait les centres hospitaliers de Valenciennes, Saint-Amand, Denain et Le Quesnoy. Les axes prioritaires définis à l'époque par un groupe de réflexion piloté par le **Dr B.GIBOUR** : répertorier l'ensemble des structures travaillant dans le domaine des addictions, ES Sanitaires, médico-sociales ou autres, maillage territorial favorisant la proximité, modalités de financement

Tableau des structures :



$Charte de la zone de proximité de Valenciennes:

Article 3 : Maintenir, consolider et développer le maillage actuellement en place / Mettre en commun les « savoir faire » et les « compétences » dans le respect mutuel de chaque structure / Collaborer en vue de respecter les engagements définis et spécifiés à l'article 3-2

Les engagements définis et spécifiés à l'article 3-2 à l'égard des partenaires :

- Contribuer au développement des actions dans le respect des objectifs et des moyens de chacun
- Adhérer au principe de travail en mode concerté et multidisciplinaire,
- Observer des règles d'éthique et de bonnes pratiques,
- Adopter le principe d'une fiche de liaison remise au patient,
- Accepter le partage d'informations sur les patients,
- Participer au système d'information du groupe,
- Participer aux actions de formation initiale et continue en organisant des stages professionnels inter-établissements et interservices,
- S'impliquer dans les actions mise en oeuvre par le groupe,
- Accepter de soumettre son activité, dans le cadre du réseau, à une évaluation par rapport aux référentiels et objectifs poursuivis, dans une approche de type « démarche qualité »

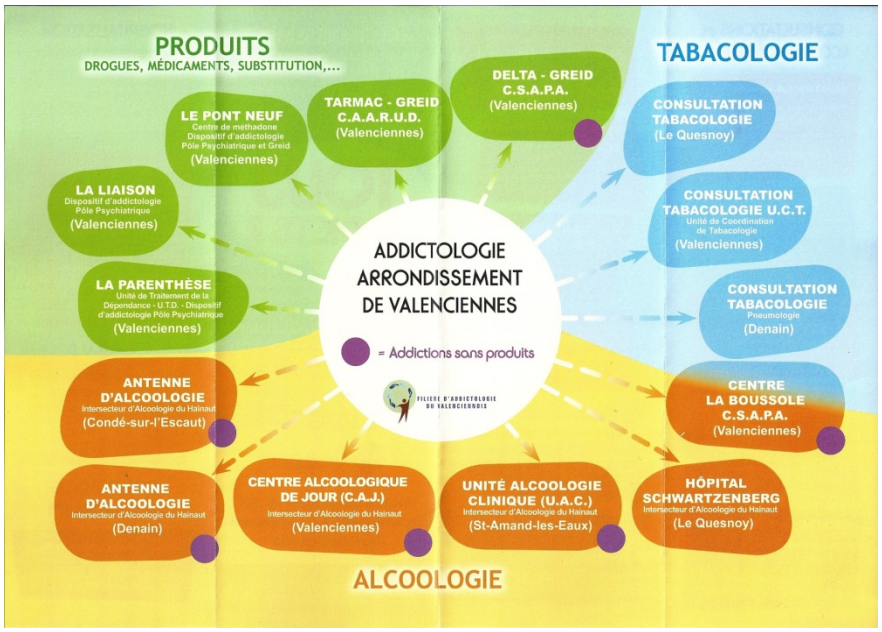
Outils communs aux différentes structures

- A destination des patients sous forme d'une plaquette d'information répertoriant les coordonnées des structures existantes.
- A destination des professionnels sous forme
  - D'une fiche de liaison entre les différentes structures,
  - Un annuaire des professionnels
  - Une information des acteurs du territoire et des numéros verts nationaux sur l'organisation en addictologie du valenciennois.

Fonctionnement de la filière d'addictologie du Valenciennois :

- **Gouvernance :** toujours très active depuis sa mise en place. Se réunie 2 à 3 fois par an. (lieu tournant de structure en structure sur la ZP). Le coordinateur de la Filière, élu pour 2 ans, est issu des différentes structures et unités constituant la filière : De 2015 à 2017 Mr HUGOT- GREID de Vals. Depuis juin 2017 Dr KYNDT – CSAPA la Boussole – CH de Vals
- Outils : Réalisation d'un logo + Réalisation de la plaquette «Tous Addicts? ». Facilitation des stages de découverte pour les professionnels paramédicaux. Réunion d'échange de pratique Intersecteur- GREID. Partage de savoir et de compétence. Cs de tabacologue de l'UCT au sein de l'UAC. Intervention de l'équipe de toxicomanie de liaison à l'UAC. Partage de temps médical Intersecteur-UTD
- **Organisation :** Mise en place d'un programme de formation de terrain en addictologie à destination des internes de psychiatrie /addictologie en stage sur le territoire de la Filière avec sessions d'échanges délocalisées : Prescription de TSO à l'UTD / Principes de réduction des risques au CAARUD / Actualités en alcoologie à l'UAC / Prise en charge au décours de l'hospitalisation à la communauté thérapeutique du Cateau-Cambrésis / Prise en charge du tabac en psychiatrie générale / Formation de sensibilisation à la TCC en Addictologie / Sessions de bibliographie/ Travail de réorganisation de l'équipe de liaison en addictologie intervenant au SAU de l'hôpital Jean Bernard de Valenciennes / Réfléchir et augmenter l'efficience de la liaison vers les autres services : MCO, SSR, psychiatrie ou vers d'autres structures médico-sociales, réseau précarité… / Développer le partenariat avec les services de prévention des conduites addictives type collectif de prévention des addictions du valenciennois « copréval ».

Communication : partagée et coordonnée



Les pistes opérationnelles de l'addictologie du Valenciennois en lien avec le PMP du GHT :

<u>A 1 an :</u>

→Réaliser une cartographie par ZP, inter ZP et GHT des organisations à mettre en œuvre :

- Renforcer les consultations hospitalières d'addictologie (en partenariat peut-être avec d'autres structures ambulatoires) sur des zones du territoire qui seraient moins couvertes
- Permettre une couverture et une présence les week-ends voire en soirée (proposition plus marquée sur la zone de proximité du Centre Avesnois et du Cambrésis).
- Dans le respect des structures existantes
- En mettant en évidence les synergies possibles du MCO au SSR

→ Proposer une maquette RH médicale et para médicale (voir PSP : projet de soins partagé qui accompagne le PMP) et un renforcement des équipes de liaison

→ Participer à l'élaboration des contenus de la PTA / Portail Ville Hôpital du GHT : information, orientation, coordination des cas complexes » tel qu'il est envisagé dans le PMP remis à l'ARS le 30

juin 2017. Ces dispositifs sont compatibles avec les dispositions PTA définis pat la loi LMSS et les développements attendus de l'ARS HdF. Ce dispositif prévoit : un outil d'information grand public (Numéro d'appel, site internet,….) mais aussi des professionnels permettant d'organiser de l'information, des échanges de pratiques, des journées thématiques voire de la recherche clinique ou autres modalités pour faire évoluer les connaissances et les compétences, voire évaluer le dispositif et l'évolution de ce dernier.

A 2/3 ans

Proposer des protocoles de PEC des pathologies duelles : terminologie retenue pour des programmes de soins à l'Hôpital de Jour Addictologie) ou comorbidité psychiatrique. Exclusion d'une prise en charge « intégrée » (à savoir création de lits dédiés).

Troubles du comportement alimentaire

Le parcours TCA est un projet pluridisciplinaire qui permet la prise en charge des patients.

Contexte et enjeux

Le CHV et le GHT font le constat de l'absence de PEC spécifique et de l'intérêt de santé publique sur le Valenciennois et le GHT et en particulier au CHV qui dispose aujourd'hui des compétences spécifiques dans ce domaine , en lien avec les services référents régionaux en particulier CHU de Lille.

Sur la région analyse du nombre de séjours et des files actives : code diagnostic DP ou DR en rapport avec un TCA.

Il ressort de l'extraction que la file active est de 60 patients, réalisant un nombre annuel de 280 séjours. Les séjours sont produits essentiellement par les établissements de la Métropole Lilloise, notamment par le CHRU de Lille (143 séjours) mais également par l'Hôpital Saint Vincent (109 séjours).

Il y a donc une pertinence du projet à réfléchir par rapport à l'offre de soin envisagée (consultation ambulatoire, ou HDJ sur Valenciennes), et par rapport à la pérennité économique (file active indéterminée, car cette suggestion faisait écho à la demande du Pr Cottencin (CHU de Lille) d'avoir un relais local de ses PEC lilloises, or le relais sera peut-être déjà assuré en cas de création des unités de référence du GHT sur Valenciennes).

Le parcours TCA du CHV et plus largement celui du Valenciennois s'inclut dans le projet du GHT dont le PORTEUR est : Dr Semal et les PILOTES par ZP du territoire sont : pour le Sambre Avesnois : Dr Campins , et pour le Cambrésis: Dr Vermoelen.

Les propositions pour le parcours TCA : développer les parcours du CHV TCA comme décrit ci-dessous

Etape	Modalités
Porte d'entrée	M G & M Traitant & MS de ville & SERVICES HOSPITALIERS
Information/ Orientation	**Portail Ville Hôpital** pour les cas complexes pour MG & MTraitant & MS de ville & SERVICES HOSPITALIERS **Equipes de liaison :** organisation des consultations non programmées devrait être réalisée.

Prise en charge	Création d'un HdJ pour les TCA Coordonner et renforcer les activités TCA Explorer à termes dans 5 ans l'opportunité d'une unité à minima de 5 ou 6 lits TCA
Sortie	Médecine de ville Services hospitaliers : assurer le post MCO [SSR],
Suivi	Equipes de liaison : organisation des consultations non programmées devrait être réalisée. Opportunité d'une structure type « Le Val »

Réalisations attendues : 1/3/5 ans

1 à 2 ans - **Consultation TCA**
Offre de proximité de consultations spécialisées sur chacune des ZP avec 1 ou plusieurs intervenant(s) à former (DIU) pour accueillir les demandes, repérer les situations à risque, et travailler en lien avec les unités de référence du GHT sur Valenciennes:

- Cs spé sur le CHV en lien avec les unités HDJ et TC à créer sur Valenciennes
- Intégration dans le réseau des partenaires associatifs déjà présents (ex : Le GREID sur la ZP de Valenciennes)

1 à 2 ans - **HDJ TCA (ZP de Valenciennes)**
CH Valenciennes : Unité de 10 places (plateau technique, position géographique (transport) et facilité de recrutement de PH en Psy). Financement T2A (pas d'équilibre en fonctionnement isolé ; nécessité de s'appuyer sur une unité Temps Complets pour mutualiser et assurer l'équilibre financier parallèlement à des soins de qualité)

2/3 ans Equipe Mobile TCA (ZP de Valenciennes)
Pour permettre l'accompagnement ponctuel et le soutien auprès des partenaires des différentes zones de proximité (aide à la PEC ambulatoire pour des référents qui ne sont pas toujours formés –cf. équipe de l'URSAVS)

3/5 ans - Unité Psychiatrique Temps Complet de PEC de l'adulte jeune (16-25 ans) (ZP de Valenciennes)

- Unité de 10 lits (8 à 12 ?) sur le CH de Valenciennes, en raison de son plateau technique et de sa position géographique (transport) et facilité de recrutement de PH en Psy.
- Cette unité nécessitera un financement en DAF Psy et donc un choix politique d'augmentation de la DAF en raison des besoins du GHT. Avec la mise en communs de personnels, cette unité pourrait répondre à un besoin spécifique tout en assurant la faisabilité économique d'un HDJ TCA.
- Orientation TCA mais aussi les troubles du comportement de l'adulte jeune
- Nécessite la proximité d'un plateau technique somatique et une collaboration tant avec les secteurs psychiatriques et inter secteurs pédopsychiatrie, qu'avec les services somatiques.

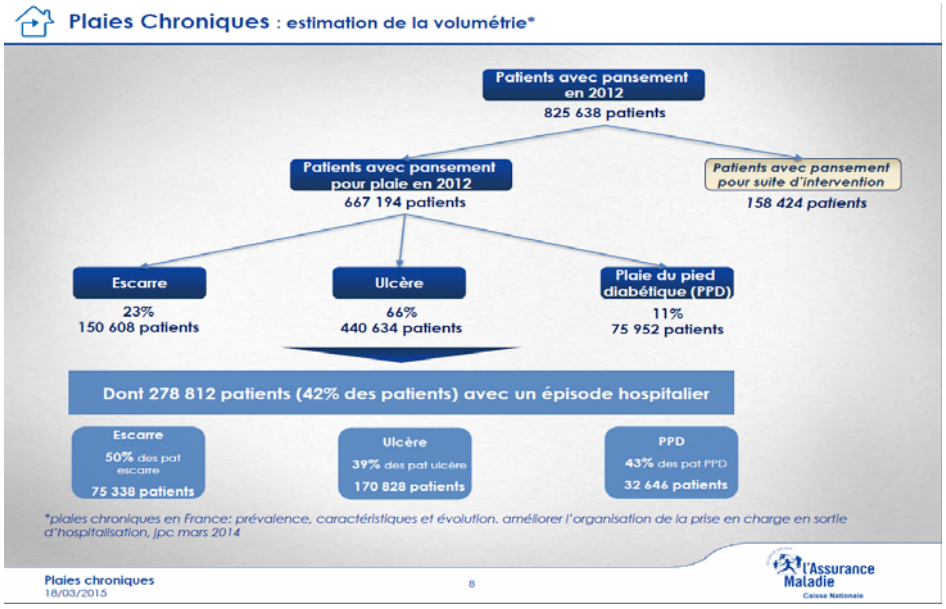
Autres orientations :

- **Déployer à 1 à 2 ans SSR de 4-6 lits** sur la ZP SA pour les patientes avec BMI>16, en relais d'une hospitalisation temps complet aigüe, à proximité ou à distance de leur lieu de vie.
- **1 à 2 ans : coordination** = numéro vert.
- **3/5 Ans** Mise en œuvre d'un **pôle territorial** : quel modèle ?

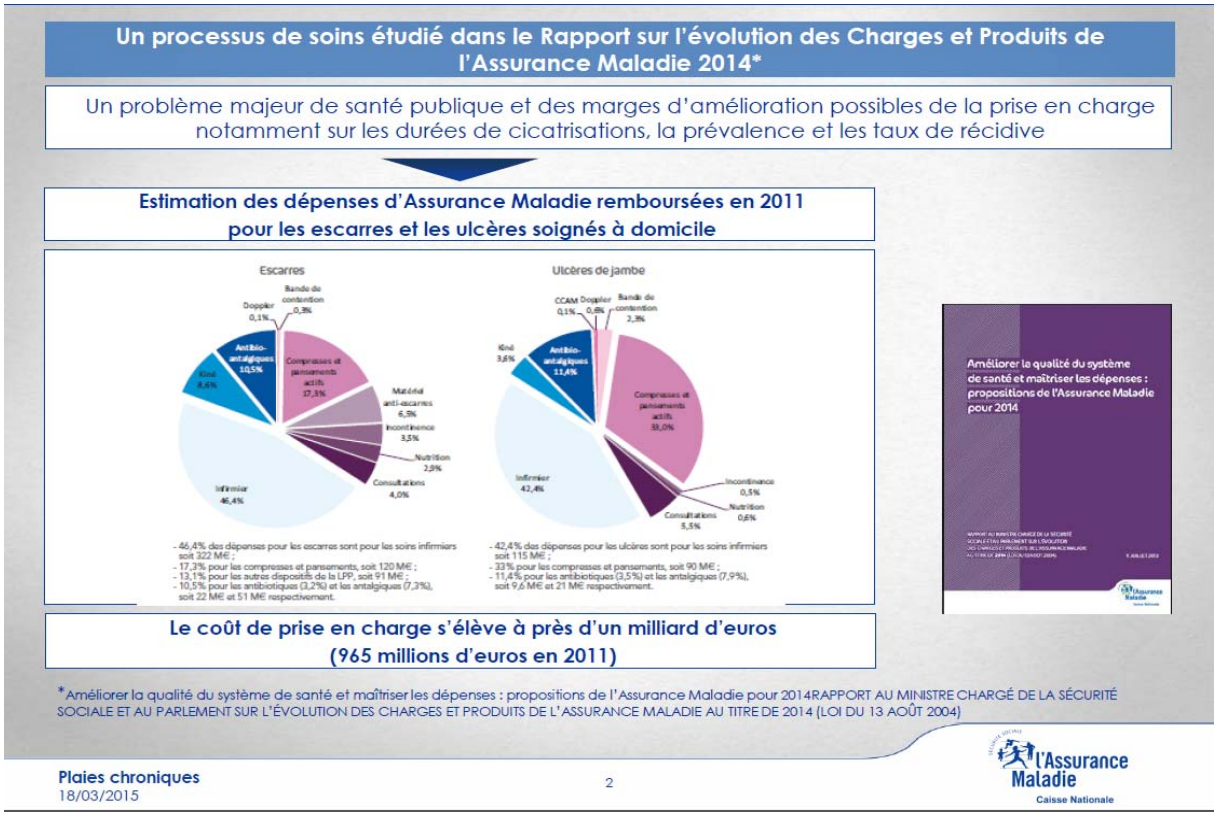
Annexe 1c - Parcours Plaies et cicatrisation

Contexte et enjeux

La typologie des plaies étudiées en 2015 par la CNMATS mettait en évidence une prévalence importante de la pathologie :



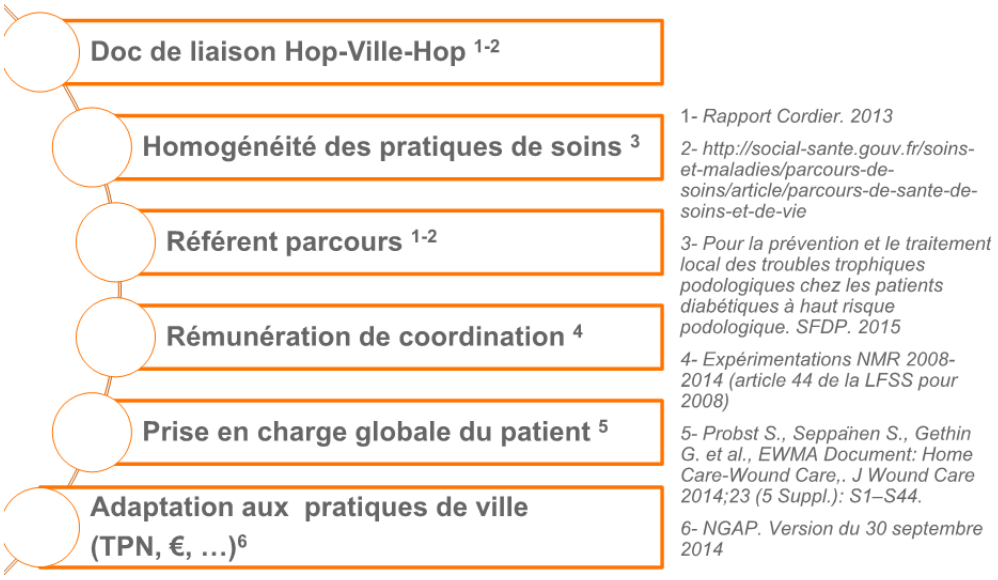
Cette étude définie aussi les potentiels d'efficience de ces prises en charge :



Par ailleurs et comme souvent dans les thématiques de santé publique nous retrouvons ici les mêmes déterminants qui permettraient une PEC optimisée des patients :

- La disponibilité faible d'une expertise des soins ville – hôpital permettant le diagnostic – PEC/Traitement – suivi des patients présentant des pathologies liées aux plaies et à leur cicatrisation.
- Une coordination assurant le contrôle de l'évolution et des complications par les coordinations pluridisciplinaires.
- Une gradation permettant de traiter les plaies complexes et qui dans notre GHT peut être traité dans chaque ZP,
- Un dispositif ZP de « information – orientation – coordination » assurant les liens entre les différents intervenants à l'hôpital et en soins de ville.

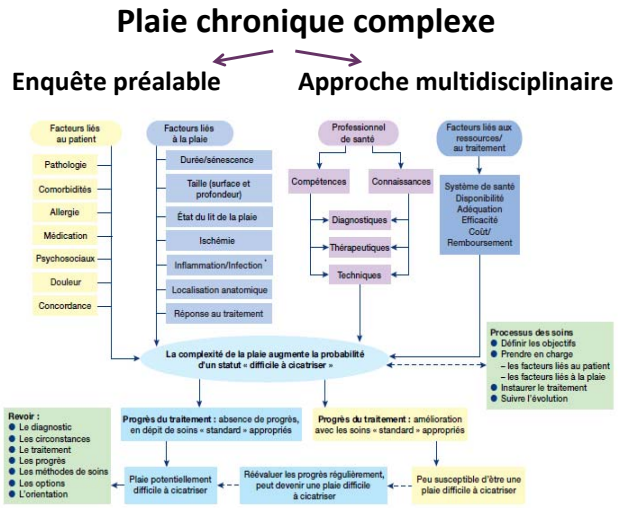
Dans le même temps ils soulignent les difficultés liées à une pratique graduée et coordonnée de ces activités avec une démographie critique des dermatologues de ville ou à l'hôpital et l'absence de la mise en œuvre des principes structurants de l'organisation repris dans le schéma ci-dessous :



Organisation actuelle de l'offre de soins au CHV :

- 1 Dermatologue- chef de service
- 5 Dermatologues
- 9 endocrinologues (pied diabétique)
- 5 chirurgiens vasculaires
- 2 internistes
- 3 infectiologues
- 1 orthopédiste
- Une RCP pied diabétique.
- Des gériatres formés.
- <u>Une équipe paramédicale formée en intra hospitalier</u>

Au CHV les principes d'approche médicale à développer pour la prise en charge des plaies :



Les propositions pour le parcours interne au CHV

Sur la base des propositions du groupe de travail du PMP :

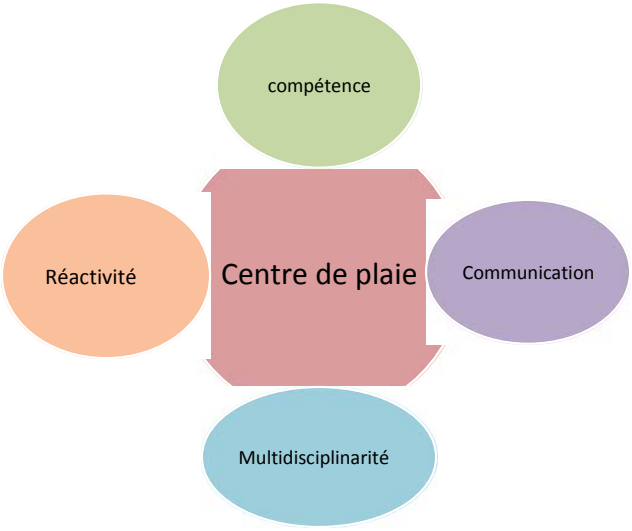
- **Le porteur du projet GHT :** Dr Philippe MIQUEL :
- **Les pilotes des ZP :** Valenciennois : Dr Demets, Sambre Avesnois : Dr Muresan

Les principes de la PEC au CHV à partir d'un « *cahier des charges*»

- **Coordination** effectuée par **un médecin « *compétent* » en cicatrisation** (indépendamment de sa formation médicale initiale)
- permettant un **accès rapide** aux investigations et à une prise en charge spécialisée;
- Une **équipe multi-professionnelle** : infirmières, podologue, podo-orthésiste, médecins spécialistes, des acteurs sociaux et administratifs
- Identification de **lits d'hospitalisation** : optionnel mais conseillé.

Le schéma de déploiement du parcours au CHV suivra les principes définis pour le GHT qui associe sur la base d'un « *cahier des charges*» commun le développement de la Télémédecine. Les équipes du CHV proposent, pour la durée du projet médical, une démarche en 5 étapes , qui peuvent être concomitantes :

1. **Création d'un centre de plaie :**



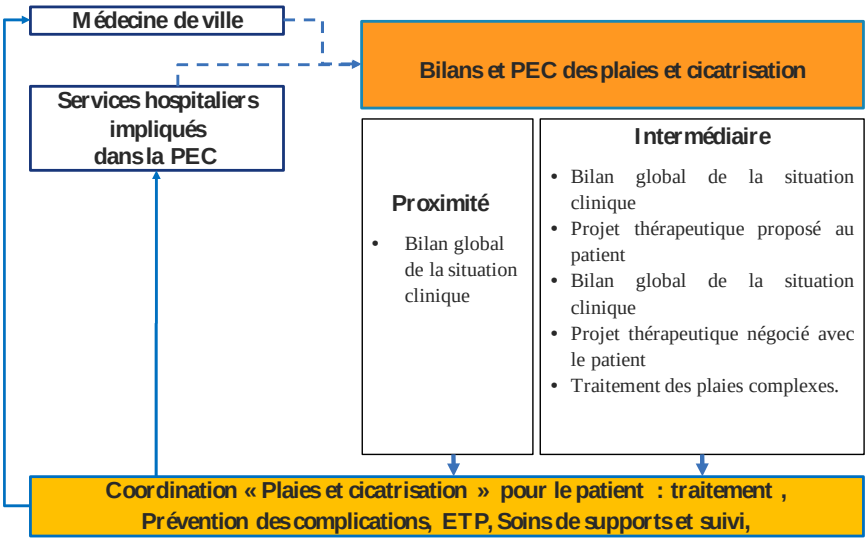
•

Il s'agit d'une :

- Structure spécialisée autonome et permanente;
- Identifiée pour recevoir des patients porteurs de plaies;
- Locaux définis et adaptés à la pratique ambulatoire (accueil, salle d'attente, salle de soins, bureau médical);
- En lien avec un plateau technique (imagerie médicale, laboratoire d'analyse biologique, bloc interventionnel, bloc chirurgical...);
- En lien avec une ou des structures d'hospitalisation complète réactives disposant de moyens de communication
- Coordination effectuée par un médecin « *compétent* » en cicatrisation (indépendamment de sa formation médicale initiale)
- permettant un accès rapide aux investigations et à une prise en charge spécialisée;
- Une équipe multi-professionnelle : infirmières, podologue, podo-orthésiste, médecins spécialistes, des acteurs sociaux et administratifs
- Identification de lits d'hospitalisation : optionnel mais conseillé
- Enfin **identifier et mettre en œuvre l'équipe active du centre**
  - Un médecin coordinateur
  - Un cadre infirmier
  - Un administratif

2. **Maillage du territoire au plus près du patient :**

- Création de partenariats sur la ZP ou établissements proches : sous forme de consultations avancées, dialogue avec une infirmière experte ou un médecin référent ou par transfert de données, pour la prise en charge des plaies de l'établissement et sa périphérie
- l'orientation des patients une fois le diagnostic et le protocole de soins établis en fonction de l'offre de soins proposée
- Associer la médecine et infirmières de ville : environ 50% des patients, en facilitant l'accès aux services de plaies par un numéro de téléphone direct, avec quand nécessaire un accès direct dans le service pour permettre une prise en charge rapide (réactivité +++)
- Organisation de la prise en charge en aval :
  - Mise en place de partenariat avec les HAD / SSR / EHPAD …
  - Recensement des prestataires de soins (IDE spécialisées)
  - Concertation avec la médecine et infirmières de ville pour la prise en charge au domicile du patient
  - échanges, conseils.. avec mails sécurisés



Articulation de la médecine de ville et des services hospitaliers dans la prise en charge et la coordination pour la filière

3. **Optimiser les recours :**
   - Transfert des connaissances / compétences : Infirmière experte, équipe mobile
   - Assurer une formation globale des intervenants suivants leur expertise.
   - Envisager la recherche partagée
4. **Informer/ communiquer : dans les ES, vers la médicine de ville, vers les patients :**
   - Création d'un annuaire avec un numéro d'appel direct : Centre de plaie
   - Soirées ou rencontres thématiques
   - Développer la prévention de la PEC des plaies chroniques (afin d'éviter le stade complexe)
5. **Proposer un modèle médico-économique acceptable pour le CHV.**

Dans cette dynamique les missions du centre serviront à préciser les **orientations du parcours de soins**

- **Entrée :** diagnostiquer le type de plaie, évaluer l'urgence,
- **PEC – orientation :** pratiquer les soins de la plaie, définir un protocole de soins, orienter vers les spécialistes,
- **Suivi :** assurer le suivi +++ (permanence des soins, parcours de soins) = tour de contrôle, et assurer l'éducation thérapeutique

Sous la forme décrite dans le tableau ci-dessous le niveau de proximité suppose de mettre en œuvre au CHV et dans chaque ES/ZP cette organisation du parcours :

Etape	Modalités
Porte d'entrée	Médecine de ville Services hospitaliers impliqués dans la filière : tous et plus spécifiquement la dermatologie, médecine polyvalente, gériatrie, SSR, etc.
Information / Orientation	Portail Ville – Hôpital ou PTA : information / Orientation / coordination
Prise en charge	Cartographie atteinte dermatologique : Plateau d'hôpitaux de jour ou ambulatoire programmé : dermatologie, infectiologie, vasculaire (échographie, doppler artériel / veineux, etc.), locomoteur, etc.
Sortie	Médecine de ville / Services Hospitaliers impliqués dans la filière, HAD, SSR, médico-social, domicile
Suivi	Médecine de ville et services hospitaliers : coordination « plaies et cicatrisation » pour le patient : traitement, prévention des complications, ETP, soins de supports et suivi, etc.

Annexe 1d - Parcours « Passeport Vasculaire »

Contexte et enjeux

Lors du projet PMP les praticiens ont codifié les enjeux (par une cotation de 1 à 4) des parcours les pathologies d'appel présentées par les patients :

- 1 = enjeu très peu important pour le parcours
- 2 = enjeu peu important pour le parcours
- 3 = enjeu important pour le parcours
- 4 = enjeu très important pour le parcours

Codifier de 1 (peu d'enjeu) à 4 (très fort enjeu)	Volume d'activité actuel et attendu	Enjeux épidémiologique	Enjeux démographie médical	Prise en charge de la ville	Enjeux géographiques	Total
MALADIES INFECTIEUSES						
Pied diabétique	4	4	4	4	4	20
Ulcères	4	4	3	4	4	19
ENDOCRINOLOGIE						
Diabète	4	4	3	3	4	18
NEUROLOGIE						
AVC STANDARD	4	4	4	1	4	17
AVC thrombolysable	3	4	4	1	2	14
Bridging therapy	3	3	4	1	4	15
Maladies vasculaires (TVP, EP, AOMI)	4	4	2	1	4	15
MEDECINE INTERNE POLYVALENTE / DERMATOLOGIE						
Plaies et cicatrisation niveau 1	3	3	3	2	3	14
CARDIOLOGIE						
Angor stable	4	4	4	4	1	17
Insuffisance cardiaque	4	4	4	4	2	18
Cardiologie générale niveau 1	3	4	3	2	3	15
Troubles du rythme	4	4	4	2	2	16
Valvulopathie	4	4	4	3	1	16
Maladies vasculaires (TVP, EP, AOMI)	4	4	2	1	4	15
Cardiologie générale niveau 1	3	4	3	2	3	15
HTA	1	1	4	4	1	11
NEPHROLOGIE						
Maladies autoimmunes	1	3	1	3	4	12
IRC Aigue	3	4	3	1	4	15
IRC Stable	2	3	3	3	3	14

Figure 1 - Codification des enjeux en fonction des besoins des patients sur les parcours médicaux liés au risque vasculaire

Au travers de cette cotation ; il apparaît clairement que le risque vasculaire préoccupe fortement les praticiens de multiples spécialités du CHV, préoccupations qui rejoignent des constats épidémiologiques récents mettant en évidence une surmortalité importante pour ces pathologies sur notre territoire. Même si cette surmortalité est multifactorielle il paraît évident que l'organisation

des soins doit se saisir de ces enjeux notamment sur le volet Détection – prévention (voir chiffres ci-dessous.)

Chiffres clés

En effet la mise en place de ce parcours répond directement aux constats particulièrement dégradés concernant la mortalité par pathologie vasculaire dans le bassin de vie, notamment en ce qui concerne la surmortalité importante observée en Hainaut-Cambrésis par rapport aux moyennes nationales :

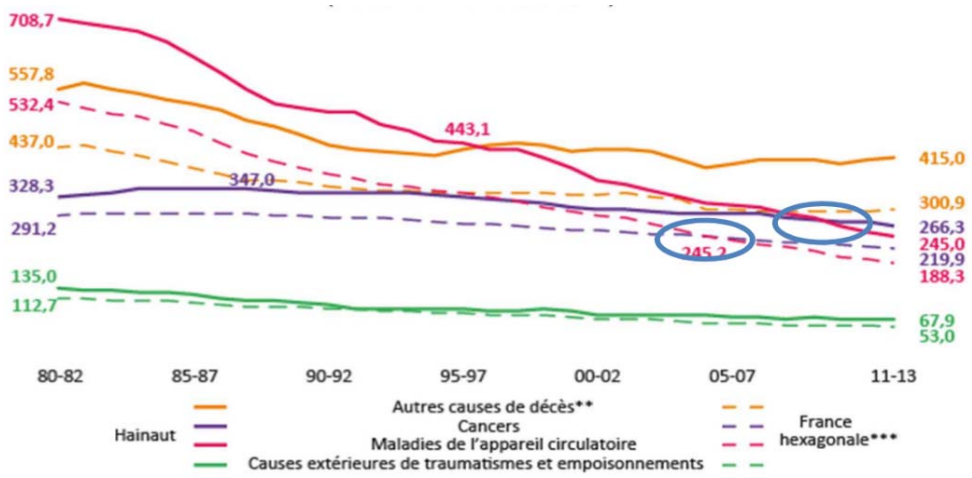


Figure 2 - Evolution de la mortalité pour les principales causes de décès (pour 100 000 habitants)

Spécifiquement la mortalité par maladie de l'appareil circulatoire sur le territoire avec 2563 décès en moyenne annuelle (26% des décès) est très importante et il existe :

- Une **surmortalité en regard de la France Hexagonale de +33%** (+ 31% pour les hommes et +36% pour les femmes,
- Chez les moins de 65 ans cette surmortalité atteint des niveaux extrêmes de **+60%** chez l'homme et **+75%** chez la femme,
- Cela représenterait également 678 décès évités avec la même mortalité qu'en France (313 pour les hommes et 365 pour les femmes) par an.

Organisation actuelle de l'offre de soins

Nous savons que les pathologies vasculaires répondent à un risque systémique.

De nombreux patients sont pris en charge dans des services spécialisés du CHV (cardiologie, néphrologie, neurologie, diabétologie, chirurgie vasculaire, médecine polyvalente,…) et par des médecins généralistes ou spécialistes de ville. Ceux-ci prennent en charge le patient selon sa symptomatologie et l'épisode aigu dans sa pathologie et, le plus souvent, réalisent un bilan d'organe ou d'appareil qui peut s'avérer suffisant lors de l'épisode aigu.

Par contre, le plus souvent :

- Ils traitent l'épisode aigu sous l'angle de leur spécialité
- Et ne vont pas jusqu'à étendre systématiquement leur bilan au système vasculaire dans son ensemble

- Et ne coordonnent pas, non plus, et rarement prescrivent la réalisation d'un bilan plus complet de l'atteinte vasculaire artérielle et de ses complications à venir qui vont impacter d'autres organes ou fonctions et produire des ré hospitalisations, complications.

Les propositions pour le parcours

En lien avec la médecine de ville - chargée du suivi du patient en dehors des épisodes aigus - il s'agit d'une offre de soin publique dans laquelle le CHV peut s'inscrire.

La première étape serait de mettre en place une consultation d'évaluation, de coordination et de suivi du risque vasculaire sous forme d'un protocole et/ou – à termes - d'une consultation structurée permettant de :

- Etablir la mesure des facteurs de risques (FDR) exogènes ou endogènes du patient,
- Etablir la cartographie de l'atteinte vasculaire souvent pluri focale,
- Produire un **passeport vasculaire,** remis au patient et, à destination des médecins de ville et hospitaliers chargés de sa prise en charge lors des différents épisodes de sa pathologie,
- Coordonner la surveillance et la prévention avec l'idée d'anticiper les complications hémorragiques ou occlusives et le suivi longitudinal du patient sur ces différents parcours de soins vasculaires ou autres.

Ce niveau concerne autant la médecine de ville que les différentes spécialités hospitalières – dont les urgences - et la médecine polyvalente, il s'agit par conséquent d'une liaison forte ville – hôpital.

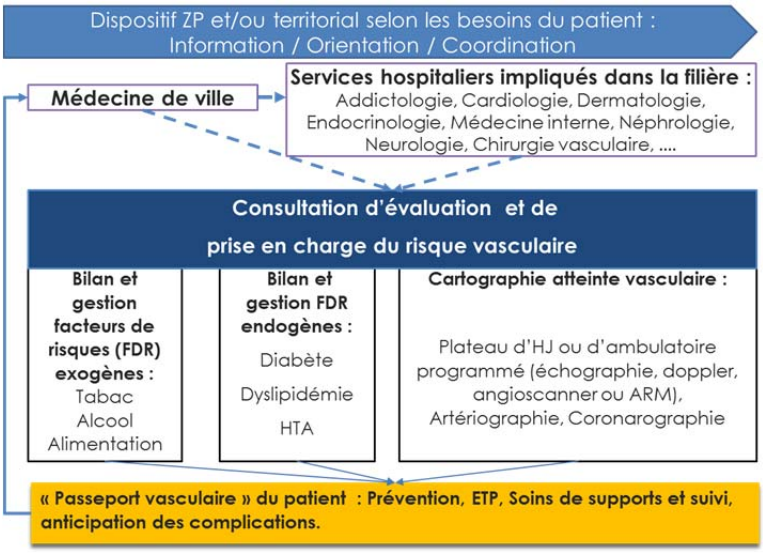


Figure 3 - Fonctionnement de la consultation d'évaluation et de suivi du risque vasculaire

La visibilité de cette consultation doit être particulièrement étudiée pour être destiné aux patients, aux professionnels de ville et hospitaliers.

La déclinaison du parcours interne dans le CHV ainsi décrit est schématisée de la façon suivante :

Etape	Modalités
Porte d'entrée	Médecine de ville Services hospitaliers impliqués dans la filière : Addictologie, Cardiologie, Dermatologie, Endocrinologie, Médecine interne, Néphrologie, Neurologie, Chirurgie vasculaire, …
Information/ Orientation	Portail Ville Hôpital du CHV : information / Orientation / coordination et gestion des cas complexes.

Prise en charge	Consultation d'évaluation et de prise en charge du risque Vasculaire : • Bilan et gestion facteurs de risques (FDR) exogènes : Tabac, Alcool, Alimentation • Bilan et gestion FDR endogènes : Diabète, Dyslipidémie, HTA, ... • Cartographie atteinte vasculaire : Plateau d'HJ ou d'ambulatoire programmé (échographie, doppler, angioscanner ou ARM), Artériographie, Coronarographie).
Sortie	Médecine de ville / Services hospitaliers impliqués dans la filière / HAD, SSR, médicosocial ; domicile.
Suivi	Médecine de ville et services hospitaliers : « Passeport vasculaire » du patient : Prévention, ETP, Soins de supports et suivi, anticipation des complications.

Ainsi les consultations seront réalisées sous la conduite d'un médecin pas obligatoirement spécialiste il peut s'agir d'un médecin généraliste à l'hôpital ou par des infirmières de pratique avancée et/ou des gestionnaires de cas.

Au CHV dans un délai 1 an :

Mise en œuvre d'une consultation dédiée et orientée « Risque vasculaire » permettra à partir de ce modèle de développer des activités de prévention/ PEC des évolutions et complications/ ETP/ … Ci dessous le modèle d'une consultation / enquête « Risque vasculaire » qui n'est pas une consultation réalisée par un spécialiste. Cela peut être une activité IDE ou Médecin polyvalent avec DU Vasculaire.

Cette consultation permet de détecter les facteurs de risques exogènes et endogènes + indiquer au patient sur un document « passeport » les surveillances ou examens complémentaires à effectuer :

CONSULTATION PASSEPORT VASCULAIRE – Evaluation initiale du patient

- Etat civil et coordonnées
- Profession
- Médecin traitant/généraliste
- Autres référents médicaux et chirurgicaux

Evaluation des facteurs de risques C/V

- Tabac : âge de début, consommation moyenne, tentatives de sevrage
- Diabète : type, âge du diagnostic, traitements oraux ou insuline, dernières évaluations rénales, ophtalmo, podologiques
- HTA : essentielle ou secondaire, traitements médicaux, interventions sur artères rénales
- Dyslipidémies : chiffres, régime, traitements
- Poids, taille, IMC, périmètre abdominal ,activité physique (périmètre de marche , dyspnée d' effort…)
- Evaluation du statut neuro vasculaire
- Antécédents d'AVC, AIT documentés
- Episodes de trouble du langage, de paresthésies, d'amaurose, non signalés ou non explorés
- Imageries des TSA déjà réalisées : nature et date de la plus récente, compte-rendu et résultats
- Interventions chirurgicale, radiologiques, ou neuro-radiologique

Evaluation du statut cardiaque

- Antécédents de syndrome coronaire aigu, de coronarographie, de stent coronaire (pharmaco actif ou nu), de pontage …ou douleur retro-sternale inexplorée ; antec familiaux
- Antécédents de troubles du rythme, d'ablation de faisceau, d'implantation de défibrillateur ou de pacemaker
- Antécédents de valvulopathie, d'endocardite, de valvuloplastie (percutanée ou ouverte)
- Antécédents de péricardite ou de pathologie myocardique
- Echographie cardiaque : date de la dernière réalisée, compte rendu

Evaluation du statut aortique

- Antécédents de chirurgie cardiaque, ou vasculaire aortique
- Antécédents d'anévrysme ou de dissection aortique
- Diamètre de l'aorte ascendante, thoracique descendante, abdominale infra rénale.
- Angio-TDM: date et compte rendu du dernier réalisé

Evaluation du statut artériel périphérique

- Antécédents de pontage, angioplastie, stenting, aux étages aortique, iliaque, fémoral, poplité, jambier
- Antécédents d'ulcères, d'amputations mineures ou majeures
- Imagerie : dernier écho-doppler ou dernier angio-TDM, date, images et compte rendu
- Evaluation du statu veineux
- Antécédents de cure de varices, de scléroses
- Antécédents d'ulcères cicatrisés ou récidivants

Evaluation biologique :

- NFS, ionogramme, plaquettes, Cholestérol total et triglycérides, ionogramme, urée et créatinine plasmatiques, glycémie à jeun (sauf si patient diabétique déjà diagnostiqué, auquel cas HbA1C si dernière datant de plus de trois mois)

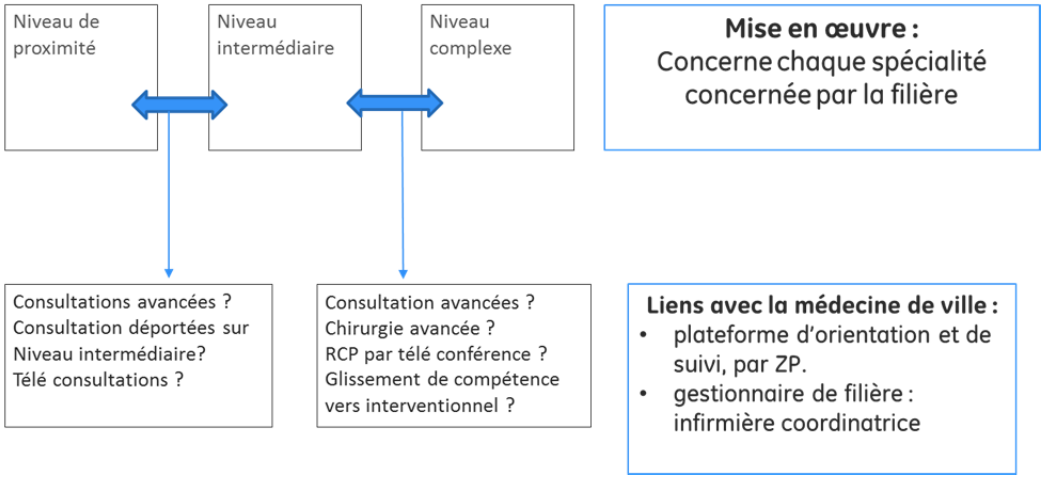
Evaluation Paraclinique

- ECG
- Index de pression systolique
- Balayage de la bifurcation carotidienne, du diamètre aortique, et des trépieds fémoraux, avec **solution ultrasonographique ultraportable.**

Pour le GHT le Sambre Avesnois avec le Valenciennois Quercitain : rencontre Dr Lernout et Dr Amiot avec 6 médecins du CH Maubeuge, dont 3 neurologues, un infectiologue et un médecin DIM. Pour le CHV le DR Amiot a présenté l'équipe, les activités et les moyens de se contacter.
Il a été décidé d'un commun accord :

- Pour la chirurgie aortique et carotidienne → orientée sur le CHV
- Mettre en place une RCP, des échanges en télémédecine
- Une collaboration pilote peut se concevoir entre nos 2 CH pour la mise en marche du projet « passeport vasculaire » (sur le modèle présenté ci-dessus et dans le PPT du Dr Lernout) qui serait développé à Maubeuge (en concertation, chacun gardant la maitrise de son circuit patient).

A terme 3/5 ans avec les ES du GHT définir un format commun pour le GHT :
Sous la forme décrite dans le schéma ci-dessous ce niveau de proximité nécessite de réaliser, dans chaque zone de proximité, la mise en œuvre d'une protocolisation et/ou de la consultation correspondant au panier de soin de base destiné à la population :



Ainsi, chaque spécialité concernée par cette filière : cardiologie, neurologie, dermatologie (plaies chroniques), néphrologie, addictologie, médecine interne, chirurgie vasculaire etc., pourra proposer sa capacité de prise en charge dans le CHV et ses possibilités d'offre ou besoins de recours au sein de la zone de proximité puis du Groupement Hospitalier de Territoire.

La schématisation du **parcours « passeport vasculaire »** permettra de :
- réaliser une cartographie du risque pour chaque patient,
- permettre le suivi des patients du CHV,
- Proposer une gradation adaptée des PEC dans le CHV et sur le Valenciennois et au-delà dans le GHT (voir tableau ci-dessous).

Proximité	MCO ZP	Référent
Consultation « passeport vasculaire » Echographie doppler, angioscanner ARM Gestion facteurs de risque exogènes (addictologie, diététique)	**Consultation « passeport vasculaire »** Echographie doppler, angioscanner ARM Gestion facteurs de risque exogènes (addictologie, diététique)	**Consultation passeport vasculaire + RCP vasculaire** Echographie doppler, angioscanner ARM **+ artériographie**
	Spécialités médicales à orientation vasculaire : cardiologie neurologie néphrologie, dermatologie, endocrinologie etc. Activité chirurgicale vasculaire	Spécialités médicales à orientation vasculaire : cardiologie neurologie néphrologie, dermatologie, endocrinologie etc. Activité chirurgicale vasculaire
		Activité interventionnelle vasculaire, salle hybride interventionnelle

Annexe 1e - Parcours de psychiatrie

Contexte et enjeux

A l'issu du diagnostic de territoire, et donc pour le CHV, le besoin d'améliorer la prise en charge en psychiatrie est aussi prégnant pour les enfants – adolescents que pour les adultes. En ce sens, les praticiens ont identifié deux enjeux principaux :

- Définir et développer les prises en charge des enfants, adolescents.
- Définir l'offre de soins des patients adultes complexes et dits « inclassables »

Ainsi 2 chantiers en premier lieu sont toujours au programme des travaux du GHT:

- En pédopsychiatrie, le développement des lieux d'hospitalisation pour adolescents sur le territoire
- Développement des structures adultes type USIP et/ou SAAS en concertation au niveau du GHT

Organisation actuelle de l'offre de soins

Pédopsychiatrie : dans les situations « aigues » les enfants – adolescents sont répartis dans les services de pédiatrie, en psychiatrie adulte et à défaut rentrent au domicile pour un suivi ambulatoire. L'absence de structure dédiée au niveau territorial mais aussi régional allonge les délais de prise en charge de patients instables parfois dangereux pour eux-mêmes et très perturbants pour le milieu familial.

Psychiatrie adulte : les patients complexes restent soit en service de psychiatrie habituels soit sont adressés vers les UMD. L'absence de structure dédiée allonge les délais de prise en charge de patients.

Les propositions pour le parcours pour le PMP du GHT :

1. **Pédopsychiatrie :** définir et développer les prises en charge des enfants, adolescents et avec l'objectif de créer une unité d'hospitalisation complète pour les périodes aigues.

Avec l'expertise obligatoire des pédopsychiatres l'objectif est de définir les modes d'informations et d'orientation des patients et les modalités des relations inter-établissements pour les enfants, les adolescents.

Il est également nécessaire de mettre en place la coordination et les coopérations entre médecine de ville et services de psychiatrie et pédopsychiatrie en prenant en charge le parcours GHT.

Les thématiques « information et orientation », sur le modèle des dispositifs territoriaux présentés dans les précédentes filières, entre médecine de ville et service de psychiatrie.

Au CH Cambrai les pédopsychiatres souhaitent construire un projet d'hôpital de jour. Il s'agit de sécuriser le centre de crise actuel pour le conforter dans son vrai métier et ainsi définir des lits d'hospitalisation temps pleins dans le territoire :

- Ouverture d'une unité temps plein 7/7,
- **Objectif :** consolider pour tout le GHT la structure « Le passage » sur le modèle d'origine → *Faire en sorte que le centre de crise reste dans son métier* → L'objectif de réunir les

pédopsychiatres et les chefs de pôle de psychiatrie : *besoin de définir des lits temps pleins dans le territoire c.à.d.* définir le parcours patient (en prenant en compte le retour en zone de proximité)

En cohérence avec les organisations déjà disponibles

- CHSA : La clinique du Bocage (CLINEA) dispose d'une autorisation d'ouverture de lits d'HC en psychiatrie infanto juvénile qu'elle envisage d'exploiter dans le cadre de l'ouverture de la nouvelle clinique en cours de construction (2017-2018). Un accord de partenariat a été signé en 2015 entre le CHSA et cet établissement (gestion de l'aval et de l'amont avec les équipes de l'inter secteur de psychiatrie infanto juvénile du CHSA). »
- CH Cambrai validation en COPIL du projet HdJ pédopsychiatrie ;

Modalités de PEC des patients : définir les modalités des relations inter ES et sur le territoire selon les principes ci-dessous,

- Développer pour tout le GHT une seule structure sur le modèle « Le Passage » à Cambrai.
- Demande de PEC après évaluation obligatoire du patient par un pédopsychiatre soit aux urgences, en pédiatrie, en CMP, ... → seul un pédopsychiatre peut valider la demande d'adressage vers le passage,
- Lieu d'hospitalisation complète : de quelques jours à quelques semaines si besoin, permet d'éviter si possible les hospitalisations en secteur de psy adulte.

Dans un monde idéal :

- Lieu d'accueil sur le territoire max 20 lits
- Point de vigilance à avoir sur l'aval

Ainsi le plan d'actions s'oriente vers les étapes suivantes :

Actions
Vérifier la cohérence d'une nouvelle organisation avec celles déjà disponibles
Définir les modalités des relations inter-établissements
Définir les modes d'informations et d'orientation des médecins de ville et des SAU sur le territoire
Définir et mettre en œuvre un plan de communication
Mettre en place une méthodologie d'évaluation de la structure
Définir les modes d'informations et d'orientation patient sur le territoire

2. Psychiatrie adulte

Développement d'une offre d'USIP :

- Les Unités de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP) proposent un cadre contenant pour des patients présentant des troubles majeurs du comportement ne pouvant être pris en charge dans des conditions satisfaisantes dans les services de psychiatrie générale.
- La provenance des patients est intersectorielle, correspondant à une aire géographique, un territoire de santé ou dépendant d'une convention entre établissements hospitaliers.
- La durée de séjour devrait être limitée dans le temps, n'excédant pas deux mois. La présence médicale et soignante est importante et la continuité des soins avec le service d'origine essentielle.

- Des unités existent notamment à Cadillac, Lyon, Paris, Nice, Eygurande, Montpellier, Pau et Prémontré.

Elle apparaît comme un « chaînon manquant » dans le dispositif actuel de soins, structure intermédiaire entre services de psychiatrie générale adulte et Unités pour Malades Difficiles (UMD). La création d'une association, l'existence de recommandations et les expériences internationales sont rapportées et disponibles.

Le parcours du patient et modalités de fonctionnement :

Etapes	Modalités
Porte d'entrée	Nécessite un dossier d'admission rempli par un psychiatre = avoir bénéficié d'une hospitalisation sous contrainte
Information / Orientation	Plate forme ZP/ et/ou de Territoire pour les professionnels car cas complexes Prise en charge des patients âgés de 16 ans minimum Hors patients des prisons qui bénéficient d'une procédure spécifique mais longue, pas toujours ? adaptée aux besoins des patients
Prise en charge	Fonctionnement 24/24 7/7 avec une unité temps plein à la demande des psychiatres du territoire Nécessite 10 à 15 lits dont des chambres d'isolement : à définir en fonction des besoins des patients actuels Un temps de prise en charge à définir également (environ 2 mois – renouvellement à définir)
Sortie	Le secteur d'origine et le chef de service de l'USIP sont parties prenantes sur le devenir du patient → point de vigilance à la sortie à anticiper
Suivi	Secteur d'origine

Dans la suite de la démarche, les praticiens se sont entendus sur le plan d'actions suivant :

Actions
Réaliser un état des lieux de la prise en charge en psychiatrie adulte en USIP
Vérifier la cohérence avec les organisations disponibles
Définir les modalités des relations inter-établissements
Définir la structure territoriale type USIP avec alternative à l'hospitalisation
Mettre en place une méthodologie d'évaluation de la structure
Définir et mettre en œuvre un plan de communication

Dans la continuité des travaux du PMP le CHV et CH de Denain ont décidé la **mise en place d'un pôle inter-établissement** :

Nom et coordonnées du responsable du projet	Dr THOMAZEAU Chef du pôle Psychiatrie - CHV (thomazeau-e@ch-valenciennes.fr)
Description du projet et de chaque étape de mise en œuvre opérationnelle	Création d'un pôle inter hospitalier de psychiatrie entre les établissements de Valenciennes et Denain regroupant les différents secteurs 59 G 30-31-32-33-34 et les inters-secteurs de pédopsychiatrie 59 I09- I10. Mise en commun des outils de soins existants sur l'ensemble du territoire des secteurs concernés. Projet qui s'inscrit dans le PMP du GHT par l'optimisation de la fluidité du parcours de soins tout en maintenant le principe de proximité (voir projet ci dessous) - Meilleure articulation de soins sur le territoire - Facilitation des partenariats - Attractivité pour les praticiens Meilleur repérage territorial
Etablissements concernés	Pôle psychiatrique du CH de Denain Pôle psychiatrique du CH de Valenciennes

Calendrier de mise en œuvre	Mise en oeuvre sur 2 ans 2018/2019 **1er semestre 2018** - Construction du projet médical partagé dans les filières adultes et de pédopsychiatrie - Mise en commun des outils de soins - Harmonisation des procédures - Principe de subsidiarité des indications et orientations - Mise en commun des places en structures alternatives après diagnostic territorial - Mise à disposition des compétences médicales spécifiques (Hypnose, thérapie systémique, EMDR,…) et déploiement dans les différents CMP du territoire **2ème semestre 2018** - Procédure de demande de consultations unique sur l'ensemble du pôle avec principe de ré-adressage automatique sur les structures ambulatoires concernées **1er semestre 2019** - En pédopsychiatrie, réaménagement de la filière d'hospitalisation de jour et des CATTP en fonction de l'âge et des pathologies en créant des parcours cordonnés - Faciliter les articulations avec les différents acteurs de la santé mentale y compris les partenaires médicosociaux naturels du territoire notamment par une plateforme territoriale d'appui (PTA). - Création de nouvelles coopérations de soins et de partenariats par l'écriture de conventions communes sur l'ensemble du territoire des secteurs concernés (UTPAS, ASE, Education nationale, communauté d'agglomération, …) - Organisation d'une psychiatrie de liaison sur le territoire (équipe commune) et optimisation de l'organisation des relais ambulatoires en adultes et en psychiatrie de l'enfant de de l'adolescent. - Elargissement au CH Denain du service d'addictologie du pôle psychiatrie du CHV. **2ème semestre 2019** - Permettre aux praticiens l'exercice moderne et diversifié de la spécialité dans un contexte de sécurité et favoriser l'attractivité du pôle - Assurer une PEC somatique de qualité pour les patients en HC par le recrutement d'un médecin généraliste à temps partagé - Fonctions support : Convergence du système financier, du système de délégation et du système d'information (plateforme d'échanges d'informations : Dossier patient – DIM) - Organisation de la formation continue - Elaboration et mise en oeuvre d'une maquette pédagogique commune pour les phases socles de consolidation et de spécialités pour les interne (parcours

	accompagnement clinique, supervision, garde,), Signature du contrat de pôle et arrêté de l'organigramme du pôle inter établissement.
Coût prévisionnel et sources de financements (passées, actuelles, à venir)	Désindexer l'évolution de la DAF de celle de l'ONDAM à l'hôpital général Sanctuarisation des financements des postes médicaux autorisés Budget pour une mise en œuvre d'une équipe de liaison Plateforme de coordination (PTA) avec budget de services numériques d'appui à la coordination (SNAC). Le financement demandé dans le cadre de cet appel projet permettra de financer les éléments suivants : Le coût de la convergence des systèmes d'information Le fléchage budgétaire des ressources administratives - Coût de la convergence des systèmes d'information - Fléchage budgétaire des ressources administratives - Budget pour mise en oeuvre d'une équipe de liaison - Recrutement d'un médecin généraliste à temps partagé Plateforme de coordination (PTA) avec budget SNAC
Résultat(s) attendu(s)	Fluidité du parcours : traçabilité des places disponibles en HC en particulier plateau technique (isolement, secteur fermé) Cohérence dans la prise en charge : répartition des activités médicales spécifiques Meilleure connaissance des acteurs
Indicateurs de suivi opérationnel pour chaque étape	**2018** - Ecriture du Projet médical - Procédures actualisées - Mise en place d'un outil de traçabilité des places disponibles en HC en particulier plateau technique (isolement, secteur fermé) - Répartition des activités médicales spécifiques **2019** - Mise en place de la filière de pédopsychiatrie - Rédaction et mise en œuvre des différentes conventions - Recrutement d'un médecin généraliste à temps partagé
Indicateurs de résultats pour chaque étape	• Nombre de procédures communes réalisées • Nombre de réorientation en CMP origine des demandes, secteurs concernés • Nombre de CS médicales spécifiques dans les différentes CMP • Indicateurs d'activité des différentes structures de pédopsychiatrie • Nombres d'actes ambulatoires, Nombres de Jours d'Hospitalisation à temps partiel en fonction des âges et des pathologies

Annexe 1f - Urgences

Contexte et enjeux

Sur la base de multiples constats démontrant l'absence de filière permettant de gérer des « situations hyperspécialisés » sur le territoire, le transfert pertinent dans une structure adaptée et expérimentée est l'élément déterminant pour améliorer le pronostic de ces patients fragiles et graves/très graves.

Les travaux conduits par la DGOS (résultats des travaux conduits dans le cadre d'un comité d'expert réunissant la DGOS, la DSS, l'IRDES, l'UNRS, la FFMPS, l'ARS Aquitaine et l'ARS Bretagne) permettent d'identifier les 3 priorités suivantes :

- Organiser et planifier le parcours de santé et le suivi du patient en situation aigue et grave, en lien avec l'équipe de soins de premier recours.
- Apporter un appui aux différents intervenants (professionnels de santé de premier recours et SAU de proximité) auprès du patient.
- Faciliter les échanges entre les différents intervenants

1. En zone de proximité, les SAU du territoire possèdent des lits dits de « déchoquage », mais ces unités ne sont pas toujours adossées aux services spécialisés nécessaires à la prise en charge de certains patients (chirurgie thoracique / neurochirurgie / CEC / chirurgie vasculaire / radiologie interventionnelle …). Ainsi, pour le GHT du Hainaut-Cambrésis, la mise en place d'une activité territoriale de ce type de soins semble pertinente au sein du CHV. Ce déchoquage pouvant admettre en première intention ou après passage en SAUV de proximité ou service d'un ES du territoire. Le but étant de formaliser un recours intermédiaire entre ES et CHU (et non de concentrer tous les patients aigus / graves au CHV). Les critères d'admission seront ultérieurement définis entre les différentes spécialités concernées. **Ces critères doivent permettre** d'établir le bilan initial des lésions, ou de prendre le relais d'un bilan initial fait en proximité, et de stabiliser le plus rapidement possible le patient avec, si besoin, un transfert rapide au bloc des urgences, au bloc général ou en salle de radiologie interventionnelle.

2. Il y a aussi la nécessité de formaliser les parcours existants de soins urgents des spécialités pris en charge avec et par les urgentistes sur tout le territoire (avec ou sans un passage en déchoquage de territoire). Ce sont des parcours déjà existants et qui nécessitent des consolidations/finalisations : cardio (coronarographie), neuro (télé AVC, thrombectomie) neuro – chirurgie, urologie, ... et certainement d'autres spécialités

3. Pour une meilleure maitrise de ces situations les urgentistes souhaitent fixer des objectifs territoriaux :
   - Création au CHV d'une activité d'accueil dédiées aux urgences hyperspécialisées fonctionnant 24h/24h avec participation/ formation territoriale des intervenants médicaux volontaires du GHT.
   - C'est la même équipe médicale (celle du CHV + urgentistes volontaires des autres CH) qui gère cette prise en charge jusqu'au transfert du patient afin de maintenir une parfaite continuité des soins durant cette phase critique.
   - Ces activités sont de nature à attirer les futurs urgentistes formés au CHU de Lille et qui seront formés à l'urgence et aux soins continus.
   - Création d'un groupe de travail pluridisciplinaire des praticiens, concernés par ce parcours hyperspécialisé, avec :

- Protocolisation des admissions médicalisées / transferts des patients :
  - Vers le CH le plus adapté à leur prise en charge et le CHV en cas de besoin d'accès à des activités présentes seulement sur ce site,
  - Vers le CH d'origine une fois les gestes vitaux accomplis, qui reprend en charge les soins de proximité aigu ou pas.
- Evaluation régulière des pratiques : RMM

Les travaux réalisés par l'ensemble des équipes du GHT :
Cette présentation est réalisée à partir des travaux menés en 2015 – 2016 par les urgentistes et le cabinet CMDKare (pour la CHT) et en 2016 – 2017 par les participants de la filière « urgences » du PMP du GHT Hainaut Cambrésis. Elle représente les propositions du territoire afin de réaliser une organisation coordonnée (ci-dessous).

Porteur du projet : Dr El Beki – CH Valenciennes
- Pilote pour le Valenciennois : Dr Maisonneuve
- Pilote du Cambrésis : Dr Pamart
- Pilote du Sambre Avesnois : Dr Alarcon

le porteur et les pilotes seront amener à approfondir ces pistes par ZP et sur le GHT.

Les objectifs généraux :
1. Favoriser la continuité des soins par la coordination et l'interconnexion des structures de prise en charge
   - Nécessité d'un dispositif de protocolisation et de coordination
   - Nécessité de points de jonctions entres les différents secteurs de PEC successives
2. Assurer une gradation des soins critiques pour les ZP/ GHT

Proximité	**Recours ZP/GHT**	**Recours CHU**
SAU et SMUR 1. Bilan et gestion des facteurs aigus et graves 2. DECHOCAGE et stabilisation	PARCOURS INTERNE 1. TRAITEMENT en urgence : chirurgie, médecine, interventionnel 2. SOINS CRITIQUES INTERNES : Réanimation ou Soins continus	1. RECOURS GHT OU CHU LILLE TRAITEMENT en urgence : chirurgie, médecine, interventionnel 2. SOINS CRITIQUES INTERNES : Réanimation ou Soins continus

3. A termes développer les RMM

Les objectifs ci-dessus seront définis et mis en œuvre pour chaque ZP et avec une gradation dans le territoire qui doit être arbitrée et décidée par la fédération :

Etapes	*Modalités*
Porte d'entrée	Protocoles territoriaux : Médecine de ville, Centre 15, SMUR, SAU et services hospitaliers
Information / Orientation	Dispositif ZP et/ou territorial selon les besoins du patient « information / oreintation / Coordination » et destiné aux urgentistes, soins critiques, anesthésistes, spécialistes médicaux ou chirurgicaux, interventionnels, ...
Prise en charge	**Activité d'accueil dédiée aux urgences hyperspécialisées** au CHV, nécessaire à la prise en charge de certains patients (neurochirurgie, radiologie interventionnelle, atteintes vasculaires complexes, etc.…).

Sortie	Régulation : après soins vitaux • Transfert vers le CHU ou centre de référence • Transfert vers le CH d'origine du patient • Maintien du patient au CHV en cas de nécessité de suivi particulier.

Dans le contexte décrit ci-dessus le projet médical du CHV s'inscrit dans le projet médical du GHT :

Les patients critiques de la zone de proximité sont pris en charge par les équipes SMUR des établissements de cette zone. Cette prise en charge se fait au domicile, sur la voie publique, parfois aussi dans les établissements de la GHT de proximité (voire EPHAD ou cliniques privées). Elle permet parfois d'avoir un diagnostic consolidé qui peut permettre une orientation de recours de proximité et/ou de territoire.

Dans le cas contraire (majoritaire) le SAU de proximité réalisera un premier accueil des patients pour argumenter le diagnostic, le recours sera secondairement décidé si nécessaire.

Dans les tableaux décrivant les parcours de soins critiques, l'accueil des patients se réalise le plus souvent dans les SAU de proximités, mais un certains nombres de situations cliniques exigent que le patient soit directement admis dans des unités ou des établissements de recours sans délai pour répondre aux exigences médicales de qualité.

LE PREMIER OBJECTIF DU CHV EST LA CREATION DE l'USCART : UNITE DE SOINS CRITIQUES D'ACCUEIL ET DE RECOURS TERRITORIALE

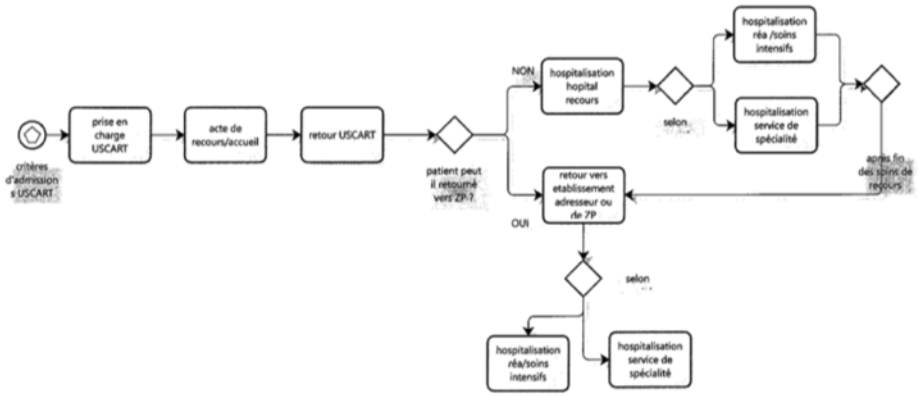
C'est une entité de 2 à 4 lits, localisée dans l'hôpital de recours, à proximité des activités interventionnelles, du plateau de radiologie, des services de réanimation, de soins intensifs et des urgences.

SOINS CRITIQUES : les patients accueillis doivent présenter des critères de gravité et d'instabilité, de thérapeutiques et de soins, de potentialité d'aggravation, qui relèvent d'une unité aigue/critique (réanimation, USC, déchoquage SAU,). A discuter avec réa /anesth et urgentistes sur les critères. NB : les patients stables seront dirigés directement des services de ZP vers les services de spécialités de recours.
ACCUEIL : dans cette unité sont accueillis les patients pour lesquels un protocole de territoire a définit la possibilité d'un accueil direct pour des raisons évidentes de gain pronostic pour le patient (à définir) ou dans le cadre du projet régional de prise en charge du polytraumatisé (quand il sera définit). Dans le cadre d'un plan blanc de territoire ou lors d'hôpital en tension quand les SAUV du territoire sont dans l'impossibilité d'accueillir de nouveaux patients.
RECOURS : les activités de recours pour les patients critiques du territoire sont gérées au sein de cette unité en collaboration avec les équipes de l'établissement adresseur et l'établissement de recours (motifs, actes de recours, retour à l'adresseur, hospitalisation de recours) selon des protocoles de territoires. Cela concerne les patients du territoire ayant recours aux spécialités du CHV après adressage par un des services de la GHT (SAU ou services de soins). Il existe déjà un certain nombre d'activités qui rentrent dans cette catégorie mais pour lesquelles il est nécessaire de

rédiger des procédures conjointes inter établissement et spécialités (Neurochir/vasculaire/radio interventionnelle/urologie interventionnelle) mais d'autres doivent être aussi explorées (cardio interventionnelle/gastro interventionnelle/neuro interventionnelle)

TERRITORIALE : cette entité a une vocation territoriale à double titre :

- elle accueille les patients du territoire
    - le fonctionnement médical est partagé et assuré par des médecins du territoire



Définition et protocoles RECOURS :

Définition du recours : patient du territoire qui après diagnostic cliniques et examens complémentaires nécessite un recours à une spécialité ou une technique disponible uniquement dans l'hôpital de recours au temps T. Ce patient est adressé par le SAU ou un service MCO du territoire. Le transfert se fera par SMUR compte tenu de soins critiques.

Modalités de recours :

- Appel uscart qui gère le transfert
- Appel spécialiste par uscart

Spécialités concernées :

- Neurochirurgie
- Vasculaire
- Radio interventionnelle
- Chirurgie thoracique
- Neuro interventionnelle
- Cardio interventionnelle, coronaire ? Autre ?
- Gastro interventionnelle fibro colo ? sphinctéro ?
- …..

Collaboration avec les spécialités à partir des protocoles de recours : voir ci-dessous

Définition et protocole ACCUEIL dans l'USCART :

Accueil :

- Patient admis directement (patients SMUR) pour des raisons évidentes et partagées (dans GHT) d'un bénéfice à une prise en charge immédiate dans hôpital de recours
- Cas particulier des situations d'exception : plan blanc, hôpital en tension,…

Modalités d'accueil :

- Appel uscart par SAMU
- Appel spécialiste → SAMU → USCART

Spécialités concernées :

- Neurochirurgie
- Vasculaire
- Radio interventionnelle
- Chirurgie thoracique
- Neuro interventionnelle
- Cardio interventionnelle, coronaire ? Autre ?
- Gastro interventionnelle fibro colo ? sphinctéro ?
- …..

Définition et protocoles de retour dans établissements Adresseurs : Il est indispensable de définir le retour du patient dans l'établissement ayant fait la demande de recours ou d'accueil

- Modalités de retour
- Lieu de retour
- Suivi des patients
- Critères de non-retour

Les schémas ci-dessous décrivent le processus en fonction des situations, des lieux d'accueils ou de recours des patients en proximité.

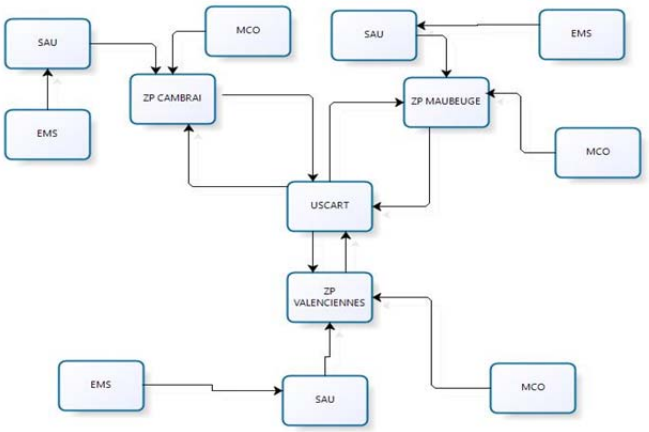
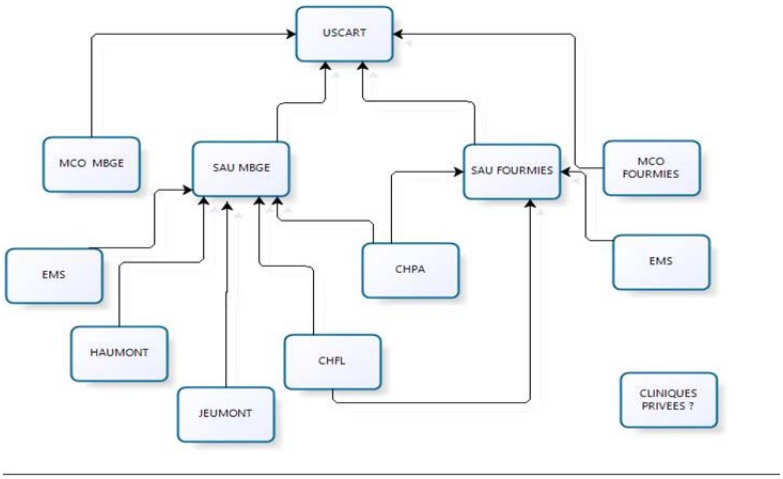


Schéma de recours ZP / GHT : exemple pour le Sambre Avesnois :



Protocoles à déployer au CHV et dans les ZP dans un délai d' 1 an : les acteurs ont décidés d'organiser les protocoles autour de ce schéma général pour répondre aux besoins du territoire. Les tableaux permettent d'avoir une vision par spécialité du parcours patient, ces parcours doivent être consolidés pour la plupart par des procédures/protocoles/conventions.

SPECIALITES MEDICALES

CARDIOLOGIE	ACCUEIL	RECOURS
SCA ST +	CORONAROGRAPHIE CHV	CORO CHV CORO VAUBAN CORO CHRU
SCA NON ST +	SAU de proximité : (+/- avis cardio) Troponine + : Troponine - :	 USIC CHSA / USIC CHV CARDIOLOGIE/MEDECINE/UHCD De proximité si besoin hospitalisation
TROUBLES DE LA CONDUCTION BAV III AUTRES	 USIC CHSA SAU de proximité	 USIC CHSA /USIC CHV USIC CHSA /USIC CHV

TROUBLES DU RYTHMES VENTRICULAIRES AUTRES	 USIC CHSA SAU de proximité (+/- avis cardio)	 USIC CHSA / USIC CHV USIC CHSA / USIC CHV CARDIOLOGIE/MEDECINE/UHCD De proximité si besoin hospitalisation
OAP INTUBE CPAP AUTRES	 REA CHSA USIC CHSA/SAU de proximité SAU de proximité	 REA CHSA / REA CHV USIC CHSA / USIC CHV/USC CHSA CHF USIC CHSA/CHV, USC CHF/CHSA, CARDIOLOGIE/MEDECINE/UHCD De proximité si besoin hospitalisation

NEUROLOGIE	ACCUEIL	RECOURS
AVC	CHSA via Télé AVC SAU de proximité	CHSA via Télé AVC CHSA via Télé AVC
EME INTUBE NON INTUBE	 REA CHSA SAU de proximité	 REA CHSA /CHV USC CHF/CHSA, NEUROLOGIE/MEDECINE/UHCD

		De proximité si besoin hospitalisation
TUMEUR	SAU de proximité	NEUROLOGIE CHSA (NEUROCHIR CHV ?)

PNEUMOLOGIE	ACCUEIL	RECOURS
BPCO INTUBE VNI AUTRES	 REA CHSA SAU de proximité SAU de proximité	 REA CHSA/CHV USC CHF/CHSA PNEUMO/MEDECINE/UHCD de proximité
FIBROSCOPIE BRONCHIQUE	JOUR : CHSA NUIT/WE : CHV	JOUR : CHSA NUIT/WE : CHV / CHRU

GASTRO ENTEROLOGIE	ACCUEIL	RECOURS
BESOIN DE FOGD URGENT (hématémèse sang rouge et/ou rectorragies constatées, CE œsophagien, …	CHSA FOGD OU COLO	CHSA FOGD OU COLO Discussion du lieu hospitalisation après examen
BESOIN DE FOGD NON URGENT (hématémèse, méléna, hémodynamique stable,…)	SAU de proximité	CHSA FOGD OU COLO CHF Discussion du lieu hospitalisation après examen
ANGIOCHOLITE	SAU prox	CHV ??ST QUENTIN ?ST PHI ??

DIABETOLOGIE	ACCUEIL	RECOURS
ACIDO CETOSE	SAU de proximité	USC CHF/CHSA

NEPHRO/HEMODIALYSE	ACCUEIL	RECOURS
IRA	SAU proximité	CHSA/CHV REA

SPECIALITES CHIRURGICALES

NEUROCHIRURGIE	ACCUEIL	RECOURS
RACHIS DEFICITAIRE	NEUROCHIR CHV	NEUROCHIR CHV / CHRU
TC PUR (à définir) Avec signes engagements Sans signes engagements	 CHV SAU de proximité pour évaluation	 NEUROCHIR CHV / CHRU REA CHSA/CHV NEUROCHIR CHV/CHRU
AUTRES	SAU de proximité pour évaluation	
PMO	SAU de proximité pour évaluation	Equipe CAMAVA

POLYTRAUMATISE	ACCUEIL	RECOURS
STABLE		
INSTABLE		

(À voir en fonction du protocole régional)

UROLOGIE	ACCUEIL	RECOURS

TORSION TESTICULE		
SONDE JJ		
PYELOSTOMIE		

Organiser le « non programmé » aux SAU (Hors Permanence des soins)

L'avenir de l'organisation du « non programmé » aux SAU est un enjeu essentiel et structurant pour le système de soin en général et pour chaque établissement de proximité ou intermédiaire :

- Du fait de la quantité d'activité que cela représente : déchoquage = 1% activité ; parcours soins spécialité 3%, soins non programmés 30 à 40 %,
- Comme ci-dessus point 3, la formation des futurs urgentistes (urgences – soins continus) va modifier leur compétence et en particulier leur polyvalence

Il y a, par conséquent, une nécessité pour les urgentistes du CHV de définir et proposer un partage des pratiques avec les autres services en matière de passages non programmés avec comme proposition le schéma défini ci-dessous.

ORIGINE DES PATIENTS	***OBJETS / ORIGINES DES CONSULTATIONS***	***TYPE DE RÉPONSE À APPORTER***
« SAV » DES SERVICES	Chirurgie : complications/ avis/ plâtre Médecine : complication / avis / suivi	Réponse individualisée par spécialité : téléphone / consultations urgentes
Besoin/ demande d'hospitalisation/avis non urgent	Pas de Réponse à la médecine de ville spécialisée pour prise en charge	Organiser filière programmée HdJ/hospitalisation/consultation pour absorber ces patients
Besoin/ demande consultation médecine générale	Diminution/ disparition du non programmé en médecine générale	Discussion MG pour création MSP DE TYPE UNIVERSITAIRE / consultations non programmées organisées en interne de 08 h à 18 h

Ces propositions seront travaillées à partir de l'évolution des orientations nationales afin de proposer au CHV un modèle d'organisation qui permettra d'assurer la transition générationnelle et la fluidité de ces parcours patients.

Annexe 2

Synthèse des ateliers médico-scientifiques

Annexe 2a – Atelier « Entrée et sortie du patient »

Ambition

Dans un contexte en perpétuel mutation et reposant majoritairement sur l'**agilité** et la **capacité à innover** de l'hôpital public, il s'agit avant tout **d'optimiser la qualité du service rendu et l'attractivité**:

- En se recentrant sur le **patient**, ses besoins et ses attentes.
- En repositionnant l'**hôpital** sur son véritable coeur de métier.
- En s'ouvrant sur la **ville** et les **partenaires extérieurs.**

Les objectifs selon les axes stratégiques de notre projet d'Etablissement sont les suivants :

AGILITE

- Appréhender chez le patient les nouveaux rapports au temps et à l'espace : proximité, instantanéité…
- Repenser les pratiques et les moderniser au service de prises en soins plus pertinentes, plus fluides (pratiques, organisations et outils capables de limiter les temps d'attente ou de supprimer l'ensemble des tâches sans valeur ajoutée)
- Analyser les tensions pour pouvoir les anticiper, capacité à accueillir les flux patients, interface inter-hospitalières, avec la ville.

OUVERTURE

- Associer les patients à l'évolution de l'Hôpital,
- S'ouvrir sur la Médecine de ville grâce aux systèmes d'information.

RECHERCHE/INNOVATION

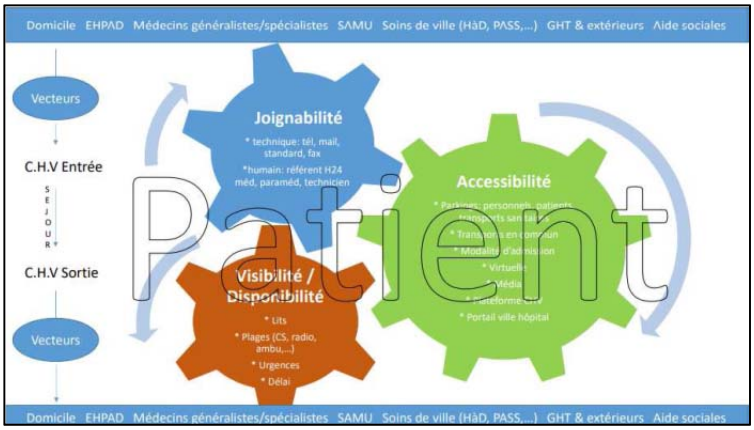
- Satisfaire une nouvelle génération d' « e-patients » plus connectés, voire hyper connectés.
- Faciliter les modalités d'accès, de communication, de partage et d'interaction entre le patient et l'hôpital et les différentes parties prenantes.

ESPRIT ENTREPREUNARIAL

- Développer les nouveaux métiers dédiés à la réalisation de missions stratégiques à l'hôpital.

Constats

Trois problématiques priorisées :



1. **La Joignabilité**
    a. technique: téléphone, mail, standard, fax
    b. humain: référent H24 - médicaux, paramédicaux, techniciens
2. **L'accessibilité**
    a. Parkings: personnels, patients, transports sanitaires
    b. Transports en commun
    c. Modalité d'admission : Virtuelle, Média, Plateforme CHV, Portail ville hôpital
3. **La Visibilité / Disponibilité**
    a. Lits
    b. Plages (CS, radio,ambu,…)
    c. Urgences
    d. Délai

Benchmark

Benchmark réalisé par les membres du groupe à partir de la question : Quels sont les principes d'innovations et de réussites (existants ou à venir) à retenir, dans d'autres établissements publics ou privés en France ou à l'étranger (ANAP ; CHU POITIERS)

Propositions

3 thématiques de travail identifiées

- **L'ANTICIPATION**
    - Prise de RDV de consultations externes en ligne, bornes informatisées, Visibilité des lits en temps réel (1 an)

Indicateurs : ratio prise téléphonique – prise en ligne, suivi des rdv honorés par la prise de rdv en ligne, reportés… Faire évoluer les stats des venus quel que soit les modalités. Evolution de l'offre proposée des CS ouvertes : selon les spécialités

- Courrier de Consultation automatisé, Courrier de liaison standardisé intégrant les CR d'examens complémentaires (3 ans)
- Courrier de sortie : consensus (5 ans)

Indicateurs : pourcentage de courrier rendu à la sortie, les délais – contenu des courriers : cf. critère IPAQS

- **LA LIAISON**

  - Accès de professionnels à la plateforme (1 an)
  - Plateforme avis spécialisés, Hôpital digital : liaison avec le patient via le Smartphone, Mise en œuvre opérationnelle de la pharmacie clinique (3 ans)
  - Vision d'hyper connexion: pour les patients, la Médecine de ville et les autres établissements (5 ans)

Indicateurs : indicateurs de gestion de projets, plateforme, nombre de connexion
Taux de ré hospitalisation – taux d'hospitalisation directe – enquête de satisfaction patients et professionnels partenaires

- **L'ORGANISATION**

  - Gestion des flux importants non –programmés par rapport aux urgences : gestion en journée du non programmée – implication des médecins généralistes – adaptation du capacitaire aux flux d'activité

Indicateurs : hôpital en tension
Formalisation de la gestion de crise (gestion de projets), enquête de satisfaction du personnel

  - Prescription « Prévisions de sortie », Plateforme de gestion des transports sanitaires, Check-list de sortie(1 an)
  - Coordonnateur de parcours en amont et en aval, Salons de sortie (3 ans)
  - Nouveaux métiers (5 ans)

Indicateurs :
Taux de recrutement de nouveaux métiers (bed managers, pharmacie clinique …)
Nombre de professionnels formés

Mise en œuvre et priorisation

Ressources humaines	Finances	Système d'information
Prise de RDV de consultations externes en ligne, bornes informatisées, Visibilité des lits en temps réel (1 an) – évolution du métier d'accueil Assistante médico-administrative Accès de professionnels à la plateforme (1 an) – sur l'aspect formation **Une ligne de référent par spécialité** pour les médecins de ville et à l'interne – maquette de service **Communication :** Meilleure information du patient et à toutes les étapes – Consignes de sortie : sous l'angle qui informe +	Prise de RDV de consultations externes en ligne, bornes informatisées, Visibilité des lits en temps réel (1 an) Courrier de Consultation automatisé, Courrier de liaison standardisé intégrant les CR d'examens complémentaires (3 ans) Date prévisionnelle de sortie (DPS) : sur le parcours médico éco Télémédecine Déploiement **d'un projet de pharmacie clinique** (création de nouveaux métiers, formation, positionnement par rapport aux	Prise de RDV de consultations externes en ligne, bornes informatisées, Visibilité des lits en temps réel (1 an) **Kit Patient :** Pré-courrier, RDV assistante sociale, Anticipation de la sortie de l'Hôpital au-delà du service (MCO SSR)- Anticiper le devenir des patients via des « Alertes », Courrier de Consultation automatisé, Courrier de liaison standardisé intégrant les CR d'examens complémentaires (3 ans) Visibilité par tous des lits disponibles (outil et bonnes pratiques) : comme outil Plateforme de la gestion des

formation Coordinateur parcours Déploiement **d'un projet de pharmacie clinique** (création de nouveaux métiers, formation, positionnement par rapport aux professionnels actuels…) **Conciliation médicamenteuse**, anticipation des prescriptions (notamment vendredi), sécuriser les ordonnances des DM : sous? qui fait quoi ? Télémédecine **Coordination** des lits avec 1 coordinateur et 1 pilotage uniques ; 1 seul hôpital de jour polyvalent et poly-spécialités : bed manager Gestion des flux importants non – programmés par rapport aux urgences : gestion en journée du non programmée – implication des médecins généralistes – adaptation du capacitaire aux flux d'activité	professionnels actuels…) Innovation financière du parcours avec les prestataires Gestion des flux importants non – programmés par rapport aux urgences : adaptation du capacitaire aux flux d'activité : sous l'angle impact financier ?	transports sanitaires **Portail numérique :** Accès/diffusion aux comptes rendus – Accès aux images – Reconnaissance Vocale, application smartphone, avis spécialisés **Conciliation médicamenteuse**, anticipation des prescriptions (notamment vendredi), sécuriser les ordonnances des DM Télémédecine Hôpital digital : liaison avec le patient via le smartphone
Logistique	**Architecture**	**Managérial**
Plateforme centrale logistique (interface unique multi prestataires) : entrée ou sortie → déclenchement des demandes générales de prestations Date prévisionnelle de sortie (DPS) : organisation de la sortie – salon de sortie et revoir les zones d'accueil et de sortie Plateforme de la gestion des transports sanitaires **Conciliation médicamenteuse**, anticipation des prescriptions (notamment vendredi), sécuriser les ordonnances des DM : sous l'angle sécurisation du circuit du médicament Plateforme centrale logistique (interface unique multi prestataires) : entrée ou sortie →	Plateforme centrale logistique (interface unique multi prestataires) : entrée ou sortie → déclenchement des demandes générales de prestations Date prévisionnelle de sortie (DPS) : organisation de la sortie – salon de sortie et revoir les zones d'accueil et de sortie Prise de RDV de consultations externes en ligne, bornes informatisées, Visibilité des lits en temps réel (1 an) – reconfiguration de l'accueil **Conciliation médicamenteuse**, anticipation des prescriptions (notamment vendredi), sécuriser les ordonnances des DM : sous l'angle locaux dédiés pour ces consultations pharmaceutiques	**Une ligne de référent par spécialité** pour les médecins de ville et à l'interne : organisation des services Visibilité par tous des lits disponibles (outil et bonnes pratiques) : sous l'angle bonnes pratiques Etude Marketing sur les attentes des patients : label patient – engagement de service Révolution numérique y compris dans son territoire : Télémédecine **Coordination** des lits avec 1 coordinateur et 1 pilotage uniques ; 1 seul hôpital de jour polyvalent et poly-spécialités : bed manager

nouveaux métiers Gestion des flux importants non – programmés par rapport aux urgences : gestion en journée du non programmée – implication des médecins généralistes – adaptation du capacitaire aux flux d'activité	Télémédecine Gestion des flux importants non – programmés par rapport aux urgences : gestion en journée du non programmée – implication des médecins généralistes – adaptation du capacitaire aux flux d'activité	

Entrée et sortie du patient	Parcours de soins	Ambulatoire
	Prise de RDV de consultations externes en ligne, bornes informatisées, Visibilité des lits en temps réel (1 an) - > entrée du patient Courrier de Consultation automatisé, Courrier de liaison standardisé intégrant les CR d'examens complémentaires (3 ans) Visibilité par tous des lits disponibles (outil et bonnes pratiques) Kit Patient : Pré-courrier, RDV assistante sociale, Anticipation de la sortie de l'Hôpital au-delà du service (MCO SSR)- Anticiper le devenir des patients via des « Alertes », Date prévisionnelle de sortie (DPS) : sous l'angle process Plateforme de la gestion des transports sanitaires Communication : Meilleure information du patient et à toutes les étapes – Consignes de sortie Portail numérique : Accès/diffusion aux comptes rendus – Accès aux images – Reconnaissance Vocale, application smartphone, avis spécialisés Plateforme centrale logistique (interface unique multi prestataires) : entrée ou sortie _ déclenchement des demandes générales de prestations	Prise de RDV de consultations externes en ligne, bornes informatisées, Visibilité des lits en temps réel (1 an) Courrier de Consultation automatisé, Courrier de liaison standardisé intégrant les CR d'examens complémentaires (3 ans) Coordinateur parcours Visibilité par tous des lits disponibles (outil et bonnes pratiques) Accès des professionnels à la plateforme (1an) Communication : Meilleure information du patient et à toutes les étapes – Consignes de sortie Portail numérique : Accès/diffusion aux comptes rendus – Accès aux images – Reconnaissance Vocale, application smartphone, avis spécialisés Coordination des lits avec 1 coordinateur et 1 pilotage uniques ; 1 seul hôpital de jour polyvalent et poly-spécialités : bed manager Gestion des flux importants non – programmés par rapport aux urgences : gestion en journée du non programmée – implication des médecins généralistes – adaptation du capacitaire aux flux d'activité

	Date prévisionnelle de sortie (DPS) : organisation de la sortie – salon de sortie et revoir les zones d'accueil et de sortie Coordination des lits avec 1 coordinateur et 1 pilotage uniques ; 1 seul hôpital de jour polyvalent et poly-spécialités : bed manager Gestion des flux importants non – programmés par rapport aux urgences : gestion en journée du non programmée – implication des médecins généralistes – adaptation du capacitaire aux flux d'activité	
Qualité	**Recherche et innovation**	**Enseignement et formation**
Prise de RDV de consultations externes en ligne, bornes informatisées, Visibilité des lits en temps réel (1 an) Courrier de Consultation automatisé, Courrier de liaison standardisé intégrant les CR d'examens complémentaires (3 ans) Etude marketing sur les attentes des patients Accès des professionnels à la plateforme (1an) Visibilité par tous des lits disponibles (outil et bonnes pratiques) Communication : Meilleure information du patient et à toutes les étapes – Consignes de sortie Kit Patient : Pré-courrier, RDV assistante sociale, Anticipation de la sortie de l'Hôpital au-delà du service (MCO SSR)- Anticiper le devenir des patients via des « Alertes », Date prévisionnelle de sortie (DPS) : sous l'angle process, IPAQS Portail numérique : Accès/diffusion aux comptes rendus – Accès aux images – Reconnaissance Vocale,	Prise de RDV de consultations externes en ligne, bornes informatisées, Visibilité des lits en temps réel (1 an) Communication : Meilleure information du patient et à toutes les étapes – Consignes de sortie : sous l'angle outils connectés : fauteuil connecté Nouveaux métiers : coordinateur parcours Portail numérique : Accès/diffusion aux comptes rendus – Accès aux images – Reconnaissance Vocale, application smartphone, avis spécialisés Déploiement d'un projet de pharmacie clinique Hôpital digital : liaison avec le patient via le smartphone Télémédecine Gestion des flux importants non – programmés par rapport aux urgences : gestion en journée du non programmée – implication des médecins généralistes – adaptation du capacitaire aux flux d'activité	Coordinateur de parcours Visibilité par tous des lits disponibles (outil et bonnes pratiques) Conciliation médicamenteuse, anticipation des prescriptions (notamment vendredi), sécuriser les ordonnances des DM : sous l'angle formation Coordination des lits avec 1 coordinateur et 1 pilotage uniques ; 1 seul hôpital de jour polyvalent et poly-spécialités : bed manager

application smartphone, avis spécialisés Conciliation médicamenteuse, anticipation des prescriptions (notamment vendredi), sécuriser les ordonnances des DM Télémédecine Coordination des lits avec 1 coordinateur et 1 pilotage uniques ; 1 seul hôpital de jour polyvalent et poly-spécialités : bed manager Gestion des flux importants non – programmés par rapport aux urgences : gestion en journée du non programmée – implication des médecins généralistes – adaptation du capacitaire aux flux d'activité		

Annexe 2b – Atelier « Parcours de soins »

Ambition

A partir des expériences réussies et des besoins mis en évidence pour les patients, pour l'établissement et pour le territoire, l'ambition du groupe est de pouvoir mettre en place des stratégies d'amélioration organisationnelle internes des parcours de soins mais aussi une politique territoriale « parcours de santé », orientée sur la prévention aux différentes étapes de la prise en charge, en intégrant les 5 thématiques du projet médical partagé (PMP) :

- Parcours Cancer du sein
- Parcours vasculaire
- Parcours plaies et cicatrisation
- Parcours addictologie
- Parcours Patients aigus et complexe

L'objectif est pour le patient d'éviter le « parcours du combattant » et d'accéder simplement à une prise en charge personnalisée, graduée et coordonnée entre les différents acteurs, en proximité et sur l'ensemble du territoire.

Une réflexion doit être menée concernant la priorisation des actions et les interactions avec les autres ateliers qui sont nombreuses.

Le projet a pour vocation de respecter les 4 axes stratégiques

- *Agilité* : pour le patient dans l'accès aux soins, dans l'organisation de son suivi et pour la coordination facilitée entre professionnels
- *Ouverture* car il est essentiel de développer les liens :
    - Entre services
    - Entre pôles
    - Entre établissements
    - Et surtout avec les professionnels de la ville, à l'entrée et à la sortie
- *Recherche/innovation/enseignement* : intégration des nouvelles technologies dans la communication patients/soignants, innovation managériale
- *Hôpital entrepreneurial* : amélioration continue et innovation, culture commune motivant des recrutements de qualité

Constats

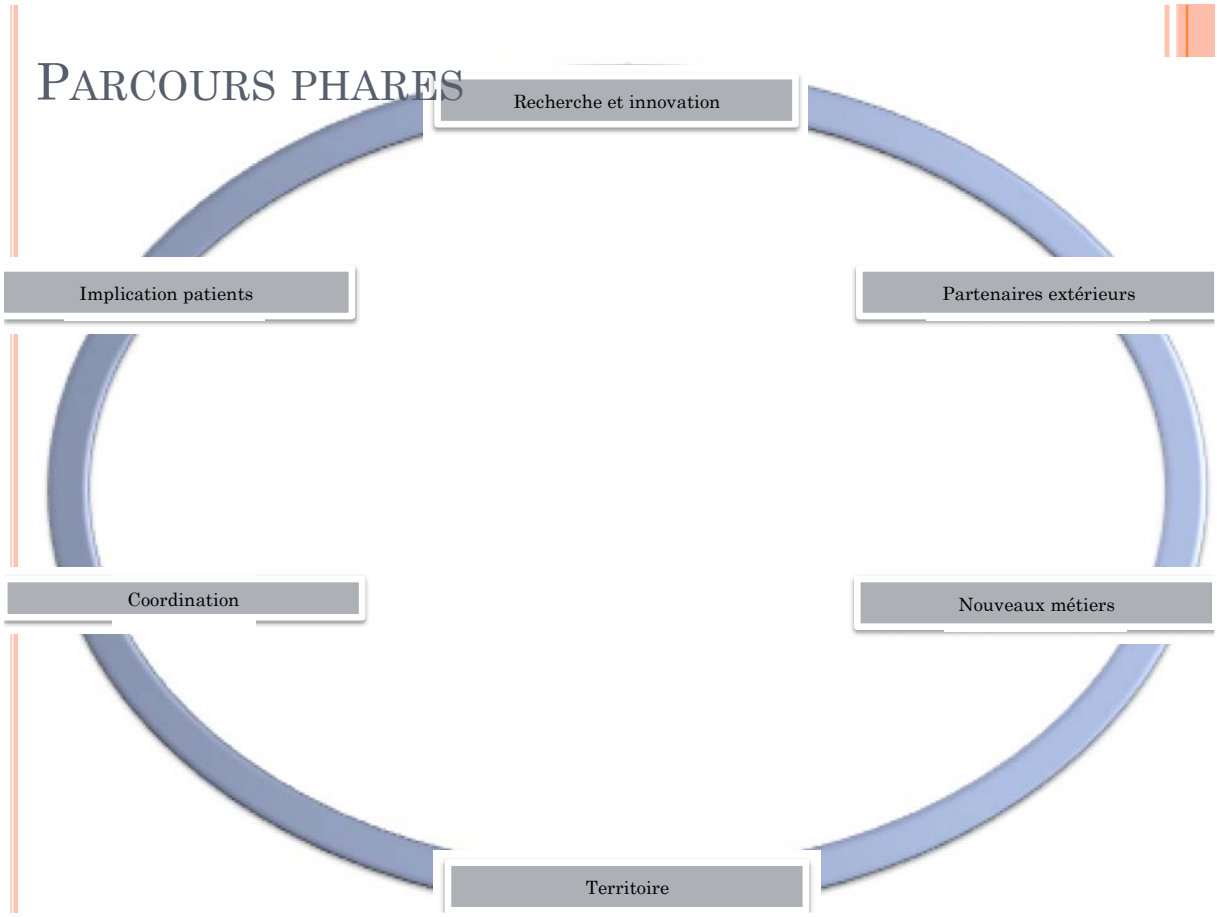
Le bon fonctionnement d'un parcours de soins au sein de l'établissement et du territoire est favorisé par sa bonne organisation à toutes les étapes de l'entrée à la sortie, intégrant programmation, coordination et protocolisation.

L'établissement dispose d'un socle de départ qui a été construit grâce à des compétences internes et externes.

Les forces

- Une commission parcours patient

- Le déploiement du Lean Santé
- Un comité Ville / Hôpital
- Présence d'IDEC
- Culture de la multidisciplinarité (au sein des professionnels du CHV et dans certaines filières (ex : AVC, filière gériatrique, chirurgie ambulatoire, cancérologie)
- Des parcours identifiés comme parcours phares



Des améliorations sont jugées nécessaires autour de ces parcours :

- Structuration des collaborations au sein de l'établissement et du GHT
- Implication patients
- Fluidification des flux.
- Mise en place d'indicateurs qualité.
- L'innovation technologique et managériale est un aussi un levier bien identifié et indispensable à intégrer.

Le contexte

Le territoire du Hainaut-Cambrésis est confronté à des indicateurs de santé publique catastrophiques. Il existe une surmortalité générale de 30 % par rapport à la moyenne nationale. D'importants besoins en santé publique sont identifiés sur ce territoire.

Dans ce bassin de vie il existe une faible mobilité des populations pour aller vers la formation. Dans le contexte socio-économique péjoratif de ce territoire celle-ci devient donc un ascenseur social essentiel.

Le Centre Hospitalier de Valenciennes doit jouer un rôle fédérateur et structurant pour répondre à ces deux problématiques dans l'ensemble du territoire du Hainaut-Cambrésis.

Benchmark (cf bibliographie)

Suite à ce premier constat et à travers la bibliographie, le groupe de travail a exploré 4 thématiques:

- L'approche de l'E-santé et les innovations technologiques : de la prise de rendez-vous à la sortie, l'innovation technologique permet de simplifier le parcours administratif et de mettre en lien le patient avec les équipes spécialisées.
- L'usager devient patient expert avec l'idée qu'il peut être impliqué à différents niveaux de sa prise en charge selon un *continuum* d'engagement : patients ressources pour les soins, patients co-chercheurs, patients coach, patients formateurs. Il s'agira de chercher à impliquer davantage le patient, à lui faire confiance pour qu'il devienne un collaborateur, un partenaire dans la construction de son parcours de santé, de soins.
- Les notions de guidelines et les protocoles de prise en charge des patients sont à analyser pour étayer notre travail. Il importe de choisir la modélisation du parcours de soins que nous pourrons mettre en œuvre au sein de l'établissement tout en captant l'amont et l'aval du passage en hospitalisation. Plusieurs modèles sont décrits, tous positionnant le patient acteur de sa trajectoire. Chaque méthodologie proposée dans les articles s'appuie sur les fondamentaux de la qualité.
- La thématique du parcours fait appel à une nouvelle approche métier, une adaptation des professionnels avec de nouveaux métiers: bed manager, case manager, coordonnateur de parcours. Ces nouveaux métiers ont vocation à permettre le suivi personnalisé des situations complexes et la gestion des flux. Ils nécessitent une formation des professionnels et une adaptation des organisations. Les pratiques avancées des paramédicaux pourront venir enrichir ces métiers innovants.

Propositions

De ces lectures, analyses et réflexions, 4 axes de travail ont été identifiés. Ils viendront en soutien de la structuration des parcours phares sur la base de critères de priorisation.

Des parcours phares

- Addictologie, également travaillé dans le cadre du PMP : plusieurs addictions nécessitent que l'établissement clarifie et adapte ses prises en charge : par exemple les troubles de la conduite alimentaire, les addictions à l'alcool, aux toxiques, jeux.
- Vasculaire et cardio-vasculaire : l'état de santé précaire de la population dans notre bassin de vie se traduit par un taux important de pathologies cardiaques et vasculaires, nécessitant une organisation adaptée de ressources et des organisations tant en interne qu'en lien avec la ville et sur le GHT.
- Obésité: c'est un axe important de nos prises en charge, toujours en lien avec le taux de précarité important de nos usagers et l'activité autour de ce problème de santé publique qui touche toutes les spécialités médicales, toutes les filières et tous les âges.
- Anorexie : il n'existe pas de structure, ni de ressource spécifique organisée aujourd'hui au CHV. Néanmoins des patients atteints de cette pathologie sont dans nos services de spécialités et le recours adapté est complexe à identifier et à mettre en œuvre.

- Soins critiques : notre établissement, référent et recours pour le GHT, est très sollicité pour les soins critiques et doit adapter ses offres de soins et de recours.
- Cancérologie : c'est un axe fort et prioritaire pour notre établissement, toujours en appui des chiffres très importants du territoire en matière de développement de cancers et du recours tardifs aux soins. Le parcours de santé est à mettre en œuvre dès le dépistage, puis avec la phase de diagnostic et d'annonce, le suivi thérapeutique et les soins de supports jusqu'au suivi à long terme tout en incluant les liens avec les professionnels et réseaux et structures de la ville.
- Maladie chronique : les malades chroniques et leur parcours de santé, de soins et de vie font le quotidien des services de l'hôpital. La prise en charge de ces malades se réalise aussi en phase aigüe. Il convient que nous en définissions les contours pour faciliter les séjours, la qualité de vie du patient chronique.
- Intégration de la médecine générale dans certains secteurs d'activité de l'hôpital : plus qu'un parcours, il s'agit plutôt d'une vision différente et intégrative qui redonne une place essentielle à la prise en charge globale dans tous les services.
- Pour rendre plus efficientes les orientations des usagers aux urgences et palier la permanence médicale de ville une organisation impliquant de médecins généralistes aux urgences est proposée. L'appui de généralistes dans certains services pourrait faciliter une prise en compte des problèmes de santé du patient comme en chirurgie par exemple.

A travers tous ces parcours, une dimension importante doit être également prise en compte : le vieillissement de la population hospitalisée. Le parcours de la personne âgée est traversant dans l'établissement et concernent toutes les spécialités.

Intégrer la qualité et la pertinence de prise en charge de la personne âgée hospitalisée, en veillant à éviter la dépendance iatrogène, est au cœur des projets de l'établissement et du GHT.

De plus, l'exemple de la coordination gériatrique a régulièrement été cité comme modèle.

Critères de priorisation des parcours :

Ces parcours ont été priorisés selon des critères que nous avons formalisés. Ils sont listés et sont transposables à tout autre choix que l'établissement aura à faire.

- l'épidémiologie
- le volume de patients, leur gravité
- la pertinence du parcours la qualité de la prise en charge
- les zones prioritaires (consultations avancées ou télémédecine)
- le niveau de complexité : simplicité de mise en place, base existante ou non
- les difficultés constatées
    - problématique des flux à gérer dans le GHT, soins en cascade : transferts entre établissements,
    - problèmes de délais de prise en charge, d'accès aux soins.

Les socles nécessaires à la construction de ces parcours :

Autour des parcours identifiés, plus ou moins complexes à mettre en place, nous avons mis en évidence par nos lectures et échanges quatre axes incontournables qui étayeront la modélisation des parcours phares du CHV. Ils ont ensuite été validés et hiérarchisés par une enquête sous la forme d'un scoring effectué en inter atelier auprès des membres du groupe.

1ème axe : la structuration parcours.

Le modèle retenu par le groupe pour décrire le parcours de soins du patient est une compilation reprenant toutes les étapes, les fonctions supports, les interfaces qui décrivent la trajectoire d'un usager dans notre système de prise en soins. La trajectoire du patient de son entrée jusqu'à sa sortie nécessite de formaliser les étapes de sa prise en charge de manière la plus exhaustive possible avec la description de soins optimaux et efficients basés sur les recommandations de bonnes pratiques :

- C'est planifier et organiser les interventions multidisciplinaires, assurer une organisation efficiente autour du patient dans un secteur d'activité, en consensus d'équipe
- C'est déterminer les rôles et tâches de chaque acteurs autour du patient cible

La modélisation retenue propose un schéma « macro processus » comme la HAS le décrit dans sa version V 2014 de la certification. Il est exhaustif et permet de visualiser les interfaces, liaisons à prendre en compte.

Lors de la construction des parcours, Il faudra aussi tenir compte des points de maitrise de chacune des étapes du processus pour en valider le contenu et gérer les risques afférents. Ils concernent l'identification des acteurs et des responsabilités, la connaissance de objectifs (besoins du patient), l'évaluation des risques de défaillance, la disponibilité des éléments de preuve.

2er axe : La coordination des parcours

Les malades chroniques, fragiles ou complexes bénéficieraient de l'appui des professionnels formés à la coordination. La gestion de flux de patients est aussi à repenser.

Le coordonnateur de parcours établit, organise et gère les liens permettant l'organisation de la prise en charge sanitaire, sociale, et médico-sociale d'une personne dans un parcours de santé ou de soins. C'est un nouveau métier à installer, à accompagner par des formations. On cite aussi le Bed manager ou le gestionnaire de lits, chargé de trouver une place pour l'hospitalisé. Il gère avec anticipation les entrées et les sorties, optimise les admissions et les séjours. Il fluidifie le parcours, optimise les flux. Il est placé en central dans l'établissement (ou au sein du pôle ?).

Le case manager a un rôle centré sur la coordination des intervenants (équipe pluridisciplinaire) autour du patient atteint d'une maladie chronique et complexe. Le patient peut être son propre case-manager. Le case manager peut être un aidant, un professionnel.

Ces nouvelles fonctions sont à explorer et à adapter à nos choix d'organisation. L'innovation nous permettra d'envisager d'autres missions. Nous pourrons aussi nous référer, entre autres, aux pratiques avancées pour les paramédicaux.

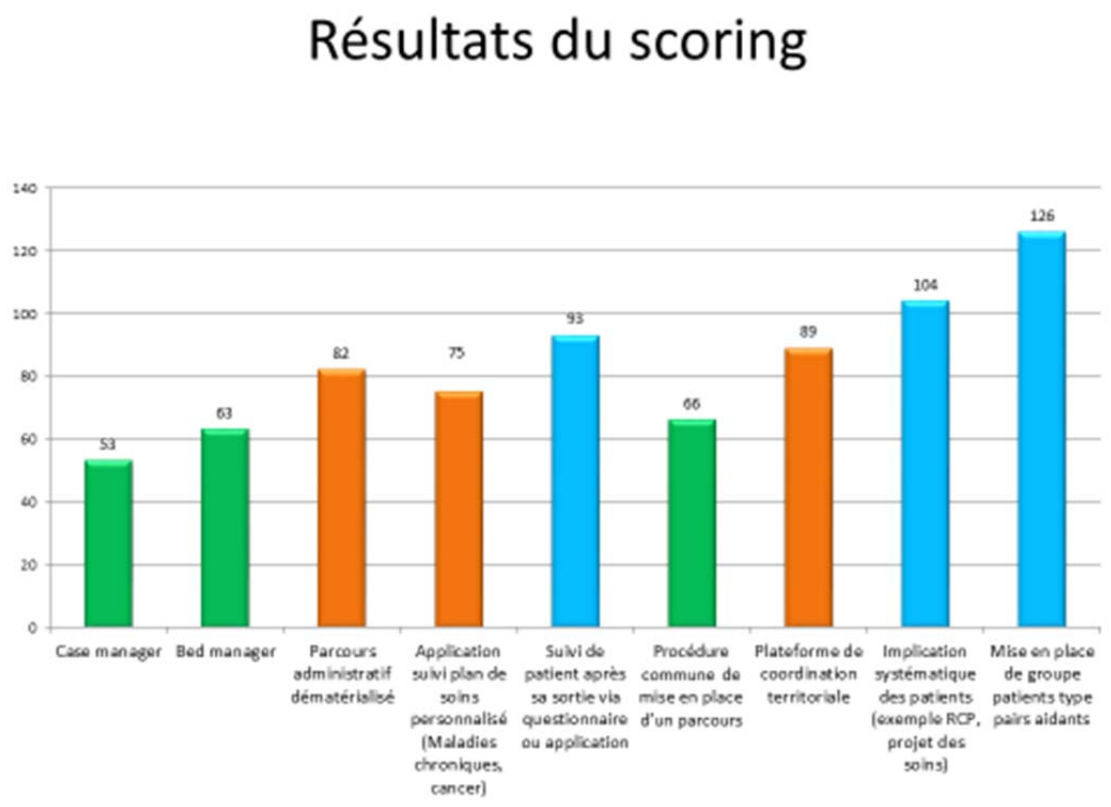
3ème axe l'appui d'un outil : « E-santé ».

La mise en œuvre du parcours formalisé passe par la dématérialisation, l'informatisation de nos supports de prise en charge et de suivi. Ces « E-santé » vont faciliter les étapes, faire gagner en sécurité et en rapidité. Par exemple la prise de rendez-vous en consultations prise à partir d'une plateforme, la dématérialisation des démarches, la gestion de la sortie sont autant de démarches simplifiées et sécurisées. D'autres approches par logiciels, applications permettent un suivi des malades atteints de maladie chronique grâce à un plan de soin personnalisé.

4ème axe : l'implication forte du patient.

L'idée force de cette thématique est la participation active du patient qui est acteur et partenaire de sa prise en charge auprès des autres professionnels et non plus un sujet passif. Il devient conseil auprès des soignants sur les choix thérapeutiques et référence sur la façon de vivre la maladie. La prise de décision thérapeutique, l'organisation de la prise en charge se fait avec le patient. Il collabore, devient partenaire de son parcours de santé grâce à l'expertise qu'il a développé au travers de sa stratégie d'adaptation à sa maladie. On peut s'appuyer sur des expériences déjà existantes comme l'éducation thérapeutique, la réadaptation, les patients dialysés, la commission des usagers. Il s'agira de préciser le niveau d'implication que l'on choisit, sur les soins directs, sur son niveau d'information, sur sa consultation, sa collaboration jusqu'au partenariat. Le facteur clé de succès est la capacité à porter un regard constructif et objectif sur sa maladie. L'enjeu est bien de garantir la qualité de soins tout en préservant la qualité de vie du patient.

Un scoring des propositions faites a été réalisé auprès des membres du groupe de travail et a priorisé les axes de travail comme suit :



Les scores les plus bas sont les thèmes les plus « rapidement » plébiscités : case-manager, bed-manger, procédure commune d'un parcours .

Le groupe souhaite maintenir l'ensemble des thèmes retenus avec globalement :

- structuration progressive des parcours selon la complexité de 1 à 5 ans
- A 1 an, mise en place des nouveaux métiers

- A 3 ans, déploiement du e santé
- A 5 ans, implication forte des patients « experts »

Mise en œuvre et priorisation

1 an / 3 ans / 5 ans

Quelques éléments non exhaustifs et non suffisants ont été évoqués comme piste de travail de ces parcours.

Intégration de la médecine générale			
	A 1 an	**A 3 ans**	**A 5 ans**
PATIENT			Empowerment patient parcours ville-hôpital Programme d'ETP co-construit avec les maisons de santé pluri-professionnelles
NOUVEAUX METIERS	Médecins polyvalents en chirurgie	Cs de médecine générale aux urgences	
E SANTE	Plateforme d'échange avec MG + projet global de santé patients suivis et accès comptes rendus d'examens complémentaires	Plateforme d'échanges accès aux comptes rendus d'hospitalisation et aux spécialistes	Hôpital ville avec un portail complet
Addictologie			
	A 1 an	A 3 ans	**A 5 ans**
PROCESSUS et STRUCTURATION	Structurer le parcours	HDJ troubles du compt alim. Filière alcool	Système de préventions dans l'ensemble du GHT Prise en charge de l'addiction aux jeux Mettre en place un parcours sante en addictologie
PATIENT/NOUVEAUX METIERS/ e SANTE à formaliser			
Cardiovasculaire			
	A 1 an	A 3 ans	**A 5 ans**
PROCESSUS	Parcours plaies complexes CHV Faciliter accès au plateau technique pour	Développement de l'ambulatoire Passeport vasculaire sur la zone de proximité	

	patients hospitalisés Uniformisation protocoles patients programmés Utilisation PRADO		
PATIENT			Implication des pairs aidants
NOUVEAUX METIERS	Infirmière de pratiques avancées		
E SANTE			Télémédecine (telecardio-teledermato-teleaorte) sur le GHT
AVC	**A 1 an**	**A 3 ans**	**A 5 ans**
PROCESSUS	Thrombectomie Prise en charge de l'AIT en 48H00 Lien avec filière d'aval	Stabilisation plateau thrombectomie	
PATIENT	Développer les axes de sensibilisation des patients, prévention éducation à la santé, informer le grand public	Implication et accompagnement des aidants	
NOUVEAUX METIERS / E SANTE à formaliser			
Obésité anorexie	**A 1an**	**A 3 ans**	**A 5 ans**

	Structuration du parcours médical et chirurgical de l'obésité Repenser, prévoir du matériel adapté en institutionnel et pour le brancardage RCP de territoire pour la chirurgie bariatrique	Revoir équipements Telédénutrition Articulation avec la ville au niveau ETP obésité (GHT) Prise en charge de l'anorexie	Parcours fonctionnel ville hôpital obésité (enfants y compris prévention sur l'extérieur)
PATIENT	Education à la santé		
NOUVEAUX METIERS/ E SANTE à formaliser			
	Soins critiques		
	A 1 an	**A 3 ans**	**A 5 ans**
PROCESSUS	Formaliser le parcours en interne et sur le GHT Structurer le parcours en radiologie interventionnelle	Organiser les soins critiques sur le territoire	Parcours de soins critiques fonctionnel sur le GHT Développer un parcours de santé innovant sur les soins critiques
PATIENT NOUVEAUX METIERS/ E SANTE à formaliser			
	CANCEROLOGIE		
	A 1 an	A 3 ans	**A 5 ans**

PROCESSUS	Rendre visible l'activité de cancero au CHV et en ville (annonce soins de supports, PPS) Structurer l'organisation au sein du GHT Partenariat public/privé autour de la cancero Politique de recherche en cancero à définir	Développer la prévention sur la ville Regroupement de toutes les activités Cancero au sein de l'établissement Mettre en place une structure de recherche en Cancero et unité d'investigation clinique Actions innovantes préventives et de dépistage avec des retours concrets	Institut du cancer Modification des indicateurs en santé public Système de prévention sur le GHT Parcours prévention du CANCER
PATIENT		Patient en RCP	Patient expert ?
NOUVEAUX METIERS	Infirmière de pratiques avancées Coordonnateurs de parcours		
E SANTE		Application de suivi ?	
Prise en charge chronique et aigue			
	A 1 an	A 3 ans	A 5 ans

PROCESSUS	Cibler la PEC des patients fragiles	Visibilité de structure de dépistage de maladie chronique	Prévention et traitement des maladies chroniques
PATIENT	améliorer l'accueil des accompagnants et des aidants	associations pour les maladies chroniques	
NOUVEAUX METIERS	Infirmière de pratiques avancées Coordonnateurs de parcours		
E SANTE		Développement d'applications parcours de soins, parcours de santé ville hôpital	

<u>Trame finale du projet d'établissement :</u>

Entrée et sortie du patient	**Parcours de soins**	**Ambulatoire**
▪ Organisation efficace de la programmation des hospitalisations ▪ Assurer une bonne communication avec les médecins de ville ▪ Gestionnaire de flux pour les entrées ▪ Médecins référents pour des avis aux urgences ▪ Anticiper la sortie (modélisation) Implication des familles ▪ Process d'entrée et sortie en lien avec les guidelines	▪ …	▪ Organiser le lien ville hôpital amont et aval (professionnels libéraux)
Qualité	Recherche et Innovation	Enseignement et Formation
▪ Augmenter implication des patients dans démarche qualité ▪ Analyse des indicateurs sur les délais de rdv en consultations, examens, rendu des résultats d'examens ▪ Evaluer la satisfaction patient en cours de déploiement des nouvelles technologies ▪ Optimiser la gestion des lits et la fluidification du parcours ▪ Identifier des indicateurs qualité en lien avec la fluidification du parcours	▪ Consultation des patients sur thématiques de recherche ▪ S'orienter vers le traitement des données notamment en épidémiologie	▪ <u>Formation</u> de patients ressources, patients formateurs, en lien avec l'université ? ▪ Formation au chemin clinique, processus parcours patient ▪ Se rapprocher des universités pour intégrer ces nouveaux profils à l'hôpital ▪ Proposer des stages et/ou contrat d'alternance ▪ Mettre en place une formation institutionnelle sur le coordonnateur de parcours, le case manager à prévoir dans le plan de formation

Annexe 2c – Atelier « Parcours de soins »

Constats

Compte tenu de l'impact prévisible du virage ambulatoire sur les organisations et les activités, le groupe a souhaité auditer l'ensemble des spécialités de l'établissement. 35 services (sur 38) ont répondu à un questionnaire lors d'une rencontre avec les membres de l'atelier répartis en 8 groupes.

L'analyse des questionnaires a permis d'établir un état des lieux synthétiquement repris ci-dessous, regroupé quand cela était possible par filière ou traité isolément : chirurgie, médecine, psychiatrie, SSR, réadaptation, unité veille sommeil, UTEP.

Pour plus de détails, les questionnaires et les analyses présentées sous forme de SWOT sont joints en annexe (1).

En chirurgie :

Actuellement la chirurgie ambulatoire fonctionne selon deux modalités : programmation en consultations ou au décours d'un passage aux urgences (chirurgie de la main) et concerne une liste de 55 actes marqueurs établis et le développement de la prise en charge d'actes innovants.

Points forts :

Concerne la chirurgie adulte et infantile à partir d'1 an.

Le parcours patients est déjà bien structuré avec l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA) pour les patients programmés et les urgences relevant de ce circuit. (ex : circuit des traumatismes et plaies de la main en urgence) ; un AS gestionnaire de flux patient est dédié à la chirurgie ambulatoire. Certains patients partent « debout » au bloc opératoire (patient acteur de sa prise en charge).

Structuration des parcours selon 4 différentes modalités : circuits long (entre 8 et 12 h d'hospitalisation), moyen (entre 6 et 8 h d'hospitalisation), court (entre 4 et 6 h d'hospitalisation) et éclair (entre 2 et 4 h d'hospitalisation). Cette structuration et ces rotations de patients sur les différents circuits permettent une prise en charge allant jusqu'à 63 passages adultes et 12 enfants.

Proximité des blocs et salle d'urgence main tous les jours de 8 h à 16 h avec prise de rendez-vous en direct dans l'agenda ambulatoire disponible aux urgences.

Multidisciplinarité de l'UCA

Prise en charge gériatrique spécifique pour les patients de plus de 75 ans grâce au partenariat avec l'EMIOG.

Axes d'amélioration pouvant permettre la poursuite du développement :

Mise en place d'une IDE coordinatrice dès la consultation afin de coordonner le parcours du patient dès la programmation en consultation (aujourd'hui ce poste existe dans le service de chirurgie ambulatoire)

Réorganisation des locaux visant à augmenter les possibilités d'accueil et de prise en charge optimale pour l'ensemble des circuits proposés, en lien avec le groupe parcours patient et le groupe projet architectural.

Accès à un hôtel hospitalier en amont et/ou en aval de la chirurgie ambulatoire

Suivi connecté du patient (téléphone, mail, application via tablette ou smartphone).

HAD possible en post-opératoire.

En médecine :

Des lits d'hôpitaux de jour existent dans un secteur identifié et indépendant ou bien adossé à un secteur d'hospitalisation conventionnelle ou de semaine :

- Dermatologie et vénérologie
- Endocrinologie et diabétologie
- Gériatrie
- Hématologie clinique
- Maladies de l'appareil digestif et nutrition
- Médecine interne, vasculaire et néphrologie
- Neurologie
- Oncologie médicale
- Rhumatologie

Des hôpitaux de jour de médecine sont présents dans chaque spécialité sauf en cardiologie et en maladies infectieuses : les prises en charge sont essentiellement :

- L'évaluation ou la réévaluation de maladies chroniques (bilan cognitif, bilan de chutes, évaluation gériatrique standardisé, dépistage iatrogénie, évaluation nutritionnelle et sociale, diabète gestationnel
- des explorations fonctionnelles et bilans
- des séances de traitement (transfusion, chimiothérapies, biothérapies, perfusion de médicaments nécessitant une surveillance hospitalière, photothérapies) et/ou des actes diagnostiques ou thérapeutiques (exérèses, greffes de peau, biopsies hépatiques, ponctions d'ascite, endoscopies, saignées, tests endocriniens…
- du suivi post hospitalisation aigue si nécessaire

Ces hôpitaux de jour disposent de personnel paramédical dédié, formé à la prise en charge de pathologies très spécialisées.

Quantitativement peu d'hospitalisations de jour après un contact avec le service des urgences.

Liens existants avec la médecine de ville notamment pour transfusions, ponctions d'ascite…

Psychiatrie :

La psychiatrie adultes et enfants est scindée en trois secteurs : Condé sur l'Escaut, Anzin/Bruay sur l'Escaut et Valenciennes.

Points forts :

Monopole de l'activité

Forte représentativité sur le territoire : Des CMP, CATTP et hôpitaux de jour couvrent l'ensemble du territoire. Couverture sectorielle globale et reconnue. Offre de soins complète.

Suivi de pathologies chroniques : 20 000 patients sont suivis (90% de névrose versus 10% de psychose).

97 000 actes ont été réalisés en ambulatoire en 2017 représentant une augmentation de 5.68 %. L'activité ambulatoire est supérieure de 25% par rapport au Nord-Pas de Calais et de 26% au niveau national.

La psychiatrie est déjà dans la démarche ambulatoire : les parcours ambulatoires servent à éviter l'hospitalisation conventionnelle.

Présence d'une équipe aux urgences et d'une équipe de liaison dans les services. Existence de structures de réinsertion. Intervention en dehors les murs de l'hôpital : à domicile, dans les UCSA du secteur.

Points faibles :

Les délais de prise en charge sont fluctuants limités par les effectifs paramédicaux. En pédopsychiatrie, le délai est de quatre mois, un mois en psychiatrie adultes.

Les locaux de certains CMP sont inadaptés : Onnaing. Projet de regroupement de CMP et CATTP en cours (projet Percepain) qui facilitera la mutualisation des moyens.

L'éclatement de la structure sur 14 sites _ Projet de regroupement des CMP, CATTP, de la psychiatrie adultes et enfants et des activités.

SSR :

L'activité ambulatoire en SSR est soumise à autorisation. Le Centre Hospitalier de Valenciennes n'est pas détenteur de cette dernière. Le monopole de cette activité est détenu par l'UGECAM et la Rougeville.

Les patients hospitalisés en SSR sont adressés à l'UGECAM, installé sur le site de l'hôpital (locaux partagés).

Réadaptation :

15 lits autorisés mais compte tenu des effectifs médicaux 9 lits installés. Pas de mutualisation de personnel hormis les cardiologues. Forte demande. Perte de patients du fait du manque de place. Fuite vers Lille et Oignies. Souhait de regrouper la rééducation, la réadaptation cardiaque et la médecine du sport et de développer l'éducation thérapeutique.

Unité veille sommeil :

Points forts :
Activité ambulatoire importante de jour et de nuit. Peu d'hospitalisation de 2 jours.
Adressage de patients par consultations, post-hospitalisation ou médecine de ville (généralistes, spécialistes).
Locaux dédiés

Points faibles :
Effectif médical faible : 1 ETP. Fermeture obligatoire 9 semaines par an.
Délai de programmation très important (12 mois) entrainant la perte de patients.
1 seule infirmière postée la nuit. Pas de possibilité de prendre en charge les patients lourds.

UTEP :

L'UTEP est une fonction support qui ne se substitue pas aux équipes dans l'éducation thérapeutique. Elle vient en appui méthodologique sur la mise en place de programme, la formation des professionnels de santé, le suivi des évaluations des programmes.

Actuellement, pas d'activité ambulatoire en propre. L'UTEP se projette dans l'ouverture d'un secteur dédié à l'éducation thérapeutique (Boulogne/Mer) avec mise en place de programmes multipartenaires (minimum 2 médecins) à destination de patients pluri pathologiques. Mais quid du financement ?

Perte de patients quand l'éducation est réalisée en ambulatoire strict (externe non facturable) car le transport n'est pas pris en charge.

Ambition

Poursuivre l'extension de la prise en charge en chirurgie ambulatoire de patients actuellement admis en hospitalisation conventionnelle.

Activité réalisée ou à venir en ambulatoire : sleeve gastrectomy, splénectomie, chirurgie du reflux, fermeture de stomie, colectomie, appendicectomie. Activités à venir ou à développer hernie discale, prothèse de hanche, prothèse de genou, chirurgie esthétique et plastique. Par ailleurs, le robot facilitera les prises en charge ambulatoire des lobectomies pulmonaires, prostatectomies, thyroïdectomies, hystérectomies en ambulatoire.

Développer une prise en charge ambulatoire pour la pathologie aigue médicale après un adressage aux urgences soit sur un hôpital de jour soit sur une plage de consultation dédiée à l'urgence.

Développer l'utilisation de solution qui digitalise le parcours clinique du patient en prenant en compte les volets administratifs et médicaux sans briser le lien entre les professionnels de santé et le patient de manière sécurisée à son domicile. Poursuivre et développer le partenariat avec la ville : médecine de ville, IDE et Kinésithérapeutes libéraux.

Etudier la possibilité d'organiser cette prise en charge directement à partir d'une demande d'un médecin de ville dans l'intention de diminuer le flux de patients arrivant au service des urgences. Ce type de proposition semble n'exister actuellement dans aucun hôpital français.

Benchmark

De nombreuses expériences en chirurgie ambulatoire, très peu en médecine.

Caractère incitatif et attractif de la facturation en chirurgie, existence d'une liste d'actes marqueurs en chirurgie. Blocage en médecine de la part de la sécurité sociale (circulaire frontière)…

Benchmark présenté lors de l'atelier 2 (diaporama en annexe 2).

A la suite de l'atelier 3, interview téléphonique des CHU de Nancy et Lyon.

CHU de Nancy : plusieurs sites de médecine ambulatoire dédiés dont l'organisation et l'architecture ont été pensées selon le concept de la « marche en avant ». Les locaux sont situés en rez de chaussée avec 40 places de parking réservés et dépose minute. Accueil administratif simplifié et personnel dédiés. Wifi gratuite, espace collation, salons et espaces de soins.

Ouverture de 8h à 19h. Environ 90 patients par jour

- Un plateau de médecine ambulatoire multidisciplinaire de 44 places regroupant 12 spécialités médicales adultes sur le site de Brabois :
  - Addictologie
  - Dermatologie
  - Diabétologie
  - Endocrinologie
  - Hépato-gastro-entérologie
  - Maladies infectieuses
  - Médecine interne
  - Néphrologie
  - Neurologie
  - ORL
  - Pneumologie
  - Rhumatologie
- Une unité de médecine ambulatoire de 8 places pour l'onco-hématologie sur le site de Brabois
- Une unité de médecine ambulatoire de 8 places en gynécologie-obstétrique sur le site de la maternité
- Une unité de médecine ambulatoire de 17 places en pédiatrie à l'hôpital enfants

CHU de Lyon :

- La plateforme CliMA regroupe sur un même site (Hôpital Edouard Herriot – pavillon R) les consultations et l'hospitalisation de jour pour les disciplines suivantes :
  - Dermatologie
  - Hématologie
  - Médecine interne
  - Néphrologie
  - Radiologie interventionnelle en partie
  - Rhumatologie
  - Transplantation (suivi de greffés)
  - Vih

22 places d'hôpital de jour avec personnel dédié (11 IDE, 5 AS, 2 coordinatrices, 1 cadre) hors secrétariat pris en charge par les services d'hospitalisation conventionnelle. Personnel non mutualisé avec les consultations. Amplitude horaire 7h-18h. Environ 50 patients par jour essentiellement concentrés le matin (85%).

Programmation réalisée à la demande quasi exclusive des médecins hospitaliers (priorisation des demandes, lien avec la ville) ou après passage en consultations. Prise en charge rapide, généralement le lendemain, des demandes urgentes facilitée par l'accès direct aux agendas de radiologie (existence d'une charte prévoyant l'accès aux agendas sans passer par le secrétariat hors IRM difficile d'accès ++). Pas d'attente dans la programmation mais manque de places d'où des séjours forains.

Pas de consultations pluridisciplinaires.

Facturation encore possible de certains hôpitaux de jour. Caisse d'assurance maladie souple dans l'application de la circulaire frontière. Pas d'existence de thésaurus pour faciliter la facturation.

Atout : plus de souplesse dans la programmation qu'auparavant. Pas de perte de patients. Pas de fermeture annuelle.

Faiblesse : absence de médecin coordonnateur. Activité essentiellement concentrée le matin plateforme sous dimensionnée. Locaux mal adaptés, difficile de mettre en place un nouveau concept dans de vieux bâtiments. Séjours forains par convenances du médecin ou par manque de places sur

l'unité Clima. Le patient doit se déplacer dans les secteurs d'hospitalisation conventionnelle pour récupérer son courrier. Déficit financier ++.

Conseils :

- bien penser le dimensionnement de l'unité
- travailler sur l'architecture idéalement bâtiments neufs
- faire un travail de fond avec les plateaux techniques pour faciliter les accès sans les désorganiser
- former le personnel aux différentes spécialités à prendre en charge pour éviter les conflits et/ou appropriation de personnel
- prévoir un médecin coordonnateur vrai

Propositions

Propositions déjà présentées :

- Création d'une commission permanente de suivi de projet « ambulatoire » incluant les spécialités, les urgences, le DIM et les services médicotechniques car tout transfert d'activité sur l'ambulatoire modifie l'organisation de tous les services supports.
- Création d'une plateforme de coordination idéalement accessible aux médecins de ville (généralistes ou spécialistes) ou aux paramédicaux libéraux.
- Développement des fonctions de coordination, programmation et de gestion post ambulatoire en lien avec les structures d'aval ou les paramédicaux :
    - SSIAD de nuit
    - Hôtel hospitalier
    - HAD, PRADO, prestataires
- Le risque financier de pertes de recettes pour l'établissement est réel (à étudier). Il est nécessaire de faire des propositions tarifaires à discuter avec les organismes payeurs et l'ARS et qui pourraient s'appliquer à quelques parcours ou typologies ciblés dont certaines pathologies chroniques lourdes.
- L'augmentation de l'activité ambulatoire suppose de dégager du temps médical et d'éviter une désorganisation des agendas médicaux :
    - Appel à des praticiens extérieurs pour effectuer des vacations de consultations
    - Réflexion à mener sur la possibilité de délégation de tâches à des infirmières de pratiques avancées (décret d'application non publié).
- Après entretien avec le Dr Maisonneuve, cinq pathologies pourraient en priorité faire l'objet d'un parcours patient ambulatoire, les patients étant actuellement adressés aux urgences sans qu'il y ait obligatoirement un caractère d'urgence.
    - Ceci concerne les :
        - bilans d'anémie (hors hémorragie aigue)
        - douleurs thoraciques (hors évènement coronarien)
        - suspicions de phlébite
        - douleurs vertébrales spontanées aigues ou chroniques
        - plaies complexes (projet en cours de réalisation) mais également la pathologie dermatologique
    - la discussion sur la possibilité de prendre en charge certaines pathologies de sévérité 1 sans problématique sociale n'a pas abouti à un consensus et devra faire l'objet d'un complément de réflexion.
    - Une réflexion pourrait être menée sur la possibilité d'une réévaluation précoce de certains patients après leur passage aux urgences avec des plages de consultations dédiées.

– Il est important dans la démarche de définir prioritairement l'organisation des prises en charge et ensuite mener une réflexion sur un éventuel regroupement partiel ou total des structures actuellement dédiées à l'hospitalisation de jour et situées dans les différents services. Les renseignements pris auprès des CHU de Nancy et de Lyon confirment qu'il n'y a pas de regroupement total de l'activité ambulatoire en hôpital de jour mais plusieurs secteurs avec des regroupements partiels.

Mise en œuvre et priorisation

1. Objectif et modèle organisationnel à définir en 12 mois. Discuter un éventuel partenariat avec l'ANAP dans la conduite du projet et participation active de toutes les spécialités dans la définition du modèle (exemple du CHU de Lyon).
2. Dans le cas où l'institution adopterait le modèle d'un regroupement partiel ou total des activités de jour, l'architecture devra en être définie à trois ans.
3. A cinq ans, fixer des objectifs quantitatifs cibles, définis consensuellement à partir de l'évolution des recommandations de prise en charge.

Ressources humaines	Finances	Système d'information
▪ Parcours agent (reconversion/personnel choisi) ▪ Nouveaux métiers : programmatrice, gestionnaire de flux	▪ Comptabilité analytique ambulatoire ▪ Impact nouvelles réglementations sur l'ambulatoire (hdj déclassés, ▪ FPI etc …)	▪ Lien avec la ville ▪ Travail sur le relevé du traitement à domicile à l'entrée ▪ Faciliter les prescriptions (DPI rigide)
Logistique	**Architectural**	**Managérial**
▪ Intervention des prestataires de type pharmacie, blanchisserie, repas, ONET ▪ Transports interne et externe	▪ Travaux sur le secteur de chirurgie ambulatoire ▪ Si plateau unique : à quel endroit ?	▪ Cadre gestionnaire de flux (amont/aval)

Entrée et sortie du patient	Parcours de soins	Ambulatoire
▪ Faciliter les démarches administratives	▪ Parcours par typologie à partir des urgences et de la ville	…
Qualité	**Recherche et innovation**	**Enseignement et formation**
▪ Evaluer la satisfaction des patients ▪ Recueillir leurs propositions d'amélioration et/ou besoins non satisfaits ▪ Indicateurs spécifiques à l'ambulatoire	▪ Tarification ▪ Organisation de parcours et de traitement de flux	▪ Formation fonction de coordination/programmation ▪ Formation cadre gestionnaire de flux

Annexe 2d – Atelier « Qualité »

NOTRE AMBITION

Notre ambition générale est de développer la notion de service au patient, en travaillant sur des thèmes tels que l'accueil, l'information, les services hôteliers, les supports multimédias. L'objectif est de rendre le patient acteur de son parcours santé donc de partir des besoins du patient et de son entourage afin de construire son parcours de santé.
En interne, nous souhaitons développer une culture institutionnelle basée à la fois sur l'importance à donner à la qualité de vie au travail et sur le déploiement de démarche participative permettant à chaque salarié d'apporter sa contribution à la résolution de problèmes

CONSTATS

Le constat actuel nous montre :

- Une bonne appropriation de la culture de gestion et d'analyse des risques.
- Une prise en compte des parcours patient qui devient de plus en plus une réalité avec la mise en place d'actions concrètes.
- L'implication du personnel à tous les niveaux nous a permis de mettre en place de nombreuses démarches qualité et a permis de développer un système qualité efficace.

Nous sommes cependant conscients de devoir améliorer :

- La qualité de l'accueil et de l'information délivrée au patient
- La communication inter commissions, inter pôles, inter projets afin d'avoir une vision globale de nos démarches et faciliter la finalisation de tous nos projets.
- Le déploiement d'une vraie culture institutionnelle autour du service apporté au patient et à son entourage.

Benchmark

Nous avons relevé 3 idées principales mises en place dans d'autres établissements:

1. La mise en place d'infirmière programmatrice, ayant pour mission de coordonner le parcours d'un patient depuis son entrée jusqu'à sa sortie

2. Une démarche de « Label Hospitalité » mise en place à l'AP-HP, dont le principe est de délivrer ce Label à des secteurs ou parcours de l'établissement, à partir d'une évaluation coordonnée par un jury de représentants d'usagers. Cette évaluation se base sur la grille de recueil de satisfaction des usagers, sur des questionnements d'usagers et d'autres critères d'accueil tels que la prise de RV.

3. Le Lean management au CHU de Godinne : des outils comme le Stand-up meeting, le 5S, le DMAIC sont particulièrement développés, dans un esprit de démarches participatives à tous les niveaux de l'établissement.

PROPOSITIONS

Thème culture institutionnelle

Objectifs :

- Mieux prendre en compte la voix des usagers
- Volonté d'avoir une culture institutionnelle basée sur l'hospitalité offerte à nos usagers
- Créer une démarche qui implique l'engagement des services de soins pour répondre de manière satisfaisante aux attentes du patient.
- Évaluer l'ensemble des actions décidées dans le projet d'établissement afin de les ajuster au juste besoin des patients.

Proposition : « viser un Label hospitalité délivré par les usagers »
Le principe est de faire réaliser une évaluation de notre niveau d'hospitalité par les usagers eux-mêmes. Pour cela nous construirons avec eux une grille / charte d'évaluation, comprenant des observations de terrain et la consolidation des enquêtes / indicateurs utilisés à ce jour pour la mesure de la satisfaction des patients.
Un Label sera délivré par parcours (ou par service) : consultation, urgences, administratif, hospitalisation adulte MCO, hospitalisation enfants MCO …..

Thème démarche interne

Objectifs :

- Mettre en place une démarche participative et concrète au plus près du terrain
- Viser l'amélioration de la relation entre le patient et l'équipe pluridisciplinaire
- Améliorer la performance des processus clefs dans la prise en charge du patient

Proposition : « généraliser le Lean Santé »
Déjà initialisé dans quelques services, nous souhaitons poursuivre son déploiement à travers 2 principaux outils : le stand up meeting et le DMAIC (ou démarche par processus). Afin de suivre et mieux connaitre le niveau d'implication et d'application dans les services et processus (ou parcours) nous proposons une cartographie avec degré d'implantation (niveau 1, 2, 3).
Il deviendra nécessaire de mettre en place des ressources humaines dédiées

Thème management qualité et gestion des risques

Objectifs :

- Développer plus de cohérence, de liens et de lisibilité entre les pôles et les instances ayant à gérer la qualité et gestion des risques

- Suivre et prioriser les projets qualité et gestion des risques en partant des besoins exprimés par les commissions : aller jusqu'au bout de nos actions et de nos projets.

Proposition 1 : le principe consiste à donner au comité qualité le rôle de priorisation et suivi des projets concernant la qualité et gestion des risques, et il aura pour mission d'arbitrer les projets entre les différentes commissions transversales. Le comité qualité doit être garant de l'avancement des projets (du début jusqu'à la fin)
Il sera nécessaire de redéfinir ce comité qualité en y faisant participer un représentant de chaque pôle.

Proposition 2: l'ensemble de la GED sera géré à partir d'une seule application, intégré dans le nouvel Intranet avec un moteur de recherche performant.
De nombreuses applications telles que l'annuaire, la connaissance de compétence, les agendas pourront également être particulièrement améliorés.

Proposition 3 : remise d'un kit accueil pour les nouveaux arrivants.

Thème patient acteur de son parcours de santé :

Objectifs :

- Donner au patient toutes les informations qui lui permettront de le rendre acteur de son parcours
- Faciliter son parcours en réduisant les délais de sa prise en charge
- Faciliter le lien et la communication entre les professionnels de ville et les hospitaliers
- Améliorer la continuité de son parcours

Proposition 1 : mettre en place un portail ville hôpital qui permettra d'apporter les avantages suivants :

- Prise de RDV en ligne
- Pré-enregistrement du patient avant sa venue en consultation ou en hospitalisation
- Accès direct des patients et des médecins de ville à l'info médicale (CR, biologie, radio, …)

Des actions sont également à mener rapidement afin d'améliorer la communication avec la médecine de ville, telles que la mise à jour et généralisation d'une messagerie sécurisée (exhaustivité du fichier)
Enfin des fiches d'information disponibles sur le portail internet à destination du patient sont à généraliser.

Proposition 2 : mettre en place un professionnel coordinateur ayant en charge la gestion du parcours du patient depuis son entrée jusqu'à sa sortie, la prise de RV des futurs examens ou hospitalisation, l'information à donner au patient, la remise d'un plan de soins à la sortie du patient.

Proposition 3 : généraliser la pharmacie clinique, ayant en charge la conciliation médicamenteuse du patient aussi bien à son entrée qu'à sa sortie.

Ces axes seront complétés par le principe règlementaire de remise systématique du courrier de liaison le jour de la sortie du patient.
Sur l'aspect logistique, la mise en place de salons de sortie permettra de fluidifier l'occupation des chambres et mieux gérer l'interface entre le patient et son retour à domicile.

Thème accueil :

Objectif : en parallèle de solutions informatiques, il apparait important de ne pas oublier le contact humain et de rendre professionnel chaque étape de l'accueil afin de répondre aux attentes du patient

Proposition 1 : mettre en en place un module de formation à l'accueil à destination de tout le personnel en contact avec la patientèle.

Proposition 2 : pour les hôtesses d'accueil, nous proposons une professionnalisation de leur profil, apportant une meilleure reconnaissance, et reprenant des éléments comme une tenue unique, un langage approprié ….

Concernant la signalétique, à plus long terme nous pourrons proposer le déploiement d'une application IPhone permettant aux usagers de se repérer dans l'établissement.

Thème service au patient durant son hospitalisation :

Objectif : rendre le plus agréable et fonctionnel possible le séjour du patient en lui apportant les éléments matériels et humains en plus de ses soins.

Proposition 1 : *Multimédia* : mettre à disposition une application multimédia performante, comprenant le téléphone, la télévision, l'internet, et surtout le wifi dans tous les secteurs

Proposition 2 : *Restauration* : simplifier les menus pour une meilleure qualité et plus de choix

Proposition 3 : *Autre service* : mettre en place d'une conciergerie apportant des services n'existant pas aujourd'hui, tels que épicerie, distributeurs de billets, garderie d'enfants…

Mise en œuvre et priorisation

Objectifs	Actions	Personnes Ateliers ressource	Echéance					
			2018	2019	2020	2021	2022	2023
Thème Culture institutionnelle Volonté d'avoir une culture institutionnelle basée sur l'hospitalité offerte à nos usagers Créer une démarche qui implique l'engagement des services de soins pour répondre de manière satisfaisante aux attentes du patient. Évaluer l'ensemble des actions décidées dans le projet d'établissement afin de les ajuster au juste besoin des patients.	Création d'un comité Label Hospitalité	Qualité		Début Fin				
	Définition d'une grille/charte d'évaluation	Comité label hospitalité			Début Fin			
	Engagement des services sur cette charte				Début Fin			
	Réalisation des évaluations avec remise du label	Usagers				Début		Fin

Objectifs	Actions	Personnes Ateliers ressource	Echéance			
			2018	2019	2020	2021
Thème démarche interne **LEAN Management** Démarche participative et concrète au plus près du terrain Améliorer la performance des processus clefs	Redéfinir les attentes sur l'utilisation des outils	Qualité Management	Début Fin			
	Bilan du niveau d'implication et d'application de la démarche Lean Management	Qualité	Début Fin			
	Décision sur les actions d'accompagnement	Management	Début Fin			
	Mise en œuvre de l'accompagnement si décision actée	RH		Début		
Thème management qualité et gestion des risques Suivre et prioriser les projets qualité et gestion des risques en partant des besoins exprimés par les commissions Développer plus de liens entre les pôles et les instances ayant à gérer la qualité et gestion des risques	Redéfinir le rôle du comité qualité, en intégrant la priorisation et suivi des projets qualité	Qualité	Début Fin			
	Redéfinir les participants du comité qualité	Qualité	Début Fin			
	Intégration de la GED dans le nouvel intranet	Qualité et DSI	Début	Fin		
	Kit informatique du nouvel arrivant	RH	Début Fin			

Objectifs	Actions	Personnes Ateliers ressource	Echéance					
			2018	2019	2020	2021	2022	2023
Thème rendre le patient acteur de son parcours de santé Donner au patient toutes les informations Améliorer la continuité de son parcours Réduire les délais de prise en charge Améliorer le lien entre professionnels de santé	Prise de RV en ligne	DSI, entrée – sortie, et parcours		Début		Fin		
	Pré enregistrement en ligne	DSI, entrée – sortie, et parcours		Début	Fin			
	Accès direct des patients et des médecins de ville à l'info médicale	DSI, entrée – sortie, et parcours	Début	Fin				
	Finaliser l'organisation de la messagerie sécurisée	DSI		Fin				
	Mise en place d'un professionnel coordinateur pour les parcours identifiés	RH et parcours	Début		Fin			
	Mise en place de la pharmacie clinique	RH et parcours		Fin				
	Mise en œuvre de salons de sortie	Architecture, parcours, entrée-sortie			Début		Fin	
	Mise en conformité du courrier de sortie selon règlementation	Qualité		Fin				

Objectifs	Actions	Personnes Ateliers ressource	Echéance					
			2018	2019	2020	2021	2022	2023
Thème accueil Rendre professionnel chaque étape de l'accueil afin de répondre aux attentes du patient	Plan de formation accueil à destination de tous	RH		Début			Fin	
	Définir le cahier des charges hôtesse professionnelle	RH et logistique	Début	Fin				
	Mise en place d'hôtesses professionnelles	RH et logistique		Début		Fin		
	Application signalétique sur IPhone	DSI				Début	Fin	
Thème service au patient durant son hospitalisation Rendre le plus agréable et fonctionnel possible le séjour du patient en lui apportant les éléments matériels et humains en plus de ses soins.	Multimédia performant : associer les usagers dans la rédaction du CDC	Logistique	Début	Fin				
	Déploiement du nouveau Multimédia	Logistique		Début	Fin			
	Restauration : simplification des menus	Logistique	Fin					
	Conciergerie à destination du patient	Logistique			Début		Fin	

Annexe 2e – Atelier « Enseignement et formation »

L'AMBITION

Une vision globale :

Le centre hospitalier de Valenciennes a des ambitions territoriales, régionales, nationales et internationales. L'évolution vers la labellisation de Centre Hospitalier Régional – CHR est incontournable.

Les axes stratégiques identifiés pour son projet d'établissement montrent son dynamisme.

Notre Hôpital se veut être, pour les 5 prochaines années, un hôpital agile, ouvert, à l'esprit entrepreneurial et où la recherche, l'innovation et l'enseignement tiendront une place prépondérante.

Notre ambition dans le domaine de l'enseignement et de la formation est importante et marque une rupture par rapport à la situation antérieure où cette activité était placée au second plan.

Les forces :

Sa force actuelle repose sur :

- Son capital humain : 5300 personnes au service des patients, chacun dans son métier à un niveau d'expertise remarquable.

- Sa robustesse : l'hôpital de par son organisation polaire, aux délégations étendues, est en équilibre budgétaire, ce qui lui permet d'envisager l'avenir dans des conditions très favorables.

- Sa reconnaissance en tant qu'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire du Hainaut-Cambrésis

Le contexte :

Le territoire du Hainaut-Cambrésis est confronté à des indicateurs de santé publique catastrophiques. Il existe une surmortalité générale de 30 % par rapport à la moyenne nationale. D'importants besoins en santé publique sont identifiés sur ce territoire.

Dans ce bassin de vie il existe une faible mobilité des populations pour aller vers la formation. Dans le contexte socio-économique péjoratif de ce territoire celle-ci devient donc un ascenseur social essentiel.

Le Centre Hospitalier de Valenciennes doit jouer un rôle fédérateur et structurant pour répondre à ces deux problématiques dans l'ensemble du territoire du Hainaut-Cambrésis.

LES CONSTATS

En matière de formation et d'enseignement, les constats des ateliers peuvent être déclinés de la manière suivante **« *nous ne partons pas de zéro » :***

- **Pour ce qui est de la formation** : un plan de formation est réalisé chaque année en lien avec les pôles : l'Hôpital investit pour former ses personnels.

- **Pour ce qui est de l'enseignement et des formations** dispensés par les professionnels de l'Hôpital :
  - Les expertises hospitalières sont nombreuses dans le Centre Hospitalier, elles touchent tous les métiers.
  - La volonté des professionnels de vouloir transmettre leur connaissance est forte
  - Le besoin en formation est important dans le domaine de la santé.
  - Nous avons une structure de formation sur le site de l'hôpital : Institut de formation aux métiers de la santé ; donc un vrai savoir-faire est déjà dans nos murs.
  - La volonté partagée avec l'UVHC de construire ensemble une structure Hospitalo-Universitaire d'enseignement et de recherche dans le domaine de la santé.

Il y a cependant un certain nombre de points à améliorer :

- Les professionnels manquent de visibilité sur la construction du plan de formation.
- Ils jugent l'accès à ses formations complexe.
- Il n'y a plus de structure exclusivement dédiée à la formation au niveau des DRH.
- La formation pluri professionnelles est difficile à mettre en place.
- Il y a un manque de transversalité sur la prise en compte de la formation et de l'enseignement.
- On ne connait pas l'exhaustivité des possibilités de formations et d'enseignements pouvant être réalisés par les agents de l'hôpital.
- Il n'y aucune structure transversale pouvant accompagner les personnes proposant des formations. Ce constat met en évidence un souhait de voir se mettre en place une professionnalisation de cette activité.

A partir de ce constat des activités structurantes autour de l'enseignement et de la formation ont été identifiées :

- Le centre de simulation en santé
- Les nouveaux métiers, les métiers en tension.
- La réforme de l'Internat.

Le centre de simulation en santé

La simulation en santé à Valenciennes constitue un incontournable.

Deux centres importants fonctionnent actuellement dans la région des Hauts de France.

Valenciennes doit s'intégrer de façon cohérente à l'existant.

Il est important de débuter le travail par un recensement des besoins au niveau de l'hôpital et du GHT et de préciser les différents types de formation à développer dans le cadre de la formation initiale et de la formation continue. Cet outil d'enseignement et de formation continue doit pouvoir s'adresser à tous les métiers et donc tous les professionnels.

Nous disposons au sein de l'hôpital d'une expérience d'activité de formation par la simulation à l'Institut de formation aux métiers de la santé (IFMS). Il est certain que d'autres professionnels qu'ils soient soignants, médecins, administratifs, techniciens ou autres ont été formés à cet outil. Il est important d'en faire le recensement ; ils seront précieux pour nous permettre de configurer au mieux notre structure et en seront les premiers utilisateurs.

Cette activité pourra être aussi le terrain de recherche.

Les moyens nécessaires au fonctionnement de cette structure seront à évaluer. Un investissement initial en matériel et en immobilier est indispensable, un retour sur investissement sera réalisé en fonction de leur utilisation à des fins de formation.

L'HAS a écrit un guide des bonnes pratiques que nous suivrons pour la mise en place de cette activité.

Les nouveaux métiers, les métiers en tension

Dans ce domaine, l'ambition de l'hôpital est d'anticiper pour ne pas subir.

La réflexion et l'action du centre hospitalier de Valenciennes sur ces sujets s'intègrent à la stratégie de transformation du système de santé national. Elles s'adaptent aussi aux conditions socio-économiques et de Santé Publique, tout à fait particulières dans le territoire du Hainaut Cambrésis.

Le Pôle Hospitalo-Universitaire de Santé Publique sera l'outil d'anticipation en identifiant les nouveaux métiers de la santé et en organisant la filière d'enseignement qui conduira à ces nouvelles activités.

Par ailleurs l'hôpital identifiera des moyens d'attractivité et de fidélisation des personnels et particulièrement sur les métiers en tension.

Le développement de l'activité d'Enseignement et de Formation sera un facteur d'attractivité et de fidélisation de talents rares.

Des partenariats avec les écoles de formations aux métiers en tension (Infirmiers-ères de bloc opératoire ou anesthésistes..) se développeront. Le CHV est un lieu de stage idéal pour les élèves de ces filières.

Il faudra repérer les stagiaires talentueux, et mettre en place tous les arguments qui donneront ensuite aux jeunes diplômés l'envie d'exercer leur profession avec nous. Des contrats bourses pourront être utilisés dans cet objectif.

La réforme de l'Internat

Face à la réforme de l'Internat l'ambition de l'Hôpital est de s'adapter habilement pour ne pas subir. L'enjeu, encore une fois, est de savoir attirer et fidéliser des talents médicaux à partir des premiers stages des étudiants en médecine, de manière à les voir revenir en stage d'internat et leur proposer des postes d'assistant pour leur cursus post internat. Au compagnonnage classique que les médecins séniors effectuent auprès des internes des cours leur sont déjà délivrés.

L'organisation de ces cours devra se faire de façon beaucoup plus transversale qu'elle ne se fait actuellement. Il sera intéressant de faire en sorte que les cours dispensés au sein de l'Hôpital puissent être validant pour le parcours d'enseignement que l'interne doit suivre et qui est décrit dans la maquette de sa formation.

Il est donc important que ce cursus de formation valenciennois soit validé par les coordonnateurs d'enseignement du CHU.

L'accueil des internes doit être travaillé. On doit être attentif à son accompagnement pendant son passage à l'Hôpital et à son suivi. Un interne satisfait de son stage reviendra et le fera savoir à d'autres. Outre l'enseignement qu'il viendra chercher chez nous, il doit aussi y trouver qualité de vie au travail et convivialité.

Il est important dans ce cadre de réactiver la notion de tutorat. C'est la meilleure solution d'accompagnement.

Des « contrats bourses » sont à étudier et des partenariats avec la ville, la région sont à envisager pour financer le logement de ces internes sur notre commune.

Comme toute action de formation cette activité devra être régulièrement évaluée.

LE BENCHMARK

Aucun autre hôpital général en France n'a mis en place une structure dédiée à l'enseignement et à la formation.

Ces structures existent dans des hôpitaux universitaires.

Les centres de lutte contre le cancer fonctionnent parfois avec une telle organisation ; pour mémoire les missions des centres de lutte contre le cancer le soin, la recherche et l'enseignement.

LA PROPOSITION : « Anticiper pour ne pas subir »

La création d'un pôle hospitalo-universitaire de santé publique du Hainaut-Cambrésis – PHUSPHC regroupant les activités d'enseignement et de formation est la réponse la plus adaptée au contexte du territoire et à l'ambition de notre établissement.

Ce pôle s'intègre à la politique de santé qui sera déployée sur le Hainaut-Cambrésis dans le cadre de la réponse à l'appel à projets TIGA.

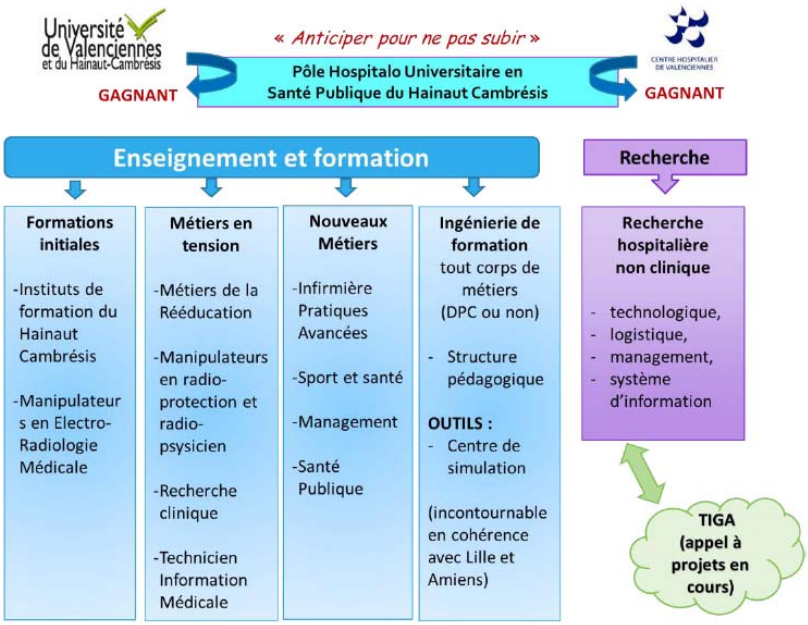
Cette réponse décrira un parcours de santé sur un cycle de vie intégrant prioritairement les concepts de prévention, d'éducation, de formation alors que, jusque-là, l'action était centrée essentiellement sur le soin curatif.

Ce parcours nous poussera à travailler sur un nouveau modèle de financement de la santé.

Cette ambition dans le domaine de l'enseignement nous pousse tout naturellement à nous rapprocher de l'Université de Valenciennes. L'Université de Valenciennes et du Hainaut Cambrésis (UVHC) souhaite s'intéresser au domaine de la santé. De même le Centre Hospitalier de Valenciennes souhaite s'intéresser aux domaines de la recherche et de l'enseignement en santé.

La confrontation de ces deux volontés tirera vers le haut les deux institutions au bénéfice du territoire et de ses citoyens.

Structuration du pôle proposé :



Ce pôle permettra de répondre aux orientations définies par le groupe de travail Enseignement et Formation du Projet d'Etablissement.

Dans le cadre de l'universitarisation de la formation en soins infirmiers, nous nous rapprochons de l'UVHC depuis plusieurs années de manière à ce que cette formation se fasse au sein d'un pôle hospitalo-universitaire de santé publique du Hainaut-Cambrésis – PHUSPHC.

Ce pôle serait une vraie réponse territoriale à la démarche d'universitarisation de notre Institut de Formation en Soins Infirmiers, avec des conséquences citoyennes fortes en termes de proposition locale de formations initiales. Pour mémoire le territoire est sous doté par rapport au reste de la région pour le nombre de places de formation aux soins infirmiers par rapport à notre population.

Le pôle hospitalo-universitaire de santé publique du Hainaut-Cambrésis – PHUSPHC pourra accueillir la formation initiale à d'autres métiers de la santé (Kinésithérapie, podologie…). Il sera aussi le creuset de la création de nouveaux métiers de la santé qui ne manqueront pas d'émerger dans les prochaines années. Il s'appuiera sur de nombreux outils tel le centre de simulation en santé.

Ce pôle hospitalo-universitaire de santé publique du Hainaut-Cambrésis – PHUSPHC sera la structure de rattachement d'une structure transversale d'ingénierie de formation au sein de notre Hôpital au service des différents pôles et du Groupement Hospitalier de Territoire.

Il en sera le garant pédagogique.

Il permettra aussi de relier enseignement et recherche ce qui est indispensable dans le pôle hospitalo-universitaire de santé publique du Hainaut-Cambrésis – PHUSPHC que nous ambitionnons dans notre réponse à l'appel à projets TIGA.

Les attendus de ce projet sont naturellement de contribuer au développement de notre établissement dans le domaine de l'enseignement qui sera un facteur d'attractivité et de fidélisation pour de nouveaux talents toutes professions confondues.

Il permettra aussi aux collaborateurs du Centre Hospitalier de Valenciennes d'afficher leur expertise et d'être reconnus dans les différents domaines où ils excellent.

Toutes ces retombées ont pour objectifs d'apporter au patient la meilleure prestation de soins.

De plus, ce projet enseignement cadre complètement avec les autres axes stratégiques de notre projet d'établissement :

- **Agilité** : l'enseignement et la formation nous rendent plus agiles vis-à-vis de nouvelles situations à affronter. La transmission du savoir permet de nous élever dans nos domaines d'expertise, de par la réflexion que nous avons avec l'enseigné ; et donc de pouvoir encore plus s'adapter voire anticiper certaines situations.
- **Ouverture** : Nous nous ouvrons vers une véritable nouvelle activité. Cette ouverture se fera vers et en lien avec l'Université. Nous mettons ainsi en place un champ d'activités qui permettra aux différents métiers de s'ouvrir les uns vers les autres. L'enseignement et la formation au sein d'un hôpital doivent se concevoir de façon pluri-professionnelle.
- **Recherche** : La relation de l'enseignement avec la recherche est indispensable dans le cadre de son versant universitaire.
- **Esprit entrepreneurial** : Nous développons une activité qui créera aussi de nouvelles valeurs et attirera des collaborateurs talentueux.

MISE EN OEUVRE ET PRIORISATION

- **La 1ère étape au cours des 3 premières années :**

- Construction d'une entité juridique permettant d'accueillir les deux structures (hospitalière et universitaire)
- Travail sur un business plan
- Intégration des formations initiales IFSI
- Travail sur les métiers de la rééducation et leur intégration aux formations initiales
- Travail sur le contenu de la structure d'ingénierie (ressources humaines et locaux)
- Identification des premiers nouveaux métiers et création des filières d'enseignement

- **Première évaluation** : dès la 3ème année**.**

- **A plus long terme :** création d'une structure architecturale dédiée au pôle hospitalo-universitaire.

Ressources humaines	Finances	Système d'information
▪ Liens avec le plan de formation (finances et réglementation) ▪ Budget formation	▪ Business plan pour l'activité d'enseignements et de formations dispensés	▪ E-learning ▪ MOOC ▪ Site intranet dédié à la formation ▪ Page sur le site internet dédiée aux formations délivrées ▪ Activité de simulation ▪ Reconnaissance des personnels ▪ Temps dédiés
Logistique	**Architectural**	**Managérial**
▪ Logistique autour de l'organisation des formations	▪ Locaux de formation (centre de simulation et ingénierie de formation) ▪ Bâtiment pour le pôle hospitalo-universitaire sur le campus universitaire ou sur l'espace hospitalier	▪ Reconnaissance des personnels ▪ Temps dédié

Entrée et sortie du patient	Parcours de soins	Ambulatoire
▪ Nouveaux métiers, nouvelles formations, nouveaux enseignements diplômant ▪ Formation aux nouveaux outils de programmation	▪ Nouveaux métiers, nouvelles formations, nouveaux enseignements diplômant ▪ Formation aux nouveaux outils de programmation	▪ Nouveaux métiers, nouvelles formations, nouveaux enseignements diplômant ▪ Formation aux nouveaux outils de programmation
Qualité	**Recherche et innovation**	**Enseignement et formation**
▪ QVT ▪ Amélioration des prises en charge ▪ Evaluation	▪ Liens universitaires	▪

Annexe 2f – Atelier « Recherche et Innovation »

Dans le cadre de ce 3ème atelier les objectifs étaient d' :

- Identifier des modalités organisationnelles (le comment ?)
- Identifier des modalités fonctionnelles (le qui fait quoi ?)
- Identifier les moyens nécessaires

… qui pourraient faire avancer le projet (ex : nouvelles compétences, nouvelles organisations RH, nouveau modèle financier,…).

Les échanges et les apports de tous ont permis de dégager un certain nombre de principe et de prérequis.

Les ambitions du CHV en matière de recherches et d'innovations

Le CHV doit devenir promoteur d'essais cliniques. Une réflexion doit être menée sur le type d'essais pour lesquels le CHV doit se positionner de manière à permettre de concentrer les moyens sur des thématiques ciblées. Dans ce contexte la santé publique a bien évidemment été évoquée.

La recherche clinique du CHV doit viser à être labellisée.

Des liens forts doivent exister avec l'université (créer des laboratoires délocalisés).

L'innovation doit s'intégrer dans le quotidien de tous.

Le CHV doit se doter d'un conseil scientifique composé de membres extérieurs permettant d'apporter un regard critique sur les projets poursuivis et sur le développement des activités de recherche et son organisation.

Les prérequis

Le postulat selon lequel l'argent de la recherche doit aller à la recherche doit être réaffirmé. Une comptabilité analytique doit permettre un suivi précis des financements et des coûts de la recherche et de l'innovation. Une évaluation des projets et de l'utilisation des fonds

Mutualisation des fonctions supports :

- Financier
- Juridique
- Chefferie de projets
- Règlementaire
- Méthodes/bio-statistiques
- Qualité
- DSI
- Data manager
- Recherches biblio
- Traductions

Identifier des temps protégés qui permettent la réalisation effective de projets de recherche ou innovation

Les outils

Une **fondation** pourrait être créée : une structure de droit privé permettra d'aller chercher d'autres types de financement et de faciliter les recrutements des personnels impliqués dans les projets de recherche tout en facilitant le management des différents projets.

Mise en place de **temps protégés** au bénéfice des personnels impliqués dans des projets de recherche et gestion de ces temps avec évaluation des projets présentés et réalisés par un conseil scientifique

Mise en place d'un **guichet unique** : tant pour les interlocuteurs en interne que pour les interlocuteurs externes. Ce guichet aura pour fonction d'assister les porteurs de projet dans la maturation de leur projet, de les aider à trouver des financements adéquats et de fluidifier les relations avec les partenaires extérieurs en particuliers les interlocuteurs industriels.

Conserver le principe de **bourses internes** permettant le financement de projet en recherche et innovation

Etablir un lien avec la **plateforme de chefferie de projets**

Créer des **ambassadeurs** qui seront formés et permettront d'identifier au sein des pôles les projets intéressants tout en aidant à leur maturation (quid d'un réseau social dédié à la recherche ?)

Des **outils spécifiques** pour aider au développement de la recherche clinique doivent être mis en place :

- **Comité éthique** (de type IRB)
- **Centre de ressources biologiques**
- **Data center**
- Outil de veille sur les AAP et les subventions
- **Aide à la rédaction**/traduction des projets de recherche

Mise en place de **formations spécifiques** à la recherche.

Proposition

Toutes les missions définies précédemment pourraient être dévolues à une direction (plateforme ?) de recherche et d'innovation dont la mission serait d'organiser et de développer la recherche et l'innovation au sein du CHV.

Cette direction unique, transversale, serait au service des pôles et des membres du GHT.

Elle se structurerait autour d'un comité de pilotage qui déterminerait les thèmes phares sur lesquels la recherche doit être concentrée et d'un conseil scientifique extérieur qui lui donnerait la légitimité requise.

Cette direction devrait sans aucun doute intégrer un axe important en lien avec l'enseignement et la formation.

Elle serait dotée d'un financier propre à la recherche mais qui dépendrait fonctionnellement du Directeur de la Performance pour garantir la bonne utilisation des fonds et travaillerait en étroite collaboration avec les directions fonctionnelles existantes (qualité, DSI, juridique,…).

Les liens avec les autres groupes de travail du projet d'établissement

Logistique	Acquisition de matériels dédiés à la recherche et à la mise en place de la nouvelle direction
RH	Nouveaux métiers Nouvelle organisation du temps de travail avec la mise en place des temps dédiés à la recherche Facilitations de recrutements de profils atypiques Mise en place systématique d'outils de financement de type convention CIFRE, contrats doctorants, … Proposer des formations qualifiantes en lien avec l'université (M2, PhD, …) Modifications des profils de poste pour intégrer la dimension recherche
Systèmes d'information	Utilisation des datas Screening systématique des patients pour la recherche clinique Développement d'un outil de suivi des essais cliniques Mise en place d'outils dédiés pour la recherche Utilisation de SharePoint pour créer un intranet dédié à la recherche
Managérial	L'accent doit être mis sur une forte communication tant en interne qu'en externe sur les possibilités offertes en matière de recherche et d'innovation au sein du CHV La direction doit être en lien avec les différentes instances décisionnelles
Qualité	La recherche et l'innovation doivent être intégrées dans les parcours et toutes les prises en charge de nos patients La labellisation de la recherche clinique est un objectif à atteindre et doit permettre de développer l'attractivité de l'activité
Enseignement – formation	Le lien entre recherche, innovation, enseignement et formation est fondamental. il se traduit notamment par : - La volonté d'universitarisation des diplômes - Accueil en formation de professionnels extérieurs - Accompagnement des personnels du CHV sur des formations pouvant notamment permettre le développement de la recherche et de l'innovation
Architecture	Une direction de la recherche et de l'innovation dans une unité de lieu Des chambres dédiées à la recherche clinique avec la création d'une unité de recherche clinique Des locaux connectés

SOMMAIRE

Annexe 1a – Parcours en cancérologie 3
Annexe 1b – Parcours Addictologie 13
Annexe 1c - Parcours Plaies et cicatrisation 20
Annexe 1d - Parcours « Passeport Vasculaire » 25
Annexe 1e - Parcours de psychiatrie 31
Annexe 1f - Urgences 36
Annexe 2a – Atelier « Entrée et sortie du patient » 47
Annexe 2b – Atelier « Parcours de soins » 54
Annexe 2c – Atelier « Parcours de soins » 66
Annexe 2d – Atelier « Qualité » 73
Annexe 2e – Atelier « Enseignement et formation » 81
Annexe 2f – Atelier « Recherche et Innovation » 88