

**PROJET MEDICAL
2012- 2016**



SOMMAIRE

INTRODUCTION :	4
I. Le contexte départemental	4
II. La zone d'attractivité du CHAC.....	9
1. UNE STRATEGIE MEDICALE DYNAMIQUE, POUR CONSOLIDER ET DEVELOPPER NOS ACTIVITES.....	14
1.1. LES ACTIVITES MEDICALES EN DEVELOPPEMENT STRATEGIQUE	14
1.1.1. <i>Les Soins de Suite et de Réadaptation (S.S.R)</i>	14
1.1.1.1. Les SSR sont désormais le pivot du système hospitalier français.....	14
1.1.1.2. L'offre de SSR est de fait au premier rang des priorités de la stratégie médicale du CHAC	15
1.1.2. <i>L'oncologie médicale et les chirurgies carcinologiques</i>	16
1.1.2.1. L'oncologie médicale.....	16
1.1.2.2. Les chirurgies carcinologiques.....	18
1.1.3. <i>Le développement de la chirurgie ambulatoire</i>	19
1.1.3.1. Des éléments contextuels favorables au développement	20
1.1.3.2. Un potentiel de développement	20
1.2. LES ACTIVITES MEDICALES A CONSOLIDER ET DEVELOPPER AU SEIN DES POLES.....	23
1.2.1. <i>Le pôle Soins Aigus</i>	23
1.2.1.1. Réanimation	23
1.2.1.2. Urgences – SMUR – UHCD.....	24
1.2.1.3. Cardiologie	25
1.2.1.4. Pneumologie.....	25
1.2.2. <i>Le pôle Chirurgie - Mère - Enfant</i>	26
1.2.2.1. Anesthésiologie	26
1.2.2.2. Bloc opératoire	27
1.2.2.3. Traumatologie orthopédie	27
1.2.2.4. Chirurgie générale	27
1.2.2.5. Gastro-entérologie	27
1.2.2.6. Néonatalogie et pédiatrie:	28
1.2.2.7. Gynécologie-obstétrique.....	28
1.2.2.8. Ophtalmologie.....	29
1.2.3. <i>Le pôle Médecine</i>	29
1.2.3.1. Une activité à soutenir : La neurologie.....	29
1.2.3.2. Les activités à consolider :	30
1.2.3.2.1 La gériatrie	30
1.2.3.2.2. La médecine interne	31
1.2.3.3. Les activités à développer	33
1.2.4. <i>Le pôle Génie médical</i>	33
1.2.4.1. La Pharmacie à Usage Intérieur (PUI).....	34
1.2.4.2. Le Laboratoire de Biologie Médicale (LBM)	36
1.2.4.3. L'imagerie médicale	37
1.2.4.4. L'hygiène hospitalière	38
1.2.4.5. Les archives médicales	39
1.2.5. <i>Le pôle Psychiatrie</i>	39
1.2.5.1. Les secteurs de psychiatrie adulte	39
1.2.5.2. Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile	40
1.2.6. <i>Le pôle Personnes Agées</i>	41
1.2.6.1. Un pôle organisé en deux secteurs pour une prise en charge complète	42
1.2.6.2. La maladie d'Alzheimer et les démences dégénératives.....	43
1.2.6.3. Les partenariats	44

1.3.	L'ENJEU DE LA GESTION DE LA RARETE MEDICALE	44
1.3.1.	<i>Une démographie médicale globalement déprimée</i>	44
1.3.2.	<i>Des raisons d'espérer</i>	45
2.	UNE ORGANISATION MEDICALE PERFORMANTE CENTREE SUR LE PATIENT DANS LE CADRE D'UNE GOUVERNANCE REFONDEE	47
2.1.	AMELIORER L'ORGANISATION ET LES MODES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PAR UNE GESTION DES LITS PERFORMANTE	49
2.1.1.	<i>Définir une organisation institutionnelle et structurée de la gestion des lits</i>	49
2.1.2.	<i>Définir un périmètre programmé/urgence à géométrie variable</i>	49
2.1.3.	<i>Augmenter la réactivité de l'imagerie et des consultations spécialisées</i>	50
2.1.4.	<i>Améliorer la coordination entre service social et services de soins</i>	51
2.1.5.	<i>Modifier l'organisation actuelle des sorties</i>	51
2.1.6.	<i>Améliorer l'accès aux lits d'aval</i>	52
2.2.	UN NOUVEAU PROJET MANAGERIAL CENTRE SUR UN PILOTAGE MEDICO-ECONOMIQUE EFFECTIF	53
3.	UNE POLITIQUE VOLONTAIRE DE PARTENARIATS MEDICAUX, POUR DEVELOPPER ET CONSOLIDER L'OFFRE DE SOINS	55
3.1.	DES PARTENARIATS DEPARTEMENTAUX ET REGIONAUX LEVIERS DE L'EXISTENCE ET DU RENFORCEMENT D'UNE OFFRE DE SOINS PERENNE ET DE QUALITE	55
3.1.1.	<i>La Communauté Hospitalière de Territoire Cévennes-Gard-Camargue</i>	55
3.1.2.	<i>La convention cadre avec le CHRU de Montpellier</i>	56
3.1.3.	<i>Une coopération avec le secteur privé devant reposer sur la mutualisation et la solidarité</i>	57
3.2.	UN HOPITAL OUVERT SUR LA VILLE	58
3.2.1.	<i>Une nécessaire coordination avec l'offre de soins de premier recours</i>	58
3.2.2.	<i>Une forte implication dans les réseaux de soins</i>	58
4.	UNE POLITIQUE CONTINUE D'EVALUATION ET D'AMELIORATION DE LA QUALITE DE NOS PRATIQUES	61
4.1.	UNE DEMARCHE QUALITE REFONDEE	61
4.1.1.	<i>Le pilotage et la coordination de la démarche qualité/sécurité des soins</i>	61
4.1.2.	<i>Une évaluation des pratiques professionnelles dynamisée</i>	62
4.1.3.	<i>Le renforcement des droits des patients</i>	63
4.2.	LES ACTIONS ENTREPRISES SUIVIES A LA V2010	64
4.2.1.	<i>Les axes de travail retenus pour répondre aux réserves</i>	64
4.2.2.	<i>Les axes de travail retenus pour répondre aux recommandations</i>	65

INTRODUCTION :

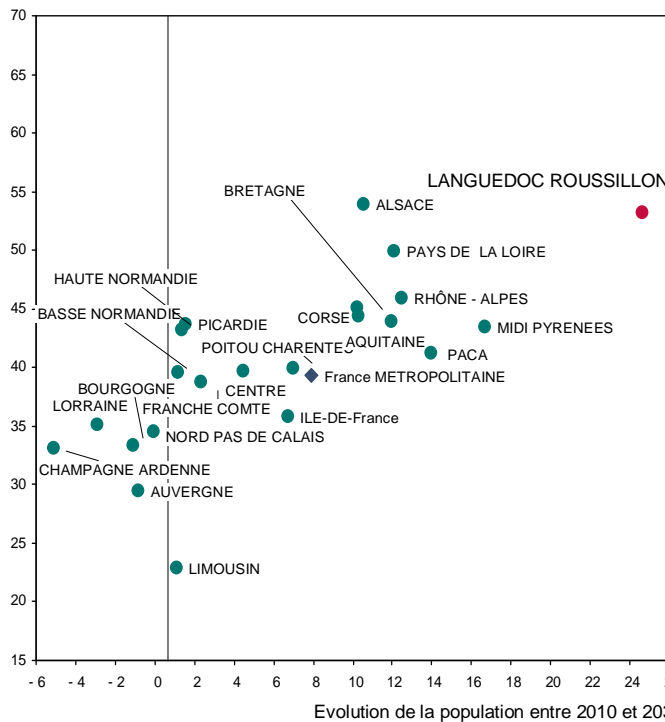
I. Le contexte départemental

Le contexte départemental dans lequel s'inscrit le projet médical 2012-2016 du CHAC est marqué par des enjeux démographiques et épidémiologiques particulièrement prégnants.

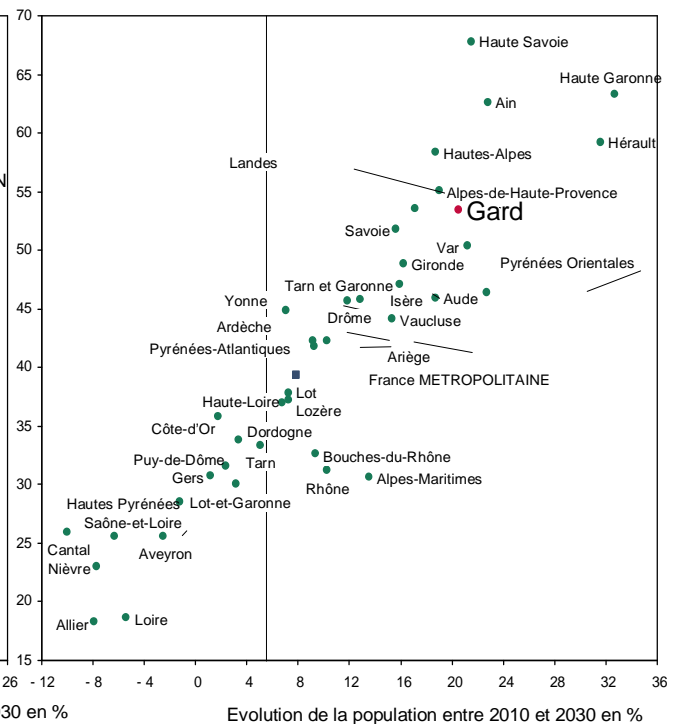
Entre 2010 et 2030, le Gard va voir sa population passer de 715 000 habitants à 861 000 habitants (+ 21%) alors que la population française va progresser de 7,9% sur cette même période. Au sein de cette même population, les personnes âgées de 60 ans et plus passeront de 178 000 à 273 000 sur la même période (+ 53 %).

CROISSANCE DE LA POPULATION ENTRE 2010 ET 2030

Evolution de la population > 60 entre 2010 et 2030 en %



Evolution de la population > 60 entre 2010 et 2030 en %



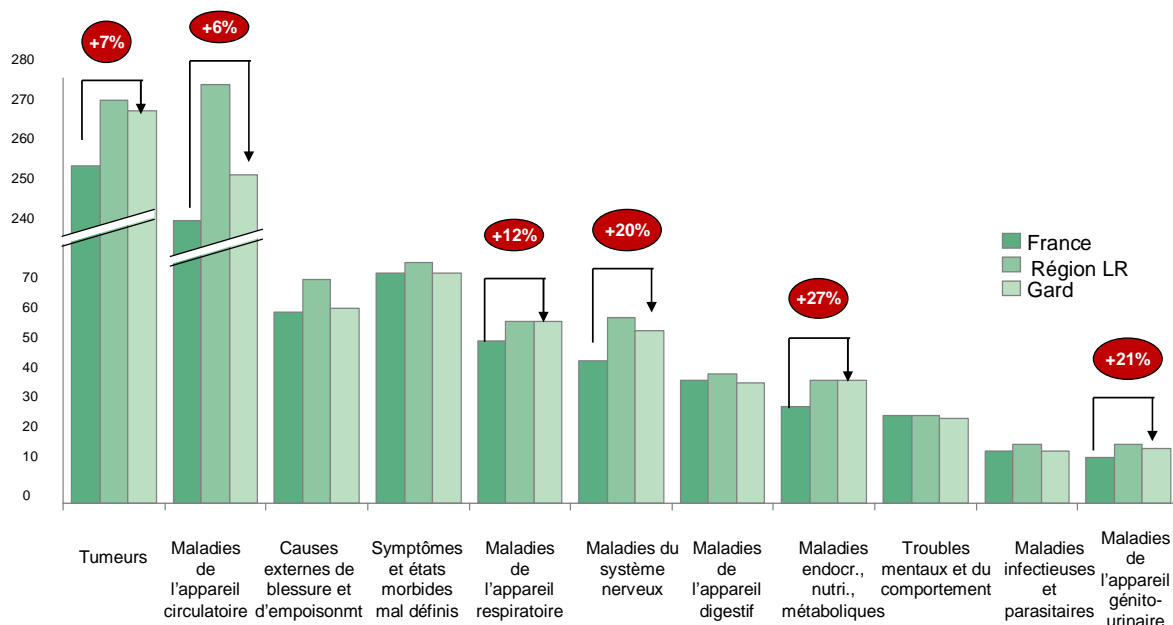
Source: OMPHALE - INSEE

1

Par le seul effet de cette évolution démographique, les besoins de prise en charge médicale seront appelés à se renforcer.

Les taux de mortalité départementaux et régionaux sont nettement supérieurs à la moyenne française, ainsi que l'illustre le schéma ci-dessous.

Taux de mortalité : Nombre de décès pour tous âges pour 100 000 habitants – 2009



Source : Statiss 2009

La proportion de personnes atteintes de tumeur maligne, de diabète, d'affections psychiatriques, d'insuffisance cardiaque grave est plus élevée qu'en France.

La population gardoise est particulièrement touchée par l'hypertension artérielle sévère.

ALD les plus représentées dans la région et le département du Gard

Personnes atteintes d'ALD pour 100 000 habitants

ALD	AUDE	GARD	HERAULT	LOZERE	PYRENEES ORIENTALES	LANGUEDOC ROUSSILLON	France
Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	386	414	426	427	511	432	412
Diabète de type 1 et diabète de type 2	286	303	296	203	332	300	293
Hypertension artérielle sévère.	130	280	235	109	171	218	201
Affections psychiatriques de longue durée.	138	237	217	256	249	218	156
Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires	128	173	152	152	136	152	141
TOTAL ALD	1 714	2 143	2 044	6 236	5 650	2 040	1 813

Source: Ameli 2008

Le département du Gard est par ailleurs confronté à une précarité particulièrement forte de sa population, qui rend très importantes les activités de proximité :

Le Languedoc Roussillon constitue la deuxième région en termes de part de bénéficiaires de la CMU (10,8% de la population contre 6,8% en France), en particulier dans les grandes villes.

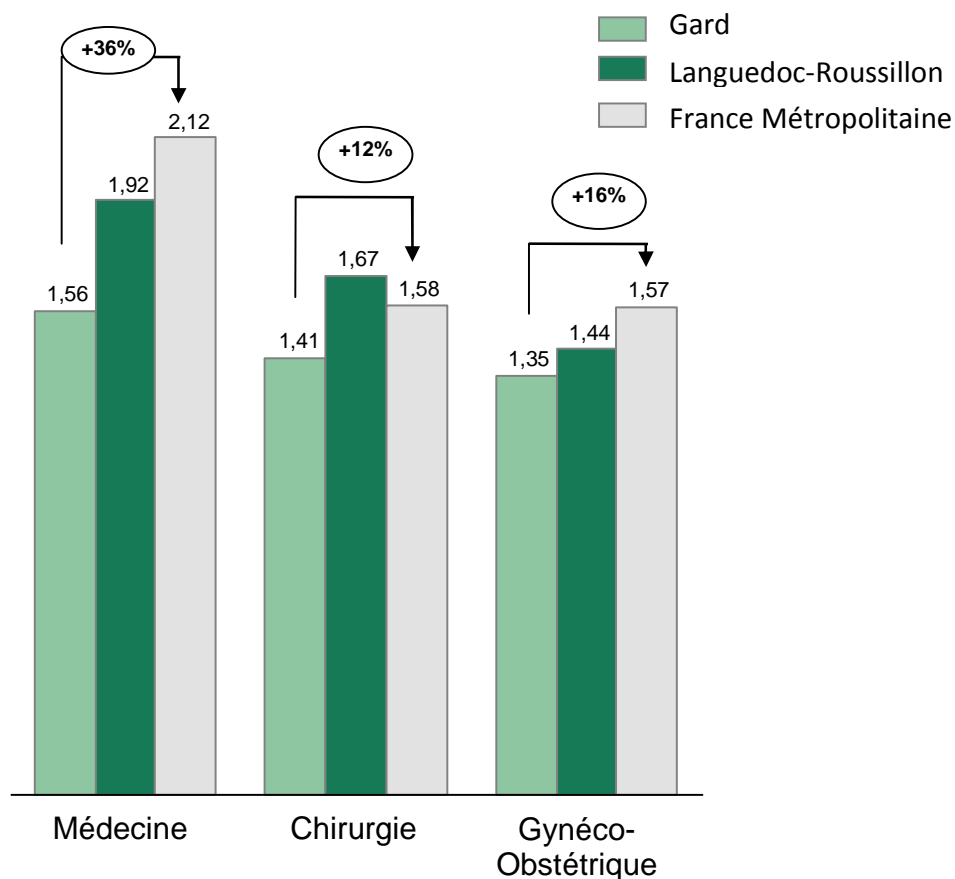
Plus de 30 % des salariés n'occupent pas un emploi à temps complet (dont la moitié de temps partiel subi), ce qui constitue le plus fort taux en France.

La Région comporte 28 ZUS et notamment plusieurs à Bagnols-sur-Cèze (40 % de la population vivent dans des quartiers concernés par la politique de la ville – la moitié de ces quartiers sont en ZUS), à Nîmes (30% de la population vivent dans ces quartiers dont les 2/3 sont en ZUS), et à un degré moindre à Alès.

Or, pour les **activités de court séjour**, le **taux d'équipement du Gard est faible** par rapport à la moyenne nationale :

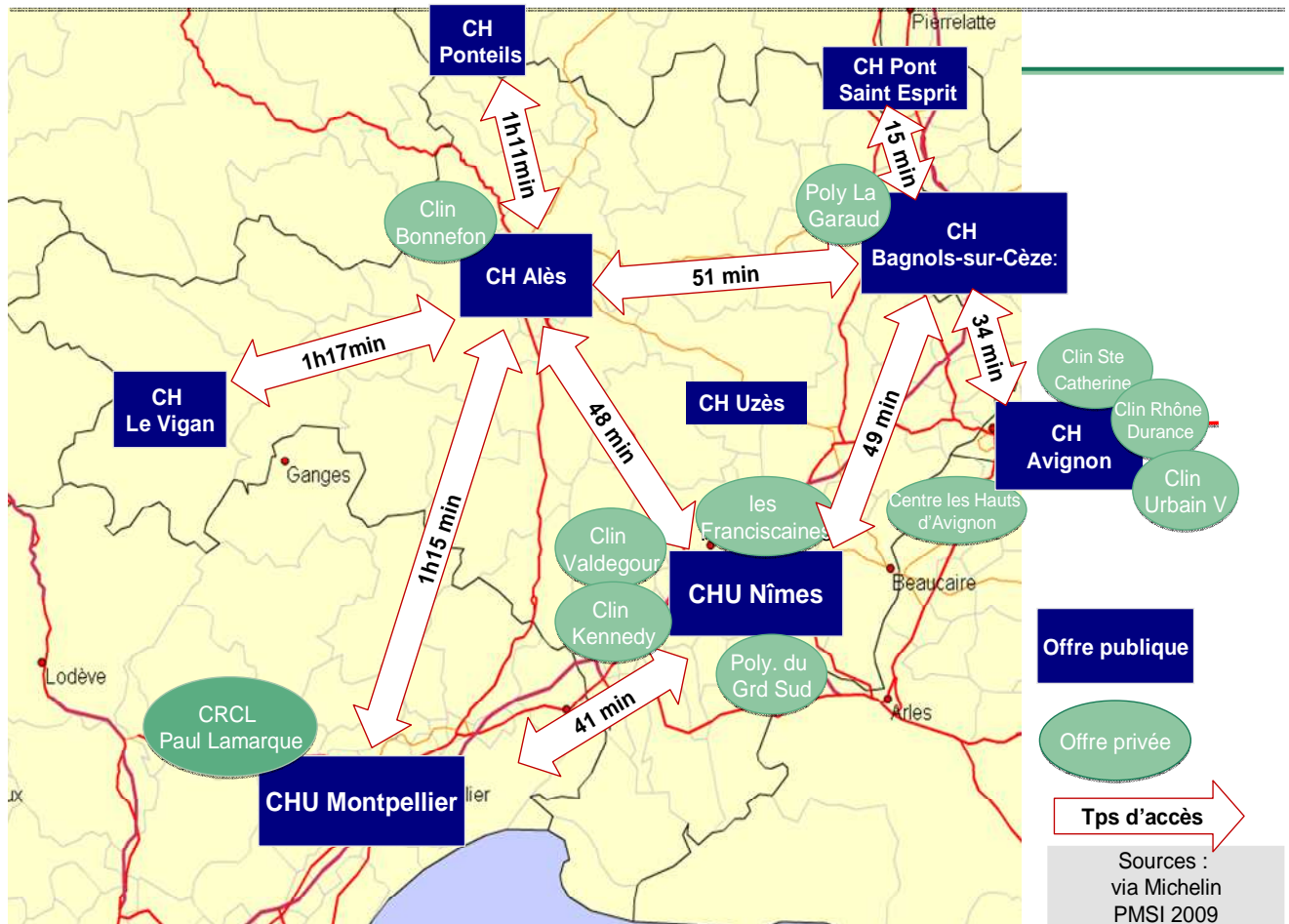
- La France possède en moyenne 36% de lits et places de plus que le Gard pour l'activité de médecine (à iso-population).
- Ce retard dans l'équipement est également perceptible dans une moindre mesure en chirurgie et obstétrique.

Taux d'équipement en lits et places pour 1 000 habitants



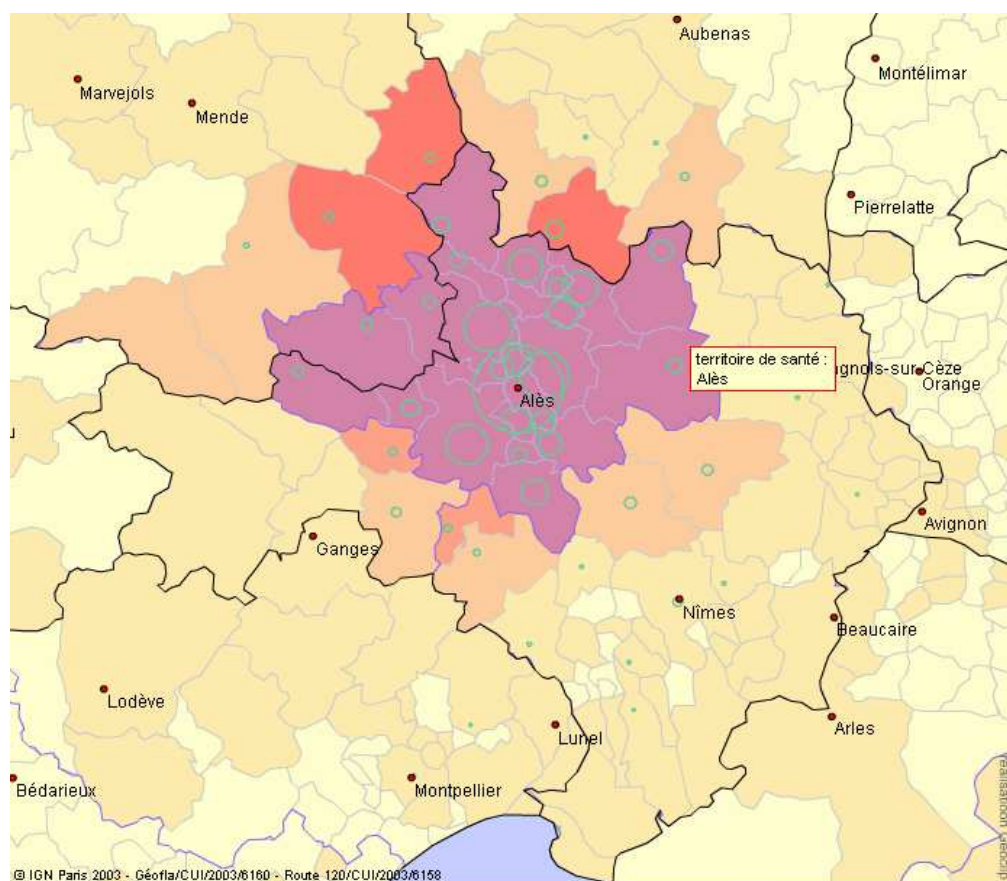
Ce moindre équipement se constate également en SSR : si la région du Languedoc Roussillon est mieux dotée en lits et places en SSR que la moyenne française avec un taux d'équipement global de 2,08 pour 1 000 habitants, ce n'est en revanche pas vrai du Gard avec un taux de 1,33 contre 1,61 en France.

CARTOGRAPHIE DE L'OFFRE DE SOINS SUR LE DEPARTEMENT DU GARD ET ALENTOURS



II. La zone d'attractivité du CHAC

Etablissement tête de pont du bassin sanitaire des Cévennes, le CHAC a une zone d'attractivité de 180 000 habitants, à cheval sur trois départements (Gard, Lozère, Ardèche) et deux régions (Languedoc-Roussillon et Rhône-Alpes)



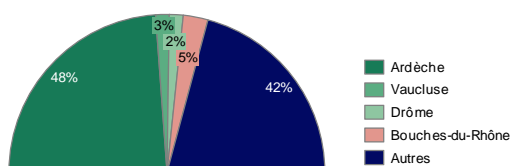
Globalement, le recrutement du CHAC est limité à son bassin. Près de 90% des patients qui y sont pris en charge sont originaires du territoire de santé d'Alès-Cévennes. Les 5,5% de patients non originaires du Languedoc-Roussillon viennent des départements limitrophes, essentiellement l'Ardèche.

4 Un recrutement limité à son bassin de recrutement

Origine des patients pris en charge au CH d'Alès



Origine des patients hors région Languedoc-Roussillon pris en charge au CH d'Alès



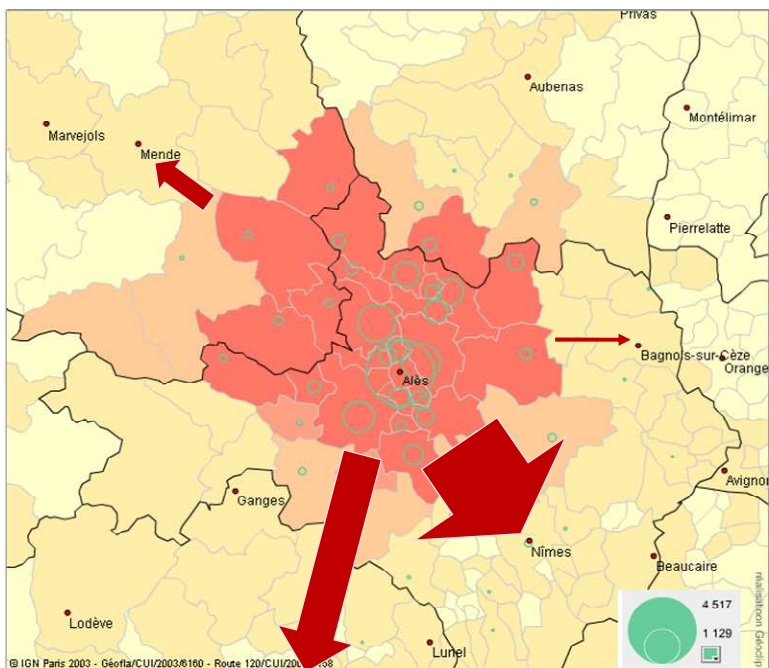
Un CH de proximité : près de 90 % des patients pris en charge au CH d'Alès sont originaires du territoire de santé d'Alès-Cévennes.

Les 5,5% des patients non originaires du Languedoc-Roussillon viennent des départements limitrophes, essentiellement de l'Ardèche.

Le taux de fuite est important vers Nîmes et Montpellier. Tous domaines d'activité confondus (hors séance), le taux de fuite sur la zone d'attractivité est de 34%. En 2009 (chiffres PMSI 2009), plus de 14 200 séjours MCO ont été réalisés en dehors de la zone d'attractivité du CH pour des patients originaires de cette zone. Ces patients se tournent en priorité vers le CHU de Nîmes et le CHRU de Montpellier.

4 Un taux de fuite important vers Nîmes et Montpellier

Taux de fuite de la zone d'attractivité principale du CH d'Alès - 2009



Source: Base PMSI 2009

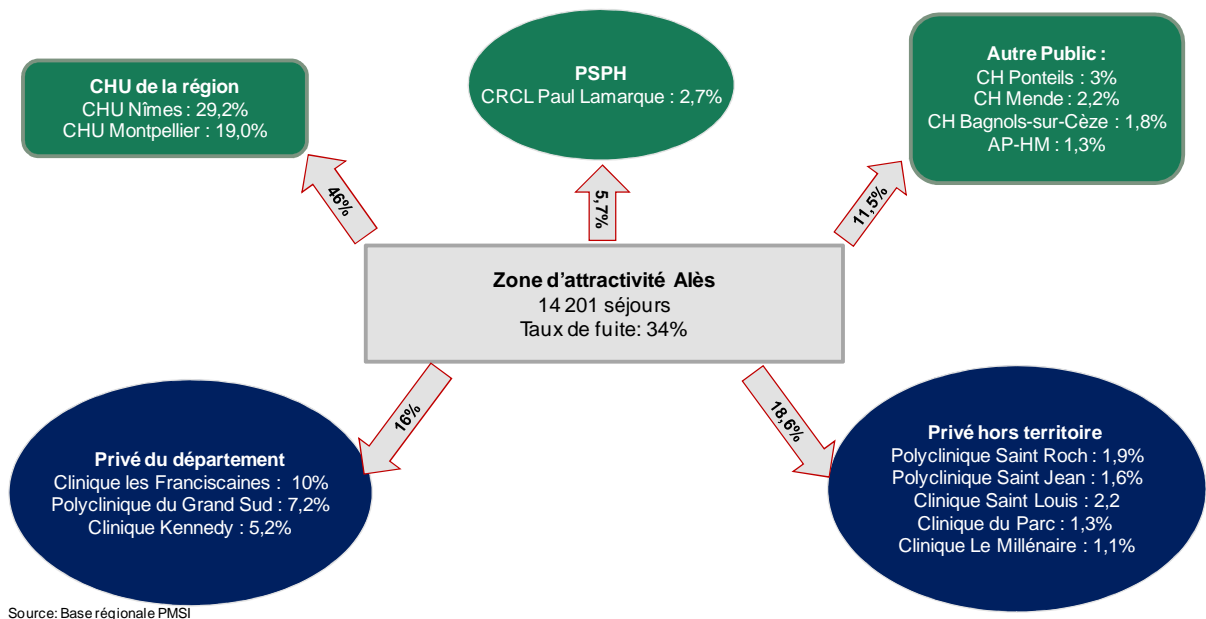
Le taux de fuite sur la zone d'attractivité du CH d'Alès est de 34%, tout domaine d'activité confondu (hors séances).

En 2009, plus de 14 200 séjours MCO ont été réalisés en dehors de la zone d'attractivité du CH pour des patients originaires de cette zone.

Ceux-ci se tournent en priorité vers le CHU de Nîmes dont le taux d'attractivité sur la ZAP de Alès est très supérieur à ce que représente normalement les activités de recours d'un CHU sur un territoire de santé et vers le CHU de Montpellier.

4 Schématisation des flux des patients originaires du bassin de recrutement de l'établissement

Séjours MCO réalisés pour des patients originaires de la zone d'attractivité du CH de Alès – PMSI 2009



Dans ce contexte, le CHAC développe un projet médical ambitieux, structuré autour d'un établissement neuf, en partenariats, afin de développer son activité et de regagner des parts de marché, dans le respect du principe de subsidiarité et de la qualité de l'offre proposée aux patients du territoire de santé¹.

¹ Cette ambition s'inscrit dans les 7 priorités de la Fédération Hospitalière de France pour l'avenir du service public hospitalier et médico-social, arrêtées par l'ex Président J. LEONETTI lors du Conseil d'Administration de la F.H.F du 7 avril 2010.



**1 - UNE STRATEGIE MEDICALE DYNAMIQUE
POUR CONSOLIDER ET DEVELOPPER NOS
ACTIVITES**

1. UNE STRATEGIE MEDICALE DYNAMIQUE, POUR CONSOLIDER ET DEVELOPPER NOS ACTIVITES

Le CHAC est un établissement de santé à vocation multiple qui assure la formation des personnels, des programmes de recherche et des actions de prévention, en sus des soins et de l'hébergement de personnes nécessitant une prise en charge hospitalière.

Parmi ses activités médicales multiples, l'établissement par la voix de ses instances (Directoire, Commission Médicale d'Etablissement, Conseil de Surveillance) a érigé certaines d'entre elles comme participant d'un développement stratégique (1.1). D'autres activités médicales au sein des pôles ont été identifiées comme à consolider (1.2). La stratégie médicale est enfin celle de la gestion de la rareté des ressources médicale (1.3).

1.1. LES ACTIVITES MEDICALES EN DEVELOPPEMENT STRATEGIQUE

1.1.1. Les Soins de Suite et de Réadaptation (S.S.R)

1.1.1.1. Les SSR sont désormais le pivot du système hospitalier français

L'engorgement des services de soins représente aujourd'hui une menace permanente, tant pour la santé immédiate des patients que pour la pérennité de nombreux établissements hospitaliers. L'un des principaux enjeux du système de santé réside donc dans sa capacité à fluidifier les différents parcours de soins des patients, défi auquel participent en grande partie les SSR.

Suite aux interventions chirurgicales, avec des techniques opératoires en forte évolution depuis des années, ou encore en raison de l'augmentation inexorable du nombre de patients atteints de maladies chroniques, les établissements de santé doivent trouver une solution rapide de prise en charge pour de nombreux patients. L'objectif est de libérer rapidement leurs lits pour éviter tout engorgement des services. Dans un état de santé souvent non stabilisés, ces patients sont donc accueillis au sein de services capables d'assurer leur retour à l'autonomie : les SSR.

Conformément à leurs missions, les SSR poursuivent les soins médicaux au patient et assurent des prises en charge globales de rééducation et de réadaptation, prenant en compte toutes les dimensions de la personne et de son environnement, dans un objectif final de réinsertion. Afin de lui garantir une réelle autonomie, dans sa vie familiale, sociale et professionnelle, les services de SSR vont le rapprocher au maximum des conditions de vie qui précédaient son séjour hospitalier.

L'offre de SSR, entre soins de courte durée et retour à domicile, unité de soins de longue durée (USLD) ou secteur médico-social, remplit une mission clé. Elle constitue donc aujourd'hui un véritable pivot du système hospitalier français, en jouant un rôle majeur et indispensable dans la fluidification de la chaîne de soins et la réinsertion des patients.

1.1.1.2. L'offre de SSR est de fait au premier rang des priorités de la stratégie médicale du CHAC

Le projet du CHAC s'inscrit dans le constat partagé d'un manque certain de lits et places en SSR sur le territoire Alésien.

Lits et places publics et privés installés au 1.01.2008 - Taux d'équipement -

Disciplines soins de suite	Gard	LANGUEDOC ROUSSILLON	France métropolitaine
Taux d'équipement pour 1 000 habitants :			
Réadaptation fonctionnelle :	0,59	1,08	0,56
Equipement global :	1,33	2,08	1,61

Source: Statiss 2009

Identifié de longue date, ce constat a été repris dans le projet médical 2005-2009 du CHAC et confirmé dans le nouveau SROS-PRS².

Dans la droite ligne des dernières dispositions réglementaires³, de la modification du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) du Languedoc-Roussillon⁴ et dans un contexte d'extension du nouvel établissement, le CHAC porte un projet de création d'une unité de SSR de 60 lits et 14 places, répartis entre SSR polyvalent et trois prises en charges spécialisées (affections du système nerveux ; affections de la personne âgée polypathologique dépendante ou à risque de dépendance ; affections de l'appareil locomoteur).

Pour se prémunir contre la caducité de l'autorisation accordée le 15 avril 2010, la mise en œuvre, à titre provisoire, du restant de cette autorisation dans l'ancien bâtiment de psychiatrie a été décidée. La réhabilitation de ce bâtiment, prévu pour recevoir 38 lits, a été lancée pour une ouverture prévue à la rentrée 2013.

² « Le secteur d'Alès est insuffisamment couvert en SSR », SROS-PRS, p. 85.

³ Décrets du 17 avril 2008 n°2008-376 (conditions techniques de fonctionnement) et n°2008-377 (conditions d'implantation).

⁴ Arrêté DIR/n°178/2009 portant modification du SROS du Languedoc Roussillon

Réponse incontournable à l'évolution du besoin de santé sur le territoire Alès-Cévennes, l'élargissement des filières spécialisées de prise en charge en SSR, au-delà de l'activité aujourd'hui préférentiellement réalisée dans le champ de la prise en charge de l'appareil locomoteur, va se traduire par le dépôt d'un dossier de demande d'autorisation pour une activité de SSR cardio-vasculaire⁵. **Ce projet dispose du plein soutien** des Professeurs PELISSIER et MESSNER PELLENC (CHU de Nîmes), au sein **d'une CHT** dont l'objectif est de mettre en place une « *filière structurée et régulée* »⁶.

1.1.2. L'oncologie médicale et les chirurgies carcinologiques

En 2006, la cancérologie a fait l'objet d'un avenant au précédent projet médical de façon à préciser le positionnement du CHAC dans la prise en charge spécifique de cette pathologie sur le territoire de santé Alès-Cévennes. Elle est plus que jamais un objectif prioritaire de l'établissement.

1.1.2.1. L'oncologie médicale

Cette offre de cancérologie est structurée tout d'abord autour de l'oncologie médicale. Signée en 2010, la convention d'association au fonctionnement de l'unité d'oncologie du CHAC, qui lie l'établissement à la SEP « Centre de radiologie et traitement du carré d'art » et à la SELARL « ONCORADIO », signifie **le regroupement de toute l'activité d'oncologie médicale alésienne sur le site hospitalier**. L'arrivée des cinq médecins oncologues libéraux, motivée par la qualité et la sécurité des pratiques de l'hôpital, est génératrice d'un développement d'activité constant et complète l'offre médicale hospitalière existante en ce domaine. Ce partenariat, générateur de 4500 séances de chimiothérapie en 2011, va trouver une concrétisation matérielle avec l'ouverture début 2013 d'une unité de consultations publique/privée de 480 m² située à l'hôpital.

L'unité fonctionnelle d'oncologie ainsi constituée, associant praticiens publics et privés, fait intervenir huit oncologues. Cette organisation, gage de qualité et de continuité des soins, va permettre une prise en charge oncologique par spécialité d'organes. A court terme, des consultations pluridisciplinaires par discipline d'organe associant les compétences des acteurs privés et publics seront instituées de telle sorte que les patients pourront bénéficier d'une consultation d'annonce regroupant tous les acteurs de santé nécessaires à leur prise en charge, qu'ils soient chirurgiens, oncologues médicaux ou radiothérapeutes.

⁵ Arrêté ARS LR / 2012 – 246.

⁶ Projet Médical de la C.H.T, p.10.

L'objectif à terme est de permettre aux patients cancéreux du territoire de santé Alès Cévennes de trouver sur place, à l'hôpital, une prise en charge optimisée, en concertation avec les sites de référence régionaux de recours. L'objectif est de faire diminuer le pourcentage de fuite en oncologie médicale et chirurgicale vers Nîmes ou Montpellier. La prise en charge radiothérapique nîmoise obligatoire depuis la fermeture du site alésien devrait apparaître à terme pour les patients comme un épisode de la prise en charge cancérologique alésienne.

Participant de la réorganisation de la chimiothérapie sur Alès appelée de ses vœux par l'ARS⁷, ce partenariat implique à terme une refonte du Comité Alésien de Cancérologie (3C).

Outre la poursuite de la participation aux essais thérapeutiques nationaux et internationaux, l'objectif poursuivi par l'unité d'oncologie médicale est également de développer **la prise en charge oncologique gériatrique**. En effet, la population du bassin de santé est en grande partie constituée de personnes du troisième âge dont une importante proportion est en situation de précarité en regard des conditions économiques des Cévennes. Le CHAC souhaite développer des actions conformément au plan cancer visant à aider les malades atteints de cancer et leurs proches en situation de fragilité sociale, familiale, économique ou de précarité, que ce soit pendant et/ou après leur maladie. De même, compte tenu de l'étendue du territoire de santé et de la baisse de la démographie médicale, une procédure de concertation avec les différents acteurs de santé est en cours de développement, visant à 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.

Cette évolution devrait avoir également des conséquences sur l'unité d'hospitalisation complète d'oncologie. Le développement de l'hospitalisation à domicile sur le secteur d'Alès complète utilement le dispositif actuel de 15 lits d'hospitalisation complète.

Corollaire de ce développement de l'offre de cancérologie du CHAC, l'amélioration de la prise en charge des patients en soins palliatifs est une des priorités de l'établissement. Dans ce domaine, l'équipe mobile de soutien et de soins palliatifs (EMSP), mise en place en 2000, occupe une place centrale. Par ailleurs, l'objectif des lits identifiés en soins palliatifs (LISP), dont trois sur quatre sont situés dans le service d'oncologie médicale, est d'accueillir dans les meilleures conditions possibles ces patients soit pour la prise en charge de symptômes rebelles soit le temps d'un répit familial assorti d'une réorganisation du domicile. Face au développement continu de l'activité d'oncologie, l'extension du nombre de LISP sera à étudier.

⁷ In SROS-PRS, p. 54 : « l'offre de chimiothérapie doit être réorganisée à Alès ».

Afin de structurer cette activité palliative, les objectifs institutionnels portent en outre sur le développement de la formation de référents en soins palliatifs dans les deux unités (oncologie et médecine 1), sur l'optimisation du retour à domicile (en poursuivant la collaboration avec les services de soins à domicile et avec les divers acteurs sociaux du bassin alésien, et en développant la collaboration avec la maison du handicap pour des réponses plus rapides et adaptées à la situation palliative) et sur la poursuite de la mission de formation (poursuite du programme de formation de 3 modules de 2 jours ouverts à tous les soignants de l'hôpital ; poursuite du programme de formation spécifique destiné aux soignants des services et structures accueillant des lits identifiés de soins palliatifs ; poursuite des interventions en formation initiale à l'école d'aide-soignante et à l'IFSI ; poursuite des actions de diffusion de la philosophie des soins palliatifs auprès des soignants et du grand public (journée mondiale des soins palliatifs, soirées cinéma suivies d'un débat...)).

1.1.2.2. Les chirurgies carcinologiques

Par ailleurs, la structuration de l'offre de cancérologie au CHAC s'est faite par l'obtention d'autorisations en chirurgie carcinologique digestive et mammaire⁸, permettant une prise en charge de proximité de qualité. Pour cette dernière, le CHAC est la seule structure du bassin avec une équipe renforcée de gynécologues disposant des compétences chirurgicales requises. L'équipe médicale hospitalière est en outre pleinement investie dans la dispensation d'enseignements auprès des médecins du bassin (soirées, EPU, etc.), et travaille en harmonie avec celle du CHU de Nîmes, en allant y réaliser des actes nécessitant un plateau technique supérieur et/ou une réanimation postopératoire particulièrement lourde.

Le développement de ces activités est constant sur les trois dernières années.

	2009	2010	2011	2012 (1 ^{er} semestre)
Chirurgie carcinologique mammaire	28	71	60	49
Chirurgie carcinologique digestive	40	66	47	24

Le développement stratégique de la cancérologie dans son volet chirurgical passe par **l'obtention de nouvelles autorisations.**

⁸ Par décision de la commission exécutive de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation en date du 22 juillet 2009, le CHAC est autorisé à exercer l'activité de soins de traitement du cancer selon la pratique thérapeutique Chirurgie des cancers pathologies digestives. L'activité de chirurgie carcinologique mammaire a elle été autorisée par décision de l'ARS LR /363/2010 en date du 29 juin 2010. Le CHAC est autorisé pour ces deux activités jusqu'au 18 août 2014.

Respectant les orientations du SROS-PRS et les critères d'agrément de l'Institut National du Cancer (INCa), la demande d'autorisation d'activité de chirurgie carcinologique gynécologique s'inscrit dans la droite ligne de cette politique volontariste de développement de la cancérologie. Pour cette activité, le CHAC dispose donc d'un plateau technique neuf et d'une offre médicale qualifiée, compétente et unique sur le bassin depuis janvier 2011 et la fermeture de la maternité de la clinique de la ville.

Indispensable au vu des besoins du bassin de population et de ses spécificités géographiques, la reconnaissance de cette offre participe d'une réduction de la fuite de la patientèle alésienne. Dans le contexte de pénurie médicale grandissante, elle constitue également un élément d'attractivité pour de futurs praticiens.

Cette demande est en **cohérence avec le plateau technique du CHU de Nîmes et le projet médical de la CHT**. Ce dernier reconnaît le site alésien dans toutes ses composantes, comme il consacre le soutien du CHU de Nîmes au maintien des autorisations actuelles et au développement de nouvelles.

Avant même l'officialisation de la CHT, les praticiens du CHAC confortent leur pratique grâce à un partenariat régulier et pérenne avec le CHU de Nîmes permettant l'accès aux traitements innovants (utilisation du robot Da Vinci) et aux essais cliniques (étude NOTEGS en cours pour le cancer du sein).

Soutenue par la Direction Générale du CHU et le Professeur P. MARES, l'activité de chirurgie carcinologique gynécologique est bien préfiguratrice de la démarche de qualité de pratiques initiée par la CHT Cévennes-Gard-Camargue.

Le CHAC se positionne enfin par son recrutement médical pour obtenir l'autorisation d'exercer l'activité de **chirurgie carcinologique urologique**, véritable nécessité sur le bassin de santé.

1.1.3. Le développement de la chirurgie ambulatoire⁹

La chirurgie ambulatoire est considérée comme une « *priorité nationale, (...) un enjeu majeur de la structuration de l'offre de soin* »¹⁰.

⁹ Le CHAC est inscrit de longue date dans l'alternative à l'hospitalisation complète au travers de **l'hospitalisation programmée en médecine (hospitalisation de semaine et de jour**, dont la conformité reste à obtenir). Les indications de prise en charge sont les bilans diagnostic nécessitant des actes complexes ou une surveillance prolongée (endoscopie digestive, médecine interne, hématologie, etc.), les bilans de pathologies chroniques (bilan complexe de VIH, ponction-biopsie du foie, etc.), les actes thérapeutiques nécessitant une éducation et/ou une surveillance du patient (initiation de traitement d'hépatite C, perfusion d'immunoglobulines polyvalentes, ponction d'ascite itératives, etc.), bilan et éducation de patients diabétiques, etc.

¹⁰ Instruction DGOS/R3 n° 2010-457 du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire : perspectives de développement et démarche de gestion du risque.

Le développement de la substitution de la chirurgie « classique » en chirurgie ambulatoire est l'axe majeur du volet chirurgie du SROS-PRS en Languedoc-Roussillon, et se retrouve clairement identifié dans le projet médical de la CHT¹¹.

1.1.3.1. Des éléments contextuels favorables au développement

Les projections démographiques évoquées *supra* sont favorables : la croissance démographique régionale parmi les plus fortes de France s'inscrit dans la durée et résulte pour l'essentiel d'importants flux migratoires. Le Gard verra sa population augmenter de 714 396 habitants à 750 000 habitants entre 2010 et 2015. Au sein de la population du Gard, les personnes âgées de 80 ans et plus passent de 39 600 à 44 800 personnes entre 2010 et 2015. On note une augmentation de 40% des cataractes opérables à horizon 2020 en France, et de 13% à 5 ans dans le Gard.

Par ailleurs, une tendance lourde à la substitution s'observe dans le monde, encouragée par les tutelles. Ainsi, 89 % des varices sont réalisées en ambulatoire aux Etats-Unis, contre 23% en France. Pour les amygdalotomies, les taux sont respectivement de 89% aux Etats-Unis contre 20% en France.

Des opportunités claires se manifestent, qui sont le transfert de l'oncologie sur le CH, l'arrivée d'un gastro-entérologue avec sa clientèle de ville, et les coopérations au niveau de la CHT pour certaines spécialités. Par ailleurs, des potentiels de développement sont identifiés dans plusieurs domaines, comme en ophtalmologie, en ORL, en orthopédie, en viscéral, pour l'endoscopie digestive et enfin la pose de chambres implantables.

1.1.3.2. Un potentiel de développement

La Zone d'Attractivité (ZA) du CHAC est déterminée par une zone couvrant 80% de l'activité du CH en prenant les communes où le nombre de prises en charge pour 1000 habitants est le plus élevé. Elle est définie au-delà d'Alès, notamment par les villes de Saint-Ambroix, Salindres, La Grand Combe, Anduze.

- Ophtalmologie : une fuite non négligeable des cataractes

L'activité ambulatoire en ophtalmologie est très nettement centrée sur la prise en charge de la cataracte. 33% de cette chirurgie, soit 550 séjours par an, est réalisé en dehors de la zone d'attractivité du CH d'Ales principalement par les acteurs nîmois : le CHU et le groupement de cliniques PGS et Franciscaines.

- ORL : de faibles volumes d'activité

¹¹ « la CHT Cévennes-Gard-Camargue, dans un souci d'efficacité des prises en charge, s'inscrit dans un projet collectif de développement de la chirurgie ambulatoire », p. 27.

Malgré l'existence de la spécialité au sein du CHAC, les interventions ORL prises habituellement en charge en ambulatoire sont principalement réalisées au sein de la clinique Bonnefon ou à l'extérieur de la ZA. 32 séjours annuels correspondant à une fuite de 28% des séjours sont réalisés à l'extérieur, principalement par les CHU de Nîmes et Montpellier.

- Stomatologie : un faible taux de fuite et un recours à l'ambulatoire dans la moyenne des CH à case mix identique :

L'activité stomatologie est principalement représentée par la pratique des avulsions dentaires. Le taux de fuite est faible : 9%. La majorité des patients sont pris en charge par les deux acteurs de la ZA : le CH et la clinique privée.

- Orthopédie – traumatologie : un taux de fuite important et un vrai potentiel de substitution :

Les fuites sont particulièrement importantes sur la spécialité orthopédie. Elles représentent un tiers de l'activité ambulatoire des patients domiciliés sur la ZA soit 450 séjours annuels.

- Tissu cutané et sous-cutané : des volumes modestes mais un potentiel de substitution important :

22% des prises en charge ambulatoires (soit 86 séjours annuels) sont réalisées en dehors de la zone d'attractivité du CHAC. En dehors de la ZA, les principaux acteurs sont les CHU de Nîmes et de Montpellier. Sur la ZA, la clinique Bonnefon réalise 95% de l'activité.

- Gynécologie – Sein : une culture bien ancrée de l'ambulatoire

L'activité dilatations, curetages, conisations, hystéroscopies est prise en charge en totalité par les deux établissements de la ZA à savoir le CHAC et la clinique Bonnefon (uniquement 4% de fuites). A l'inverse, plus de la moitié des mastectomies subtotaux pour tumeurs malignes sont opérées à l'extérieur de la ZA principalement au sein du CRLC Paul Lamarque.

- Obstétrique : très peu de fuites et une pratique de l'ambulatoire dans la moyenne des centres hospitaliers

Le CHAC est naturellement leader sur sa ZA dans la prise en charge de l'avortement (volontaire ou spontané) par aspiration ou curetage en ambulatoire. Les fuites sont faibles, 8% de l'activité totale, et sont dispersées sur plusieurs établissements du territoire.

- Uro-néphrologie et génital masculin : un très bon positionnement sur les phimoses, un très faible positionnement sur les interventions transurétrales

Le recours à l'ambulatoire est très bon concernant les phymosis, tant sur la zone d'attractivité où le CH détient 76% des parts de marché, qu'à l'extérieur de cette zone puisque la fuite est particulièrement faible : 14%.

La prise en charge en ambulatoire n'est pas développée sur les interventions transurétrales ou transcutanées (21% des parts de marché sur les établissements de la ZA. 29% de fuites correspondant à 110 séjours annuels) et sur les interventions sur les testicules pour affections non malignes (36% de fuites principalement réalisés par les CHU de Nîmes et de Montpellier)

186 séjours réalisés à l'extérieur de la ZA soit 26% de fuites sur les 4 GHM uro-néphrologie en ambulatoire, avec de grandes variations suivant la pathologie prise en charge.

- Vasculaire périphérique : Une opportunité sur les ligatures et éveinages

Actuellement, il n'y a pas d'activité de chirurgie vasculaire sur le CHAC. La chirurgie vasculaire ambulatoire est largement dominée par la Clinique Bonnefon sur les ligatures de veines et les éveinages et par le CHU de Nîmes sur les autres interventions vasculaires en particulier les créations et réfections de fistules artério-veineuses où Nîmes détient le monopole. La fuite moyenne sur la chirurgie vasculaire est de 21% correspondant à 50 séjours annuels.

- Chirurgie viscérale : un potentiel de substitution sur les hernies inguinales et crurales

On observe une fuite relativement faible sur l'ensemble de la spécialité : 11%, équivalent à 61 séjours annuels. En revanche, un vrai potentiel de substitution existe sur les hernies en particulier en regard de la prise en charge de cette pathologie sur le mode ambulatoire par les meilleurs CH à case mix identique, sous réserve des spécificités de la population du bassin.

- Endoscopie digestive : un potentiel sur la ZA

On observe des fuites faibles sur le territoire, 10%, mais sur des volumes importants soit 231 séjours. Cette activité est dominée par la clinique privée.

L'ouverture du nouvel hôpital a donc permis de repenser l'organisation, la dimension capacitaire et la typologie des patients et leur prise en charge.

Les objectifs de développement de cette modalité de prise en charge sont les suivants :

- un taux de rotation cible supérieur ou égal à 110%
- un taux de substitution cible de +20%
- un objectif de part de marché à 5 ans situé entre 27 et 38%
- un objectif à 5 ans de 2500 à 3500 séjours.

Atteindre ces objectifs de développement d'activité passe par un renforcement de la substitution et le développement d'activités nouvelles. Pour accompagner ce développement, l'établissement participe également au benchmark régional simultané des blocs opératoires et des Unités d'Anesthésie et Chirurgie Ambulatoire (UACA) organisé par l'ARS. De plus, le pôle Chirurgie Mère Enfant s'est inscrit dans le dispositif « Pôles d'excellence » avec notamment le projet de développement de la chirurgie ambulatoire qui a été retenu.

Le CHAC a fait de certaines activités médicales des priorités institutionnelles. D'autres disciplines médicales sont en développement, portées par les pôles auxquelles elles appartiennent.

1.2. LES ACTIVITES MEDICALES A CONSOLIDER ET DEVELOPPER AU SEIN DES POLES

Chacun des six pôles d'activité du CHAC a établi pour les cinq années à venir des priorités de développement, motivées pour beaucoup par l'entrée dans le nouvel hôpital et liées pour la plupart à la phase opérationnelle du projet médical de la C.H.T.

Ces projets suivent et suivront le circuit de validation institutionnel, dont le passage en Directoire représente la dernière étape.

1.2.1. Le pôle Soins Aigus

1.2.1.1. Réanimation

Cette unité est destinée à prendre en charge tous les patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance, qu'ils viennent de l'extérieur de l'établissement ou de l'intérieur. A cet effet, elle bénéficie d'un accès dédié (liaison rapide destinée aux cas d'urgences) avec une distinction patient / public et fonctionne 24h/24 toute l'année.

L'entrée dans le nouvel hôpital a permis une adaptation structurelle de l'unité. A l'entrée de l'unité se trouve un bureau d'entretien destiné aux rencontres entre les familles et les praticiens. La salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) est placée en contiguïté du service de façon à être facilement accessible, proche de la zone des locaux de soins.

Le développement porte également sur la qualité de l'offre de soins :

- Le renouvellement de l'appareil d'hémodynamique permettra l'analyse de critères de surveillance supplémentaires au bénéfice des patients

- Le développement des explorations non invasives et en particulier de l'échographie est priorisé par la formation progressive de l'ensemble des médecins.
- L'ouverture de consultations de réanimation : Des consultations de réanimation sont prévues dès l'entrée dans l'hôpital neuf à raison de 2 demi-journées par mois. Elles occuperont, en accord avec l'unité, des plages horaires des consultations de pneumologie. Ces consultations sont destinées à assurer le suivi post hospitalisation, concernant plus particulièrement les patients ayant subi des suppléances d'organes, de moyenne ou longue durée.

1.2.1.2. Urgences – SMUR – UHCD

L'unité se caractérise par :

- une activité forte et en progression constante (plus de 34 000 passages et 2000 sorties SMUR par an)
- une pluralité des modes de prise en charge : urgences médicales, chirurgicales, pédiatriques et psychiatriques
- l'augmentation capacitaire de l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (désormais 8 lits dans le nouvel hôpital).

Les projets de ce service concernent en premier lieu l'UHCD. L'objectif premier est de fluidifier les passages dans cette unité en diminuant la durée de séjour. Il s'agira également de signaler et évaluer les séjours inadaptés. Par ailleurs, la réflexion porte sur la mise en place de consultations spécialisées dans les premières heures du matin afin d'orienter les patients hébergés vers leurs services respectifs au plus tôt. Enfin, le travail portera sur l'optimisation de la prise en charge de la pathologie neuro-vasculaire selon les dernières recommandations de l'HAS avec une formation médico-paramédicale et sécurisée par le réseau de transmission d'images en collaboration avec le CHU de Nîmes et son équipe de neurologues. Pour cet objectif spécifique, la réflexion inclura le rôle du SMUR.

Le projet du SMUR est d'améliorer la prise en charge des polytraumatisés par une mise en place de protocole de transfert vers le CHU de Nîmes en accord avec le médecin régulateur et d'améliorer la prise en charge des patients restant au CHAC avec les différents spécialistes de notre établissement (réanimateurs et équipes médico-chirurgicales). La réflexion portera également sur l'optimisation de la filière de prise en charge des syndromes coronariens aigus. Enfin, il convient de continuer la formation du personnel pour la prise en charge des détresses vitales en s'inscrivant dans une démarche qualité.

Plus généralement, une réflexion sur l'adaptation des locaux (en particulier le secteur chaud et l'accueil par l'IAO) devra permettre d'apporter des réponses mieux adaptées à la prise en charge des urgences.

1.2.1.3. Cardiologie

Le développement de l'unité fonctionnelle de cardiologie, comportant 20 lits, passe en premier lieu par la reconnaissance de l'**Unité de Soins Intensifs Cardiologiques (USIC)**, rendue possible par le SROS-PRS qui prévoit une implantation d'USIC sur Alès.

En cohérence avec le SROS-PRS, la reconnaissance de l'USIC l'est également avec le projet médical de la CHT Cévennes-Gard-Camargue, qui vise au confortement de l'USIC alésienne notamment à travers le renforcement des équipes médicales de cardiologie (assistants spécialistes) et la mise en place des transports infirmiers inter-hospitaliers.

Au sein de pôle Soins Aigus, la proximitéUSIC-réanimation favorisera d'une part l'utilisation efficace des moyens matériels et d'autre part la prise en charge pluridisciplinaire (cardiologues, réanimateurs) des patients entre ces deux services.

Le nouvel hôpital permet également **l'évolution du plateau technique**. Le module « plateau technique » regroupe la salle d'échographie trans-œsophagienne (avec sa salle de préparation et de décontamination), une salle de Holter et une salle d'épreuves d'effort. L'unité de soins intensifs (USIC) est complétée d'une salle technique (explorations électrophysiologiques).

Les **autres perspectives de développement** portent sur :

- Développer l'échographie de stress,
- Développer l'éducation thérapeutique et la réadaptation ambulatoire. Cette activité doit être formalisée et structurée, dans le cadre du Groupe de Coordination de l'Education Thérapeutique.
- Consolider le temps médical notamment pour assurer l'implantation des Pace Maker au bloc opératoire,
- Les échographies cardiaques seront faites dans un premier temps en interne au lit du patient puis dans un second temps en externe de façon à mieux cibler les hospitalisations. Ainsi, à terme, l'objectif est de développer des réseaux extra hospitaliers afin de désamorcer les situations en amont.

1.2.1.4. Pneumologie

Les missions de l'hospitalisation non programmée concernent l'accueil des urgences pneumologiques: détresse respiratoire aiguë, A.A.G (asthme aigu grave), pathologies infectieuses, cancéreuses, pleurales et/ou traumatiques ne relevant pas de prise en charge en réanimation.

En hospitalisation programmée, cette unité accueille les bilans et prises en charge de la pathologie du sommeil, ainsi que les désensibilisations à risque. Cette activité peut être organisée en HPDD médecine.

Les consultations externes portent sur la pneumologie générale, les troubles respiratoires du sommeil, l'oncologie, la tabacologie et l'allergologie.

L'unité de pneumologie est par ailleurs siège du Centre de Lutte Anti-Tuberculose depuis Novembre 2007.

Outre la consolidation de l'activité existante, les **enjeux de développement** dans le nouvel hôpital portent sur plusieurs points :

- Assurer l'accueil des hospitalisations non programmées en collaboration avec le service des urgences et fidéliser la filière médecine de ville-pneumologie
- Poursuivre et améliorer les relations avec les autres unités fonctionnelles au sein du pôle dans une optique de complémentarité.
- Optimiser le plateau technique et le rendre plus performant pour les besoins de la population alsacienne
- Maintenir et développer la filière de la fibroscopie interventionnelle (pose de prothèse trachéale et / ou bronchique, résection au laser ...) avec l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille (Dr DUTAU, Sainte Marguerite)

Par ailleurs, le **module de plateau technique permet de nombreuses perspectives de développement**:

- Développer la pleuroscopie en collaboration avec les chirurgiens thoraciques du territoire,
- Développer la fibroscopie bronchique avec l'autofluorescence dans le cadre du dépistage des lésions pré-cancéreuses,
- Consolider la kinésithérapie respiratoire,
- Développer l'éducation thérapeutique des patients, dans le cadre du Groupe de Coordination de l'Education Thérapeutique.

1.2.2. Le pôle Chirurgie - Mère - Enfant

Les missions du Pôle sont de répondre à la prise en charge de l'urgence (dans le secteur d'hospitalisation conventionnelle) et de développer une activité programmée (chirurgie ambulatoire développé *supra*).

1.2.2.1. Anesthésiologie

Le renforcement de l'équipe d'anesthésiologie permet une réponse et une prise en charge adaptées à l'augmentation d'activité des autres disciplines du Pôle, avec un souci d'adaptation aux nouvelles techniques (échographie pour ses applications en anesthésie loco régionale) en tenant compte des critères de qualité et de sécurité pour les patients.

Cette activité transversale au sein du pôle fait l'objet d'une attention particulière quant à ses effectifs.

1.2.2.2. Bloc opératoire

Entité essentielle au fonctionnement du Pôle, il met à disposition 5 salles de bloc, 1 salle SSPI de 10 postes et 3 salles d'endoscopie. La planification opératoire sera adaptée aux indicateurs d'activités, aux impératifs générés par le secteur ambulatoire et au développement de nouvelles activités.

L'objectif principal est une organisation optimale du programme opératoire permettant une efficacité dans la gestion des lits d'hospitalisation. Pour accompagner ce développement, l'établissement participe également au benchmark régional simultané des blocs opératoires et des Unités d'Anesthésie et Chirurgie Ambulatoire (UACA) organisé par l'ARS.

1.2.2.3. Traumatologie orthopédie

80 à 90% de la traumatologie du territoire est prise en charge dans cette unité, l'objectif étant de maintenir ces proportions. Les activités à développer sont essentiellement orthopédiques par exemple avec la chirurgie du genou, de l'épaule, etc. (PTG, ligamentoplastie, etc.). La mise en place d'une consultation « rachis » permet d'envisager une activité chirurgicale avec l'apport des nouvelles techniques.

Une politique de communication envers les médecins généralistes sera mise en place afin de répondre au mieux aux besoins des patients et du territoire.

1.2.2.4. Chirurgie générale

L'objectif de la chirurgie digestive est le développement en quantité et qualité des interventions pratiquées actuellement (chirurgie biliaire, chirurgie colorectale, chirurgie de paroi, etc.) ainsi que le développement de stomathérapie en associant la formation des personnels.

1.2.2.5. Gastro-entérologie

Les objectifs sont :

- Développer l'activité en ambulatoire répondant à 50% des besoins du bassin,
- Développer la prise en charge de la pathologie jusqu'à couvrir 80% des besoins du bassin,

- Développement de la vidéo capsule si la prise en charge peut se faire en ambulatoire,
- Développement des biopsies transjugulaires et des coloscopies virtuelles, en collaboration avec les médecins radiologues.

1.2.2.6. Néonatalogie et pédiatrie:

La reconnaissance par l'ARS d'une **unité de néonatalogie de niveau II A** de six lits, dans un bassin de santé qui a vu en 2011 les deux maternités de la ville d'Alès se regrouper sur le site de l'hôpital, vise à offrir l'accès le plus large possible aux soins aux nouveau-nés dans le souci d'éviter la séparation mère-enfant et l'exclusion dans les situations de précarité potentielle source de maltraitance ultérieure, à limiter les transferts source d'aggravation du risque médical, à favoriser les retours précoces après un passage en niveau 3 et à maintenir une équipe pédiatrique homogène et compétente pour satisfaire les normes sécuritaires au profit de la pédiatrie, de l'urgence et de la néonatalogie.

Les objectifs de l'unité de pédiatrie sont :

- Répondre aux besoins du bassin sanitaire pour la prise en charge des enfants nécessitant une hospitalisation ou un avis spécialisé (en lien avec les médecins généralistes et le service des urgences)
- Renforcer l'activité de consultations et le développement de thématiques spécialisées (pathologie respiratoire, pathologie neurologique, trouble de l'apprentissage, obésité de l'enfant, diabète).
- Renforcer la collaboration avec la maternité, par la présence d'un Pédiatre en salle de naissance lors de naissance à risque, par le soutien des actions d'éducation.
- Assurer une consultation de nouveau-nés, nés à la maternité, nécessitant un suivi particulier.

Par ailleurs, dans le cadre des activités nouvelles, une consultation neurologique (trouble de l'apprentissage, pathologie neurologique, suivi de nouveau-nés à risques niveau 2) a été mise en place, tout comme des actions d'éducation thérapeutique avec l'obtention de 2 DU d'éducation.

1.2.2.7. Gynécologie-obstétrique

Seule maternité du bassin d'Alès depuis début 2011, cette unité comprend 30 lits, 1 bloc obstétrical en continuité avec le bloc opératoire, 3 salles d'accouchement, 1 salle de césarienne et 2 salles de pré travail.

Les objectifs sont :

- Développement du travail en réseau avec les sages femmes libérales et les médecins généralistes pour le retour précoce à domicile,
- Proposition systématique d'entretien prénatal précoce aux femmes enceintes dès l'établissement de la déclaration de grossesse,
- Maintien de la consultation de tabacologie destinée aux femmes enceintes dans le cadre du projet « Maternité sans tabac »,
- Participation au projet régional « addictions et grossesse »
- Informatisation du dossier de consultation de gynécologie,
- Maintien des staffs quotidiens le matin
- Promotion et soutien de l'allaitement maternel
- Développement de la collecte de sang du cordon ombilical, dans le cadre de la convention avec la banque de sang placentaire du CHRU de Montpellier.

1.2.2.8. Ophtalmologie

Comme vu *supra*, le potentiel de développement de cette activité est particulièrement marqué en ambulatoire et très nettement centré sur la prise en charge de la cataracte. 33% de cette chirurgie, soit 550 séjours par an, est réalisé en dehors de la zone d'attractivité du CHAC. L'établissement, avec le recrutement d'un praticien temps plein, structure cette activité dans ses aspects chirurgicaux et de consultation. Le CHAC s'est doté d'un matériel de dernière génération pour la prise en charge de la chirurgie de la cataracte ainsi que des équipements pour les consultations d'ophtalmologie pédiatrique, du glaucome, des maladies rétinienne et la rétinopathie diabétique ainsi que les pathologies vasculaires, inflammatoires et infectieuses oculaires.

1.2.3. Le pôle Médecine

Le pôle Médecine est structuré pour prendre en charge des pathologies médicales aiguës ou chroniques, en urgence, en hospitalisation programmée ou en consultation.

1.2.3.1. Une activité à soutenir : La neurologie

Les maladies neurologiques (maladies neuro-vasculaires et neuro-dégénératives) figurent parmi les pathologies les plus fréquentes du territoire de santé, notamment en raison du vieillissement de la population. L'Accident Vasculaire Cérébral, qui touche 120 000 à 150 000 personnes en France chaque année, représente la troisième cause de décès et la première cause de handicap acquis de l'adulte dans les pays développés.

Le développement d'une offre de soins qualifiée en neurologie apparait donc comme un enjeu majeur pour l'hôpital et plus particulièrement le pôle médecine, dans le cadre d'une filière AVC structurée au sein de la C.H.T. Assurée actuellement par des neurologues du CHU de Nîmes et une consultation mensuelle d'un praticien du CHU de Montpellier, cette activité pourra à terme être exercée par un médecin recruté par le CHAC en collaboration avec l'équipe du CHU de Nîmes.

Ses missions seront les suivantes :

- Participer à la prise en charge des pathologies neurologiques hospitalisées dans les unités de soins de l'hôpital (neurologue référent pour l'établissement), garantissant une certification du CH pour la prise en charge de proximité des AVC
- Participer à la prise en charge des urgences neurologiques pendant les jours et heures de présence (sur appel des urgentistes)
- Développer une consultation externe de neurologie (neurologues référents pour la ville) avec possibilité d'utiliser l'unité d'hospitalisation programmée de jour ou de semaine pour explorations complexes ou traitements programmés nécessitant une surveillance hospitalière.
- Développer les explorations fonctionnelles de neurologie
- Promouvoir l'organisation de la filière neurologique avec le CHU de Nîmes (AVC ...)
- Participer au fonctionnement du SSR Neurologique sur le site.

1.2.3.2. Les activités à consolider :

1.2.3.2.1 La gériatrie

L'objectif est d'assurer une prise en charge globale de la Personne Agée. Le CHAC s'est donc orienté vers une consolidation de ses différentes activités dans la perspective d'une mise en place de filières de prises en charge tant internes qu'externes.

L'unité de Court Séjour Gériatrique :

Destinée à la prise en soin des personnes âgées poly-pathologiques et souvent dépendantes (maladie d'Alzheimer et autres pathologies chroniques), décompensées par un évènement médical aigu ou par des modifications de leur environnement, cette unité fonctionne préférentiellement par accueil direct du domicile (sans passage par les urgences), en lien avec le médecin traitant.

La reconnaissance de 2 places d'hospitalisation de jour gériatrique permettra de réaliser le bilan des pathologies démentielles ou d'autres pathologies chroniques gériatriques.

La consultation mémoire :

L'objectif, en accord avec le Contrat de Labellisation, est de :

- raccourcir les délais de rendez-vous, actuellement à trois mois environ
- augmenter le nombre de diagnostic au stade modéré : actuellement 12% des patients de la file active ont un MMS inférieur à 10 (stade sévère) 40% un MMS entre 10 et 19, 30% un MMS entre 20 et 25 (stades modérés), 18% un MMS supérieur à 26).

L'Equipe Mobile de Gériatrie :

Elle complète le Court Séjour Gériatrique et le SSR en proposant une mission d'information, de consultation et d'évaluation hors des murs de la Gériatrie dans les services de spécialités d'organes, de chirurgie et d'urgence.

La pérennisation de l'équipe permettra de consolider ses missions, avec notamment l'amélioration de la régulation des urgences gériatriques par des interventions directes aux urgences.

1.2.3.2.2. La médecine interne

Les unités de médecine interne ont donc pour mission:

- de prendre en charge les patients poly-pathologiques ou porteurs de pathologies complexes,
- d'assurer la prise en charge de proximité de certaines pathologies en lien avec les services référents des CHU,
- d'assurer la prise en charge et le suivi de certaines maladies systémiques ou maladies rares spécifiques à la spécialité de médecine interne.

Au-delà de ces missions premières, les unités de médecine interne ont développé des orientations : Endocrinologie et maladies métaboliques, infection à VIH et hépatites pour l'UF de Médecine 1, hématologie pour l'UF de Médecine 2.

Les maladies métaboliques et endocriniennes

Le diabète et les maladies métaboliques représentent une activité importante et historique du pôle médecine (unité de médecine 1), avec une file active des patients diabétiques de l'ordre de 1500 personnes.

Sur les cinq prochaines années, les objectifs sont nombreux :

- Consolider l'organisation d'une consultation multidisciplinaire hebdomadaire du pied diabétique,
- Développer l'éducation thérapeutique, démarche ancienne et aboutie au CHAC, suite aux autorisations obtenues en 2011 de mise en œuvre des programmes pour les patients porteurs de diabète et porteurs du VIH et/ou VHC, et également en cardiologie et en pneumologie. Il est dans ce dernier cas notamment envisagé d'organiser une consultation multidisciplinaire d'éducation thérapeutique hebdomadaire (pneumologue, IDE, kiné) pour les patients porteurs de maladies respiratoires chroniques (asthmatiques et insuffisants respiratoires chroniques)
- maintenir la reconnaissance du CH comme centre de référence de proximité en diabétologie,
- Poursuivre les activités de formation continue animées par l'équipe de diabétologie du CH organisées en partenariat avec les soignants libéraux du territoire de santé.

Les maladies infectieuses

Leur fréquence est amenée à progresser compte tenu du développement de certaines pathologies prises en charge dans l'hôpital : diabète, neutropénies en oncologie et en hématologie, immunodépresseions occasionnées par les biothérapies, etc.

Le recrutement d'un praticien interniste, qualifié en infectiologie, participe d'une activité transversale de référent en thérapeutique anti-infectieuse et de consultation externe en maladies infectieuses. La prise en charges d'infections lourdes ou complexes s'effectue en lien avec le service de maladies infectieuses du CHU de Nîmes, centre de compétence pour les infections ostéoarticulaires.

Le **CDAG-CIDIST** mène un intense travail avec les réseaux et les associations pour développer les actions de prévention et améliorer l'accès au dépistage des populations les plus en difficulté.

L'hématologie

Discipline organisée au sein du CHAC, l'hématologie fait l'objet d'une collaboration avec le service d'onco-hématologie du CHRU de Montpellier se traduisant entre autre par une RCP territoriale d'onco-hématologie.

L'objectif est de développer une activité d'hématologie (bilan diagnostique et complications des traitements) dans une unité de médecine interne du CH identifiée comme site de recours, et de créer une filière avec les médecins généralistes, l'unité de médecine interne référente du CH et le service d'hématologie du CHRU de Montpellier.

Les pathologies addictives

Les perspectives d'évolution et d'adaptation portent sur :

- Le renforcement et la diversification de l'offre de soins (tabac, alcool, jeux),
- Le renforcement des liens avec la Maternité dans le cadre des consultations externes et inter-service en Addictologie,
- La consolidation du réseau Ville Hôpital Alcool (ANPAA30, équipe d'Addictologie de Liaison, LOGOS, service communal d'hygiène et de santé, médecins généralistes, travailleurs sociaux, associations de bénévoles),
- La poursuite des consultations avancées d'addictologie sur le Bassin Grand Combien.

1.2.3.3. Les activités à développer

La néphrologie

Les hospitalisations en médecine concernent essentiellement la néphrologie chronique et regroupent principalement trois domaines qui sont le rein diabétique, l'insuffisance rénale chronique et les troubles hydro-électrolytiques fréquents chez les personnes âgées. Leur prise en charge bénéficie de la collaboration entre médecins du CHAC et néphrologues de l'AIDER, collaboration qui a vocation à se poursuivre.

Le développement de la néphrologie au CHAC passe également par la garantie d'une capacité d'accueil en hospitalisation et la consolidation des consultations externes.

La rhumatologie

Dans le cadre de la C.H.T, l'objectif est de développer une offre de soins de proximité notamment dans le domaine de l'immuno-rhumatologie et des biothérapies. Le projet est fondé sur la création d'une consultation de rhumatologie au CHAC par un rhumatologue de CHU et une prise en charge des patients dans une unité de médecine coordonnée par un médecin interniste référent du CHAC.

1.2.4. Le pôle Génie médical

Le Pôle Génie médical propose une offre variée, de l'aide aux diagnostics à la prise en charge thérapeutique, sociale et qualitative des patients.

1.2.4.1. La Pharmacie à Usage Intérieur (PUI)

La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse :

La PUI s'investit pleinement dans la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, par plusieurs actions :

- Réorganisation de la dispensation nominative avec mise en place de préparateurs référents dans les services de soins.
- Participation et animation à la commission de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse
- Participation aux travaux de l'OMEDIT sur la sécurisation de la prise en charge de l'HAD.
- Préparation des doses à administrer de manière unitaire : Achat d'une déblistéreuse et reconditionneuse

L'informatisation du circuit du médicament :

Le déploiement de l'informatisation du circuit du médicament et des dispositifs médicaux dans tous les services est un projet d'établissement porté par la PUI. Le CHAC compte aujourd'hui 442 lits en prescription informatisée, validation pharmaceutique et administration dont 225 lits en dispensation nominative. Cette informatisation se poursuit dans les EHPAD et dans les quelques services MCO non informatisés (HAD, UHCD, Réanimation). Ce circuit s'articule parfaitement avec la qualité de la prise en charge médicamenteuse (Arrêté Retex du 6 avril 2011 et circulaire du 14 février 2012).

Il est prévu l'intégration par les pharmaciens de protocoles médicamenteux dans PHARMA¹² pour d'une part uniformiser les pratiques et d'autre part apporter une aide à la prescription. Les pharmaciens ont également écrit et mis en place un manuel qualité spécifique à cette activité.

La pharmacie clinique :

La présence du pharmacien lors de la visite de services ciblés est régulière. Elle permet une collaboration avec les médecins dans l'aide à la prescription. Ceci permet au pharmacien d'avoir une vision clinique du patient. Pour les rétrocessions, une consultation pharmaceutique est organisée : le patient est rencontré et des informations sur le traitement délivré lui sont données, sur les interactions, les modalités de prises, etc. Cette consultation pharmaceutique participe de l'éducation thérapeutique du patient (ex : éducation thérapeutique du patient VIH en collaboration avec le service du Docteur BASTIDE).

¹² Pharma est un logiciel de prescription nominative de médicament

Dispositifs médicaux : La prise en charge des plaies et de la cicatrisation :

Au travers de la coordination de la Commission des Plaies et de la Cicatrisation, la pharmacie met en place un travail transversal dans le domaine des plaies et de la cicatrisation.

Ce travail est réalisé en partenariat avec l'IDE référente en plaies et cicatrisation et le médecin infectiologue. Il est constitué de plusieurs volets : formation des équipes soignantes, travail sur le référencement des pansements pour plaies chroniques au sein de l'hôpital, mise en place d'outils d'aide à la prise en charge des plaies et à la bonne utilisation des pansements.

Stérilisation :

La mise en place de la traçabilité de la pré-désinfection de l'instrumentation des blocs opératoires à l'aide du logiciel écosoft permettra l'obtention du lien entre le patient et les instruments utilisés lors de son intervention (Instruction prion 2011).

Un travail est en cours en partenariat avec l'hôpital Cochin sur la mise en place d'une plateforme nationale permettant la traçabilité des ancillaires en prêt dans les établissements de soins.

La pharmacie actrice de la coopération entre professionnels de santé :

La loi dite HPST positionne les pharmaciens comme acteurs de soins de premier recours et leur octroie le droit et le devoir de participer à la coopération entre professionnels de santé contribuant ainsi à la continuité des soins et à l'amélioration du suivi pharmaceutique.

Les pharmaciens hospitaliers, avec l'appui logistique du service informatique du CHAC, ont donc lancé avec l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) Pharmacien du Languedoc-Roussillon un projet de coopération visant les patients du bassin sanitaire alésien pris en charge alternativement en ambulatoire et à l'hôpital, en particulier les patients présentant des pathologies chroniques.

Ce projet porte sur les points suivants :

- création d'une banque de données spécifique pharmaciens au sein du système d'information du CHAC :

Ces données pourront être d'ordre thérapeutique sur des produits en les adaptant si nécessaire au suivi pharmaceutique. Il y aura également la possibilité de mettre des données pratiques comme des fiches sur les dispositifs médicaux tels que les sondes ou les poches, à partir des difficultés rencontrées par les pharmaciens. Il pourra aussi s'agir de préconisations en matière de suivi adaptées aux protocoles : non pas d'informations supplémentaires à ce qui existe, mais des informations claires et utiles. Ces données seront directement accessibles depuis la pharmacie.

- prise en compte de la pharmacie référente dans le dossier d'hospitalisation du patient :

La notification de la pharmacie référente dans le dossier du patient hospitalisé sera précieuse pour la circulation de l'information notamment pour les traitements par chimiothérapie, les changements de traitement et les besoins en matière de contrôle et de suivi. Le CHAC organisera l'inscription de la pharmacie référente dans le dossier d'hospitalisation.

Dans un premier temps, cette donnée sera exploitée manuellement pour les patients ciblés (retour à domicile avec un traitement lourd ou des patients avec des pathologies chroniques) pour ensuite progressivement s'étendre aux autres patients.

- mise en place d'une messagerie sécurisée pour les relations ville-hôpital :

La messagerie sécurisée a vocation à remplacer les échanges téléphoniques qui ne sont pas satisfaisants. La pharmacie hospitalière sera une « plate forme de gestion » des messages traités soit directement soit après consultation des médecins hospitaliers. Il s'agira d'échanger des informations ciblées telles que la gestion des effets secondaires d'une chimiothérapie en ambulatoire ou le suivi d'une pathologie chronique. L'échange de données patients est autorisé s'il est fait dans le cadre de la continuité des soins.

- Formation pluriprofessionnelle des pharmaciens :

La formation pluri professionnelles est le pilier du décroisement et permet des échanges entre professionnels. Les échanges de pratiques permettent l'interconnaissance des acteurs, essentielle à la mise en place d'un projet commun. La formation classique apporte des compétences individuelles, la formation pluriprofessionnelle apporte des compétences individuelles et collectives et permet ainsi une amélioration des parcours de soin. Cette formation répondra aux besoins locaux et correspond au concept de développement professionnel continu inscrit dans la loi HPST avec la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles (article 59).

1.2.4.2. Le Laboratoire de Biologie Médicale (LBM)

Les évolutions techniques et la politique qualité :

Sur la période concernée, le LBM du CHAC va connaître des évolutions techniques avec l'arrivée de nouveaux automates en immuno-hématologie, hématologie cellulaire et microbiologie pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients. Un projet de biologie moléculaire et/ou de spectrométrie de masse pour le diagnostic microbiologique est en cours, permettant d'accroître la rapidité du diagnostic.

Un autre projet est celui du développement de la cytométrie en flux pour le suivi de la cohorte des patients VIH par les internistes du CHAC +/- l'aide au diagnostic des leucémies aiguës et chroniques.

De tels projets sont essentiels en cas de changements d'activités pour consolider le laboratoire et pour assurer une meilleure offre de soins pour les patients.

Le LBM est par ailleurs investi dans une démarche qualité obligatoire qui doit aboutir en 2016 sur l'accréditation du laboratoire.

Le maintien du CHAC comme site de délivrance de produits sanguins :

L'objectif prioritaire de l'établissement est le maintien de l'organisation actuelle, dans le cadre du schéma régional de la transfusion sanguine. Le site d'Alès distribue chaque mois 500 à 650 PSL. Il dessert principalement le CHAC (75% des PSL), la Clinique Bonnefon (23% des PSL), ainsi que l'AIDER et le Centre hospitalier de Pontetils. Cette activité importante progresse, faisant du CHAC l'établissement de la région dont les consommations de produits sanguins ont le plus augmenté.

La délivrance de produits sanguins apparaît donc comme devoir continuer à être encadrée et sécurisée par l'Etablissement Français du Sang (E.F.S). L'établissement prendra les mesures qui s'imposent, notamment dans le domaine de la formation des agents, pour répondre aux préoccupations de l'EFS.

1.2.4.3. L'imagerie médicale

L'établissement cherche, non seulement à évoluer de façon à proposer aux patients un accès à une technologie de pointe capable d'autoriser des thérapeutiques adaptées de qualité, mais aussi à assurer la pérennité de ses services par le maintien d'un degré d'attractivité médical fort dont le préalable est la qualification de ses services.

Disposant d'un service d'imagerie médicale entièrement numérisé pour une interprétation plus rapide et davantage de sécurité pour le patient, le CHAC a mis en fonctionnement à l'entrée dans le nouvel hôpital un scanner haute définition adapté à toutes les indications cliniques, avec une ouverture de tunnel plus importante pour une prise en charge plus confortable.

Par ailleurs, l'établissement souhaite mettre en fonctionnement une IRM fixe. L'IRM est devenue l'examen de référence dans un grand nombre de pathologies (en particulier dans le cadre de certaines filières de soins qui relèvent très spécifiquement des missions du service public hospitalier : traumatismes vertébraux et médullaires, accidentologies, maladies cérébro-vasculaires, maladie d'Alzheimer), et est une des conditions d'autorisation pour une activité de réanimation.

L'autorisation d'installation d'une IRM fixe au Centre hospitalier Alès-Cévennes doit permettre de répondre aux impératifs de santé publique qui consistent à :

- garantir la qualité et la sécurité des soins
- répondre aux objectifs et aux préconisations déterminées par le SROS
- améliorer l'accessibilité aux soins

- garantir la permanence de l'accès aux soins
- assurer une meilleure coordination avec les autres établissements de santé

Par ailleurs, une activité d'imagerie continue par résonance magnétique fixe permet d'éviter l'adressage direct dans un CHU pour des diagnostics pouvant être traités en Centre Hospitalier, et d'éviter les transports secondaires inutiles. En l'absence de service d'accueil structuré et performant, les transports secondaires peuvent augmenter de façon soutenue et sont sources de dépenses importantes et inutiles pour les hôpitaux périphériques. Il est également à noter que, sur le plan strictement médical, tout transport secondaire augmente les risques d'aggravation potentielle pour les malades transportés.

Seules sont transférées, après prise en charge initiale, les pathologies relevant de spécialités nécessitant un plateau technique et des compétences spécifiques (neurochirurgie, chirurgie cardiovasculaire, grands brûlés, réanimation pédiatrique et néonatale essentiellement). Ces transferts sont effectués vers les CHU et représentent environ 280 patients par an.

1.2.4.4. L'hygiène hospitalière

L'unité d'hygiène est chargée de mettre en œuvre et d'évaluer le programme d'actions de lutte contre les infections nosocomiales adopté par l'établissement et de répondre aux problèmes de terrain avec la réactivité attendue des équipes. Elle s'appuie sur le réseau des correspondants en hygiène pour assurer pleinement ses missions et relayer les actions préventives.

La médicalisation renforcée de la démarche de la gestion des risques qui a notamment pour objectif l'accompagnement des plans et des programmes de lutte contre les infections nosocomiales souligne la place essentielle de l'unité d'hygiène dans ce dispositif. Une formation universitaire sur la gestion des risques associés aux soins a été actée pour le praticien hygiéniste en 2012.

Le développement des pôles en matière de gestion des risques conforte la mise en place de référent dont l'opérationnalité peut être également relayée avec le réseau des correspondants médicaux et paramédicaux en hygiène.

Le travail de l'unité d'hygiène s'articule autour de 4 axes d'amélioration pour la prévention des infections associées aux soins :

L'axe "prévention et recommandations" : l'ensemble des procédures et protocoles sont harmonisés sur l'hygiène, la prévention du risque infectieux et disponibles à l'ensemble des professionnels. Ils sont soumis à une réactualisation en fonction de la parution de textes réglementaires et de l'évolution des recommandations des sociétés savantes.

L'axe "surveillances" : concerne les surveillances en réseau (Infections du site opératoire, Maternité,...), les bactéries multi résistantes et la surveillance environnementale.

L'axe "formation des personnels" : l'unité d'hygiène a développé des formations ou des actions de sensibilisation destinées aux différentes catégories professionnelles (formation

initiale et continue); des formations de référents en hygiène (Médecins, IDE, AS, ASH). Elle est également sollicitée pour des interventions extérieures.

L'axe "évaluation" : de nombreuses d'évaluation ont lieu soit par audit clinique, soit par autoévaluation, soit par enquête. Ces systèmes d'évaluation permettent d'établir des indicateurs qui sont suivis par l'établissement et qui répondent aux indicateurs nationaux.

Les objectifs principaux sont :

- Garantir une gestion du risque infectieux de qualité pour la sécurité et le confort des usagers.
- Accompagner les pôles dans la mise en œuvre des actions de prévention, de formation, de surveillance et d'évaluation des infections associées aux soins.
- Répondre aux indicateurs de la gestion des risques et de lutte contre les infections nosocomiales.
- Participer à la démarche de développement durable de l'établissement.
- Optimiser l'unité d'hygiène pour assurer une meilleure performance sur l'établissement, les EHPAD rattachées et les établissements partenaires.
- Formaliser le réseau inter-établissements en hygiène (CH Alès - CH Bagnols).
- Développer la formation en hygiène au sein des pôles et auprès d'autres établissements du département EHPAD(s), HAD, médecine de ville...

1.2.4.5. Les archives médicales

Mise en place du Dossier Patient Informatisé avec le projet HYDMEDIA. Ce logiciel va permettre d'archiver électroniquement les documents papier et de les rendre accessibles en tous lieux au sein de l'établissement.

1.2.5. Le pôle Psychiatrie

Structuré autour de trois secteurs (deux secteurs de psychiatrie adulte et un secteur de l'enfant et de l'adolescent), le pôle Psychiatrie prend en charge des patients de tous âges.

1.2.5.1. Les secteurs de psychiatrie adulte

Les principales pistes de travail touchant spécifiquement à l'organisation des secteurs

Les Centres Médicaux Psychologiques (CMP) sont en première ligne des évolutions tant qualitatives que quantitatives des demandes de soins. L'analyse de la réussite de la création de l'équipe mobile psychiatrie-précarité conduit à réfléchir à la création de dispositifs similaires concernant des populations relevant de prise en charge en réseau selon des modalités spécifiques (jeunes adultes, personnes âgées).

Les CMP et les Urgences représentent les portes d'entrée principales dans le soin. Une de leur première réflexion commune doit être de s'interroger sur les circuits qui permettent aux patients d'accéder au soin (relations avec les professionnels adresseurs, accessibilité au soin). Les articulations entre l'Unité de Psychiatrie de Liaison et d'Urgence (UPLU) et les CMP doivent être interrogées, surtout quand il s'agit d'orientations de l'UPLU vers le CMP mais aussi, plus rarement, quand il s'agit d'adresse de la part des CMP dans des situations d'urgence.

Le travail porte aussi sur les moyens mis à disposition des CMP, notamment celui d'Alès avec la recherche active d'une nouvelle localisation.

Les pistes de travail portant sur la politique de coopération des secteurs avec d'autres acteurs.

Avec l'hôpital, les médecins traitants sont les acteurs essentiels des soins primaires, y compris dans le domaine de la santé mentale. Les secteurs de psychiatrie adultes doivent donc, avec l'accord des patients, rechercher les pistes de la meilleure coopération possible avec les médecins traitants, à chaque étape du parcours de soins des patients.

Le constat est fait d'un accueil croissant dans les unités d'entrants de patients présentant une maladie alcoolique comme pathologie principale. La prise en charge hospitalière de ces patients s'avère difficile, tant du fait de la spécificité de leur problématique que de l'organisation des soins au sein des unités, plus centrée sur la prise en charge des patients psychotiques ou présentant des troubles psychiatriques. Une réflexion doit donc être menée avec le pôle de médecine et le réseau addictologie quant aux modalités de prise en charge en hospitalisation temps-plein de patients présentant de manière prévalente des troubles liés à l'alcoolisme.

Un travail sera également mené dans le sens de la reconnaissance officielle d'une unité de géronto-psychiatrie.

1.2.5.2. Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile

La création d'hôpitaux de jour :

Le projet de réorganisation porté par le médecin chef de secteur est d'ouvrir deux autres hôpitaux de jour en sus de la Rose Verte (Alès) et de la Maison Lune (Le Vigan¹³), ce qui permettrait l'articulation des quatre CMP à quatre hôpitaux de jour.

- un hôpital de jour pour les adolescents sur Alès :

Ce projet est une priorité pour les adolescents en grande souffrance psychique. Ce lieu d'accueil et de refuge bien repéré permettrait de préparer, de temporiser, pallier ou éviter une hospitalisation temps plein sur l'unité de Nîmes très occupée.

¹³ Ce dernier devant être relocalisé sur Saint Hippolyte du Fort.

- un hôpital de jour enfants (et adolescents) sur le territoire Nord du secteur :
Beaucoup de jeunes enfants présentant des troubles graves du développement (dysharmonie évolutive de type psychotique ou limite) ne pouvant plus être adressés à la Rose Verte étaient suivis dans le cadre des Hospitalisations A Domicile (H.A.D), caractérisées par un dispositif de suivi séquentiel comportant trois actes par semaine en moyenne.

La non reconnaissance de l'HAD par l'ARS et les nouvelles réponses thérapeutiques à mettre en place face à une psychopathologie infantile grave et croissante en terme socio-épidémiologique sur le territoire Nord du Gard, exigeant un temps d'accueil thérapeutique plus conséquent, convergent vers la nécessité de création d'une deuxième structure comparable à celle de la Rose Verte. Cette structure devrait se situer à mi-distance des trois villes du territoire (La Grand Combe, Bessèges, Saint Ambroix), soit sur la vallée de l'Auzonnet.

La mise en place d'un réseau clinique pluri-institutionnel du lien, du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent :

Le plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 soutient de façon claire la politique de secteur et le développement de coordinations accrues entre les différents acteurs ou institutions, pour faciliter l'accès aux soins et réduire les ruptures dans les parcours de soins, et ce en particulier pour la pédopsychiatrie.

Ce projet de réseau a pour ambition la mise en place d'un dispositif garantissant de meilleures articulations et le développement de processus de liaison entre toutes les institutions missionnées auprès de l'enfant et de sa famille (médecins généralistes et spécialistes, structures de soin, structures d'accueil scolaire et pré-scolaire, structures et services socio-éducatifs, juge des enfants et services d'assistance éducative et judiciaire, orthophonistes et psychologues libéraux, associations de parents, associations culturelles et sportives).

Les actions de ce réseau pourraient s'orienter selon trois axes : rencontres pluri-institutionnelles, supervisions, formations communes.

1.2.6. Le pôle Personnes Agées.

L'augmentation du nombre de personnes âgées et de la prévalence des polyopathologies d'équilibre fragile entraîne des décompensations rapides et graves de l'état de santé avec l'apparition de la perte d'autonomie fonctionnelle et sociale.

Le premier facteur de décompensation lié à l'âge est **la cascade polyopathologique**. Une affection intercurrente bénigne ou une décompensation d'une seule déficience peut déclencher une réaction en chaîne de déficiences d'organes ou de fonctions et soudain en quelques jours ou quelques semaines une personne autonome peut devenir totalement dépendante.

La croissance exponentielle des démences de type maladie **d'Alzheimer** et maladies apparentées représente le deuxième facteur le plus important de perte d'autonomie.

Les autres situations de perte d'autonomie recouvrent les situations de handicap préexistantes avant soixante ans, qui ne sont pas spécifiquement gériatriques mais qui demandent des réponses médicosociales et médicales de même type.

Le projet médical du pôle « personnes âgées » propose des réponses de degré différent de médicalisation face à ces défis que sont la cascade polyopathologique, la maladie d'Alzheimer et les personnes handicapées adultes vieillissantes.

1.2.6.1. Un pôle organisé en deux secteurs pour une prise en charge complète

- Le secteur sanitaire du pôle : l'Unité de Soins de Longue Durée (U.S.L.D.)

Deux sites proposent un hébergement de type Unité de soins de longue durée, un situé sur la commune d'Alès « La Rose des Vents » avec 63 lits et un situé à Saint-Christol-les-Alès avec 27 lits en rez-de-chaussée d'une structure qui comprend également 48 lits d'EHPAD.

Ils accueillent des patients présentant des profils Soins Médicaux Techniques Importants (SMTI). Il s'agit également de personnes considérées en soins palliatifs, et de personnes demandant une rééducation intensive ou un état précaire non encore stabilisé et ne relevant plus du court séjour gériatrique.

- Le secteur médico-social du pôle : les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (E.H.P.A.D.)

Cinq proposent un Hébergement pour personnes âgées dépendantes : Ils se situent sur la commune de Rousson avec l'EHPAD «Le Castellas », sur la commune de Bagard avec l'EHPAD « Les Quatre Saisons », sur la commune de Saint Christol les Alès avec l'EHPAD « Les Cigales », en centre ville d'Alès avec l'EHPAD « Les Camélias » et sur le site même du CHAC avec l'EHPAD « Lou Canto ». Le site des « Quatre Saisons » propose une aile où sont accueillies des personnes handicapées vieillissantes ayant plus de 60 ans antérieurement institutionnalisées principalement dans des institutions psychiatriques. Le site « Les Camélias » propose une structure de ville où les médecins généralistes continuent à prendre en charge leurs patients, la plupart des résidents gardent une grande autonomie.

Les personnes accueillies en EHPAD présentent des niveaux de dépendance allant de la perte d'autonomie motrice et cognitive totale à des niveaux de dépendance moindre essentiellement pour les actes de la vie quotidienne complexes comme préparer ses repas, entretenir son lieu

de vie, gérer totalement son budget. Une partie de ces résidents relèvent malgré tout d'une prise en charge de type USLD avec des soins médico-techniques importants.

1.2.6.2. La maladie d'Alzheimer et les démences dégénératives

Plusieurs types de réponse sont à considérer en fonction du stade de la maladie.

Le diagnostic précoce en Consultation Mémoire suppose en plus des traitements pharmacologiques, l'organisation d'une aide sociale, mais aussi une « prescription » géronto-technologique, une prescription ergothérapeutique de soutien aux aidants (la famille ou son substitut).

Le répit de l'aidant et l'aide psychothérapeutique supposent des lieux d'écoute et de projet de vie, qui sont les axes de référence dans les différentes offres de prise en charge. Ces dernières sont organisées au sein du pôle personnes âgées **par la filière Alzheimer**, proposant, 19 places d'accueil de jour, 3 lits d'hébergement temporaire spécialisé (positionné sur la structure du Cantou) et l'hébergement définitif spécialisé. (42 lits sur le Cantou et 10 lits sur le Castellàs)

Deux types d'organisations nouvelles peuvent être développés dans le cadre du pôle personnes âgées :

- Les PASA : Pôles d'Activité et de Soins Adaptés
- Les UHR : Unités d'Hébergement Renforcées

Ces deux types d'organisation sont à envisager *in situ* selon l'évolution démographique des demandes.

Le projet d'obtenir la labellisation UHR pour une aile de 15 résidents du Cantou permettrait d'offrir une palette complète de prise en charge des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés dans un environnement sécurisé.

Le projet médical de la structure ainsi que le projet de soins mettent en avant l'organisation du bâtiment en constituant des ailes de 15 résidents chacune proposant une prise en charge appropriée à plusieurs niveaux de la maladie. 2 ailes pourraient alors accueillir les résidents déambulants et ayant des troubles modérés du comportement, la troisième aile « UHR » accueillerait les résidents à fort potentiel de troubles sévères du comportement.

L'avantage de la structure est de pouvoir faire bénéficier à toutes les ailes des salles spécifiques d'activités, d'une sécurisation des résidents à l'intérieur de chaque aile tout en permettant l'échange avec les autres ailes dans une partie centrale elle aussi sécurisée.

L'accompagnement thérapeutique médical et paramédical sera mutualisé sur la structure afin d'homogénéiser les pratiques des soignants.

Un PASA pourra être envisagé dans un deuxième temps sur la structure du Cantou ou sur un autre site du pôle personnes âgées, afin de permettre aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés de bénéficier d'une prise en charge diversifiée selon leurs besoins s'inscrivant pleinement dans la filière Alzheimer : accueil de jour, hébergement temporaire, hébergement complet sécurisé, UHR et PASA.

1.2.6.3. Les partenariats

Au sein du CHAC :

Le pôle « personnes âgées » tend à s'organiser en filière gériatrique notamment avec le court séjour gériatrique mais aussi avec les différents services qui reçoivent des personnes âgées, le service des urgences, le service de cardiologie, les services de médecine, les services de psychiatrie.

L'évolution des demandes de recours à l'équipe mobile de soins palliatifs, notamment en USLD, demande d'organiser un véritable travail en commun de protocolisation, de formation et de rencontres régulières.

Avec l'extérieur :

Le pôle personnes âgées veut s'ouvrir à une organisation en réseau gérontologique avec les différentes structures médico-sociales existantes et à venir comme les CLIC, les MAIA (Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer) ou d'autres établissements d'hébergement.

L'organisation de cycle de rencontres gérontologiques organisées avec la filière gériatrique (Court séjour et consultation mémoire) à destination des soignants libéraux médecins généralistes, infirmiers et services à domicile est également en projet.

1.3. L'ENJEU DE LA GESTION DE LA RARETE MEDICALE

Conduire une stratégie médicale dynamique est indissociable d'une politique de recrutement volontariste, dans un contexte de démographie médicale déprimée.

1.3.1. Une démographie médicale globalement déprimée

En 2010, le conseil national de l'ordre des médecins a publié son "Atlas de la démographie médicale française" qui confirme notamment la perte d'attractivité du secteur libéral : seulement 8,6% des nouveaux inscrits à l'Ordre des médecins entre le 1er janvier et le 31 décembre 2009 ont choisi d'exercer en secteur libéral.

Le même atlas¹⁴ indique que le tableau de l'Ordre des médecins recense 264 466 médecins dont 48 321 retraités. En trente ans, les effectifs de retraités ont augmenté de 563% alors que les actifs n'enregistraient que 92% d'effectifs en plus. Bien que la France fasse partie des pays européens les mieux dotés en terme de démographie médicale, la question du renouvellement des générations est plus que jamais d'actualité. Les pouvoirs publics se sont saisis de cette question, avec à l'appui un certain nombre de rapports et missions comportant des préconisations plus ou moins coercitives à l'égard de la médecine libérale.

Dans ce contexte, les établissements de santé sont confrontés eux aussi à la problématique du recrutement médical, particulièrement dans certaines disciplines (anesthésie, radiologie notamment) où le recours à l'intérim est devenu pratique courante.

Face à cette situation, le CHAC se mobilise dans le cadre de la CHT pour attirer et fidéliser de nouveaux praticiens.


1.3.2. Des raisons d'espérer

Comme la plupart des établissements français, le CHAC est confronté à une certaine pénurie médicale, touchant plus particulièrement certaines spécialités. Cette situation conduit à anticiper certains départs à la retraite et entraîne une politique active de recherche de praticiens. Cette politique suppose une réflexion commune, dans le cadre de la C.H.T en premier lieu, sur les conditions de recrutement des praticiens, au regard notamment des nouveaux dispositifs statutaires créés par la loi HPST.

Le CHAC s'inscrit également dans une volonté de développer la formation médicale par une ouverture de 4 postes supplémentaires offerts aux internes et la multiplication d'agréments dans de nouvelles spécialités.

Le recrutement de praticiens se double également d'une action pour les fidéliser. Entreprise au plan de l'établissement, cette action s'exerce également dans le cadre territorial de la C.H.T. Les actions de fidélisation reposent en effet aussi sur des mesures non statutaires, touchant aux conditions d'exercice des praticiens et à leurs possibilités de développement professionnel. A cet égard, l'accès aux techniques innovantes du CHU participe de cet objectif, de même que les mesures destinées à faciliter l'exercice des fonctions multisites.

¹⁴ Cette analyse fine de la démographie médicale des soins de premier recours prend en compte la répartition des médecins et les comportements spatiaux des populations.



**2 – UNE ORGANISATION MEDICALE
PERFORMANTE CENTREE SUR LE PATIENT
DANS LE CADRE D’UNE GOUVERNANCE
REFONDEE**

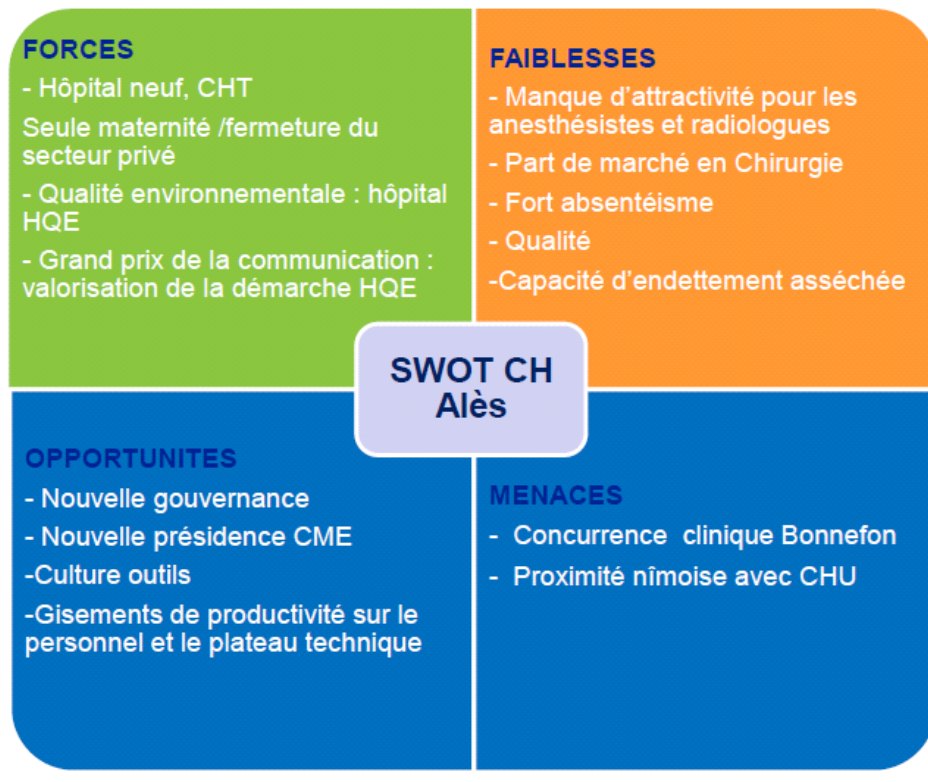
2. UNE ORGANISATION MEDICALE PERFORMANTE CENTREE SUR LE PATIENT DANS LE CADRE D'UNE GOUVERNANCE REFONDEE

Le CHAC est investi de longue date dans une organisation de la prise en charge centrée sur le patient. Outre les alternatives à l'hospitalisation complète vues *supra*, en témoigne entre autres pour le pôle médecine la gestion en amont des hospitalisations directement avec les médecins généralistes. L'admission directe des patients présentant des pathologies médicales (hors spécialités exclusives de cardiologie, pneumologie et gastro-entérologie) permet donc d'éviter un passage aux urgences. L'organisation des consultations peut aussi être prise en exemple. Dans l'hôpital neuf, les consultations médicales, chirurgicales et obstétricales sont regroupées dans des espaces dédiés situés au rez-de-chaussée du bâtiment à proximité de l'accueil administratif, facilitant le circuit du patient. En médecine, l'espace de consultation externe accueille également les actes externes auparavant réalisés dans le secteur d'hospitalisation de semaine ainsi que le CIDDIST-CDAG.

L'organisation médicale déployée dans le nouvel hôpital trouve écho auprès de la démarche performance initiée par l'ARS.

L'ARS Languedoc-Roussillon s'est engagée dans un projet de promotion de la performance hospitalière qui se traduit à la fois par des actions régionales propres et par des dispositifs nationaux, en particulier en lien avec l'Agence Nationale d'Appui à la Performance.

Dans ce cadre, plusieurs rencontres entre le CHAC et l'ARS ont permis d'établir un diagnostic partagé sur l'établissement, véritable « démarche de l'établissement pour l'établissement » centrée sur l'organisation, la qualité de la prise en charge et l'amélioration « rapide » des résultats.



Parmi les thématiques de travail retenues pour ce projet Performance suite à la validation de ce diagnostic et engageant l'établissement sur les années à venir, celle relative à la gestion des lits participe de l'amélioration de l'organisation et des modes de prise en charge des patients (2.1). La thématique Nouvelle Gouvernance va permettre elle d'installer un nouveau projet managérial centré sur un pilotage médico-économique effectif des pôles (2.2).

2.1. AMELIORER L'ORGANISATION ET LES MODES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PAR UNE GESTION DES LITS PERFORMANTE

Centrée sur les pôles Chirurgie-Mère-Enfant, Médecine et Soins Aigus, la phase d'autodiagnostic a permis d'établir le plan d'actions suivant, reprenant certaines actions déjà engagées par l'établissement.

2.1.1. Définir une organisation institutionnelle et structurée de la gestion des lits

Définition des responsabilités :

Face au triple constat du manque d'homogénéisation du processus de gestion des lits (acteurs, rôle et responsabilités, périmètre, déclenchement et durée, communication, lien avec les urgences), de temps de passage élevés aux urgences et à l'UHCD avant hospitalisation et à l'absence de coordination institutionnelle pour cette gestion, il est décidé d'identifier un acteur responsable de la définition et de la mise en œuvre institutionnelle d'une « fonction » gestion des lits

Optimisation de l'utilisation du système d'information :

Face à l'absence d'outil généralisé de gestion des lits, l'objectif à atteindre est celui d'un outil de gestion des lits unique, pour tous, pratique, efficient et fiable. Une fois cet outil choisi, qu'il s'agisse d'un logiciel du marché ou d'un module d'Hexagone¹⁵, il sera déployé avec une formation de tous les acteurs.

Définir l'organisation lors d'une situation d'hôpital sous tension :

Cette action va amener en interne à établir une cartographie des processus de la fonction de gestion des lits en pareille situation. Des partenariats seront conclus avec des EHPAD/USLD et des SSR, en lien avec les modalités du projet Trajectoire, permettant des possibilités d'accueil rapides et simplifiées (y compris des accueils depuis les urgences sans hospitalisations en MCO).

2.1.2. Définir un périmètre programmé/urgence à géométrie variable

Les constats de départ ont mis en évidence au CHAC un fort cloisonnement des services du fait de leur spécialisation, une moindre disponibilité de lits dans les services pour les patients des urgences (l'urgence étant une activité « subie » par les services), une disponibilité des lits insuffisamment connue et un temps d'attente élevé aux urgences à l'UHCD pour les patients hospitalisés.

¹⁵ Hexagone : logiciel administratif gestion patients

Les objectifs de la définition d'un périmètre programmé/urgences à géométrie variable sont de réguler l'accès aux lits et améliorer la visibilité en :

- diminuant le temps de passage aux urgences,
- facilitant la programmation des séjours en visualisant l'occupation réelle et prévisionnelle des lits,
- optimisant le taux d'occupation,
- limitant le taux d'hébergement,
- minimisant les pertes de recettes liées aux transferts par manque de place et aux hébergements sur des lits plus coûteux.

2.1.3. Augmenter la réactivité de l'imagerie et des consultations spécialisées

Des difficultés pour les services à contacter les secrétariats d'imagerie et de consultations spécialisées et des difficultés pour obtenir une date ou une heure de rendez-vous qui permettent de conserver une durée de séjour normale ont été mises en évidence.

L'objectif est donc de fluidifier la prise en charge par les plateaux techniques imagerie et consultations spécialisées afin de réduire les temps d'attente générateurs d'augmentation de la DMS.

Pour cela, plusieurs actions vont être mises en œuvre :

- programmation d'une EPP « Analyse de la pertinence des examens lourds en fin de séjour »,
- rédaction d'une procédure institutionnelle pour les circuits de demande et de réponse,
- proposition de modifications d'organisation interne (plages horaires pour les patients hospitalisés programmés, hors hospitalisations en ambulatoire, avant 8h et après 17h ; insertion des patients « non programmés » et des patients en urgence ; plages horaires pour les patients externes programmés),
- proposition de traçage du retour au service de soins, avec éventuelles modifications de l'outil de planification (Sirilog et Ultragenda),
- création et mise en place d'indicateurs de dépassement des délais, avec définition institutionnelle de bornes,
- conclusion et mise en application de contrats entre l'imagerie et les services de soins et entre les consultations et les services de soins, avec anticipation du besoin en imagerie/consultations spécialisées dès l'entrée du patient en fonction de la pathologie (et mise à jour à chaque visite médicale) et engagement au respect des bornes des indicateurs de dépassement des délais.

2.1.4. Améliorer la coordination entre service social et services de soins

L'étude menée a mis en évidence une anticipation sociale et une évaluation des critères sociaux au moment de la prise en charge insuffisantes, pénalisant le retour à domicile et l'accès aux structures d'aval. Par ailleurs, l'organisation du passage des assistantes sociales ne s'avère pas adaptée à tous les services de soins. Enfin, il apparaît essentiellement un manque de coordination entre le service social et les services de soins au plan de la saisie, du contact, de suivi ou encore de la continuité de la prise en charge.

L'objectif est donc celui d'un développement de la coordination entre le service social et les services de soins pour maîtriser la durée des séjours. Pour cela, le plan d'action prévoit notamment :

- la mise en place d'un diagnostic social précoce avec utilisation par l'IDE de la grille d'appel rédigée par le service social,
- la mise en place d'un traçage du suivi des dossiers par le service social, avec prise en compte de la date prévisionnelle de sortie
- la conclusion entre le service social et les services de soins de contrats (évaluation du besoin et saisie au plus tôt par les services de soins grâce à la grille d'appel, formalisation du circuit de la demande, engagement au respect des bornes des indicateurs de dépassement des délais, priorisation des dossiers en fonction du délai de réponse des établissements d'aval et services financeurs, ET des sorties prévues.

2.1.5. Modifier l'organisation actuelle des sorties

L'organisation actuelle des sorties présente des points de faiblesse. Les taux d'occupation sont constants en semaine et augmentent le week-end du fait du peu de sorties et des admissions de patients aux urgences. Peu de sorties sont réalisées avant 12h et les urgences sont engorgées entre 6h et 15h.

Plusieurs actions vont être engagées pour favoriser l'accueil des entrées provenant des urgences le matin :

- intégration dans les contrats de pôle d'un engagement à éliminer les journées supplémentaires « en attente » et désengorger les urgences :
 - libérer au minimum 2 lits par groupe de 30 lits chaque jour
 - préparer les sorties à J-1 (courriers de sortie, appel transport et annonce au patient et à sa famille) avec mise en place d'une check list des documents de sortie
 - organisation des sorties avant 12h
 - organisation des sorties possibles le WE (samedi en établissement d'aval et samedi/dimanche pour les retours à domicile).

- renseignement systématique de l’item « perspective de sortie » du dossier patient par les IDE puis de la date prévisionnelle de sortie dans l’outil de gestion des lits qui sera choisi dès l’entrée du patient

2.1.6. Améliorer l’accès aux lits d’aval

L’optimisation de la sortie en structure d’aval participe de la fluidification du parcours patient et la maîtrise de la durée du séjour.

Plusieurs éléments concourent à améliorer l’accès aux lits d’aval. Le CHAC développe tout d’abord son **offre de soins de suite et de réadaptation**, comme décrit *supra*. Une collaboration inter-services est également souhaitable, et pourrait prendre la forme d’un contrat de collaboration entre l’UF de chirurgie orthopédique et le SSR (réservation de lits pour le CHAC, accueil de deux patients de chirurgie ortho par semaine du lundi au vendredi, etc.).

L’établissement s’inscrira par ailleurs pleinement dans le déploiement du **logiciel Trajectoire**. Ce dernier permet de connaître rapidement, pour chaque patient, la ou les structures de soins capables de prendre en charge le projet de rééducation et réadaptation nécessaire. Il permet également de prendre en compte certaines spécificités susceptibles de modifier le type de prise en charge. Il permet d’être assuré que la ou les structures identifiées possèdent toutes les compétences humaines ou techniques requises. Il permet en outre d’identifier les structures proches de son domicile ou de celui de sa famille. Enfin, ce logiciel va permettre aux professionnels de santé de réaliser le dialogue par voix électronique sécurisée entre prescripteur de soins et la ou les unités de SSR concernées.

Le CHAC pourra enfin bénéficier du déploiement de **l’hospitalisation à domicile (HAD)** sur le bassin alésien par le CHU de Nîmes. En sa qualité d’alternative à l’hospitalisation en établissement, elle permet d’assurer au domicile du malade des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés en associant le médecin hospitalier, le médecin traitant et tous les professionnels paramédicaux et sociaux.

L’organisation médicale du nouvel hôpital, centrée naturellement sur le patient, s’inscrit également dans les dernières modifications législatives et réglementaires visant à renforcer le pilotage médico-économique d’un établissement.


2.2. UN NOUVEAU PROJET MANAGERIAL CENTRE SUR UN PILOTAGE MEDICO-ECONOMIQUE EFFECTIF

L'organisation polaire est désormais quasiment partout admise, et le CHAC ne fait pas exception. L'établissement s'engage même dans une réflexion sur la place à donner aujourd'hui aux pôles et aux chefs de pôle, dans le cadre du déploiement des nouveaux contrats de pôle.

A cet effet, et dans le cadre du projet Performance, l'ensemble des membres du Directoire, des cadres assistants de pôle et le Président de la CME vont assister à plusieurs formations.

A l'issue de la première, portant sur la gestion budgétaire et médico-économique du pôle, les participants sauront caractériser l'activité de l'établissement et du pôle en termes médico-économiques, lire un bilan financier et identifier les actions à mener afin d'améliorer les performances de leur pôle. La seconde formation a trait au pilotage des performances hospitalières appliqué aux pôles.

De là, et en concertation, l'établissement rédigera et mettra en pratique les contrats de pôle supports du projet managérial du CHAC.



3 – UNE POLITIQUE VOLONTAIRE DE PARTENARIATS MEDICAUX, POUR DEVELOPPER ET CONSOLIDER L’OFFRE DE SOINS

3. UNE POLITIQUE VOLONTAIRE DE PARTENARIATS MEDICAUX, POUR DEVELOPPER ET CONSOLIDER L'OFFRE DE SOINS

Le temps où les hôpitaux pouvaient vivre et se développer en autarcie est aujourd'hui révolu. Qu'elles soient souhaitées ou issues des modifications de l'offre de soin, les relations avec l'extérieur sont désormais le quotidien des établissements de santé, qui ont à agir avec une multitude d'interlocuteurs, acteurs de santé publics ou privés (3.1) et à s'ouvrir sur la ville (3.2).

3.1. DES PARTENARIATS DEPARTEMENTAUX ET REGIONAUX LEVIERS DE L'EXISTENCE ET DU RENFORCEMENT D'UNE OFFRE DE SOINS PERENNE ET DE QUALITE

3.1.1. La Communauté Hospitalière de Territoire Cévennes-Gard-Camargue

L'organisation de l'offre de soins publique dans le département du Gard repose sur un maillage territorial ancien et étroit, fait de conventions de partenariat nombreuses et actives, et d'intégration forte aux réseaux de santé. Les premières conventions bipartites ont été signées en 1994 entre le CHU de Nîmes et le CHAC pour une mise à disposition d'une demi-journée par mois de néphrologue. Depuis, plusieurs dizaines de conventions de mise à disposition ou de temps médicaux partagés de professionnels de santé, d'utilisation de plateaux techniques, de recherche, de coopération avec le secteur médico-social ou d'organisation de filières de soins ont été signées.

En prenant la décision de se constituer en C.H.T, le CHU de Nîmes, le CHAC, le CH de Bagnols sur Cèze, le CH du Pontails, le CH d'Uzès, le CH de Pont Saint Esprit et le CH du Vigan affirment leur ambition collective d'une coordination encore plus efficace de leurs missions et de leurs organisations.

La C.H.T leur permet d'aller plus loin dans la dynamique de coopération, en termes d'organisation de filières de soins notamment, tout en préservant les coopérations engagées entre chacun des membres et les établissements privés du territoire, qu'ils prennent la forme de simples conventions ou de groupements de coopération.

Cette ambition commune vise à garantir aux patients des soins d'un même niveau de qualité et de sécurité quel que soit le point d'entrée dans la C.H.T, à travers :

- Une offre de soins structurée, organisée en filières, voire régulée, selon un principe médical de subsidiarité (proximité, recours, référence),
- Une offre de soins de proximité pérennisée, équilibrée et adaptée aux besoins de santé territoriaux, grâce à des actions communes visant à limiter les fuites hors territoire et à consolider la démographie médicale

- Une offre de soins publique offrant une meilleure lisibilité auprès de la population gardoise, s'accompagnant d'actions de communication auprès des patients et des correspondants médicaux.

Neuf filières, correspondant aux priorités de santé publique repérées localement, seront organisées en priorité à l'échelle de la C.H.T :

- les filières d'urgence (AVC, urgences cardio-vasculaires, poly-traumatologie)
- la cancérologie
- les soins de suite et de réadaptation
- la gérontologie
- la périnatalité
- la psychiatrie
- les préventions et les soins d'accompagnement

Pour chacune de ces spécialités, la C.H.T garantit au patient, à chaque étape de son parcours de soins depuis le diagnostic jusqu'au suivi post-hospitalisation, la prise en charge dans la structure la plus adaptée compte-tenu de la technicité de l'acte mais aussi la plus proche de chez lui.

Institutionnellement, le projet médical commun a pour objet de conforter le service public hospitalier face aux enjeux compétitifs et, ce faisant, à permettre le maintien d'une offre de soins publique équilibrée, limitant les fuites hors du territoire.

3.1.2. La convention cadre avec le CHRU de Montpellier

Dans le cadre de leurs missions respectives et dans le contexte d'une démographie médicale en tension, le CHAC et le CHRU de Montpellier ont souhaité inscrire dans la durée des relations de coopération sur la base de leurs orientations stratégiques en signant en mai 2012 une convention cadre.

Cette convention formalise une volonté de coopération entre les deux établissements afin de garantir à tous les patients l'accès à des soins de qualité quel que soit leur lieu de prise en charge.

La convention prend en compte tous les aspects de la prise en charge :

- Prise en charge thérapeutique
- Soins de support

Sur les principes de base suivants :

- La pluridisciplinarité et la coordination des prises en charge
- La qualité des soins
- L'information du patient

- L'accessibilité des patients aux soins et à l'innovation quelles que soient leur pathologie et leur origine géographique

Les domaines de coopération couvrent l'ensemble des activités de chacun des deux établissements, dans le sens du recours pour le CHAC. Deux thématiques de coopérations sont déjà consacrées : la prise en charge des urgences traumatiques sévères de la main et du poignet et la chirurgie pédiatrique.

3.1.3. Une coopération avec le secteur privé devant reposer sur la mutualisation et la solidarité

Une politique de coopération dynamique avec le secteur public n'est pas antinomique avec des partenariats privés. Certains existent déjà, comme celui présenté *supra* avec le groupe Oncogard, ou sont à construire. Pour ces derniers, ils devront être porteurs de mutualisation et de solidarité, tant dans le domaine médical que logistique.

Dans le contexte actuel de pénurie médicale et au vu de la taille du territoire de santé d'Alès, il est nécessaire aujourd'hui de garantir la continuité médicale et l'existence d'un équipement maintenu à niveau et performant. A cet effet, les principes et domaines de coopération suivants, s'ils ne sont pas exhaustifs, apparaissent comme des préalables indispensables.

Les principes de coopération :

- réflexion sur une organisation commune de la permanence des soins ;
- mutualisation des ressources rares (anesthésie, etc.) ;
- gestion des ressources médicales permettant la fluidité des moyens,
- maintien de l'activité libérale dans le respect des enjeux liés au bassin,
- respect des autorisations d'activités médicales détenues par chaque établissement

Les domaines de coopération :

- répartition solidaire d'une offre de cancérologie complète ;
- consolidation de l'hôpital public tourné vers l'urgence avec un site reconnu H24, et meilleure lisibilité de celui-ci en ce sens ;
- protocole de recours à l'unité de réanimation de l'hôpital en post-opératoire ;
- organisation optimale de l'urgence cardiologique, avec une U.S.I.C fonctionnant à l'hôpital, ouverte aux cardiologues libéraux et garantissant les parcours de soins ;
- coopération sur les activités médico-techniques, avec notamment une organisation fédérative de l'imagerie médicale, un partenariat très poussé pour la PUI restant à définir et d'autres domaines, tel que la biologie médicale, à explorer ;
- développement en accord entre les deux partenaires d'activités en carence sur le bassin

3.2. UN HOPITAL OUVERT SUR LA VILLE

3.2.1. Une nécessaire coordination avec l'offre de soins de premier recours

Compte tenu de l'étendue du territoire de santé concerné et de l'enjeu de la démographie médicale, le CHAC est porteur d'une procédure de concertation avec les différents acteurs de santé, visant à 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.

L'établissement s'investit également dans la formation médicale continue, en participant notamment à la Journée d'Actualité Médicale Alésienne (JAMA), organisée en partenariat avec l'association pour la promotion de la médecine générale (APMG) d'Alès.

Le CHAC participe également à des actions de prévention. L'unité fonctionnelle de pneumologie participe activement à la prévention, par l'intervention des pneumologues hospitaliers, au niveau des écoles, des lycées alésiens et par des conférences et des forums sanitaires, surtout en ce qui concerne le sevrage tabagique.

Cette coordination avec l'offre de soins de ville résulte aussi des dispositions de la loi dite H.P.S.T. Dans ce cadre, et comme développé *supra*, les pharmaciens hospitaliers ont lancé avec l'URPS Pharmacien du Languedoc-Roussillon un projet de coopération visant les patients du bassin sanitaire alésien pris en charge alternativement en ambulatoire et à l'hôpital, en particulier les patients présentant des pathologies chroniques.

3.2.2. Une forte implication dans les réseaux de soins

Confrontés au cloisonnement et à la complexité des prises en charge de certains usagers, les professionnels des champs du sanitaire et du social du bassin alésien se sont mobilisés pour rechercher ensemble des réponses susceptibles d'apporter la cohérence et la continuité nécessaires à des prises en charge de qualité.

Convaincus qu'ils ne pourraient faire l'économie d'un changement de leurs pratiques, les professionnels ont partagé leurs expériences, leurs difficultés, ont appris à se connaître, à reconnaître les compétences de chacun, avec leurs spécificités et leurs limites : c'est ainsi que les pratiques de réseau se sont développées. Ce mouvement a débuté sur Alès en 1993 avec les réseaux Ville Hôpital, d'abord pour le Sida, puis très rapidement pour la toxicomanie. Progressivement la démarche de réseaux s'est élargie à d'autres domaines : personnes âgées, soins palliatifs, précarité, périnatalité, alcool.

Le CHAC est membre du Conseil d'administration de RESEDA, association de coordination des réseaux de santé du bassin alésien créée en juillet 1998, et de nombreux soignants de l'hôpital sont impliqués dans les réseaux de soins du territoire sanitaire. Ainsi de l'EMSP et les services avec des lits identifiés (oncologie et médecine 1) qui participent au Réseau soins palliatifs. Le service de pédiatrie participe lui au réseau obésité infantile, ainsi qu'au réseau périnatalité avec la maternité. Le réseau santé vie sociale et l'atelier santé ville voient intervenir le service des urgences, la PASS et le service social, ainsi que le CMP et l'équipe mobile psychiatrie et précarité. Les réseaux addictologie et santé respiratoire bénéficient respectivement des interventions de l'unité d'addictologie du centre hospitalier et du Pôle médecine (Hep tox), et des pneumologues du service de pneumologie. Une consultation spécialisée VIH Hépatites délocalisée par des praticiens du CH en CSAPA (convention CSAPA LOGOS/CH d'Alès) a été créée avec le soutien du réseau d'addictologie.

La participation historique du CHAC¹⁶ aux travaux des réseaux s'illustre tout particulièrement avec l'implication du service de médecine 1 dans le réseau diabète. Le travail de partenariat le plus riche dans ce domaine se fait autour de l'éducation thérapeutique, qui est une priorité dans l'organisation de la prise en charge des pathologies chroniques en général et du diabète en particulier.

En 2009, un Groupe de Coordination de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) a été mis en place à l'hôpital. Ce groupe, pluridisciplinaire et ouvert à l'extérieur est constitué de personnes impliquées dans l'éducation thérapeutique : Représentants de patients, médecins, IDE, psychologue, diététiciennes du CH, représentants des IDE libérales du territoire de santé, directeur financier, cadres de santé...

Les missions de ce groupe sont les suivantes :

- Prioriser les programmes d'ETP sur l'hôpital (Ceux qui fonctionnent déjà et ceux qui sont prêts à fonctionner) sur la base des thématiques prioritaires retenues au niveau national,
- Garantir la qualité et la conformité de ces programmes avec les textes réglementaires et les référentiels existants (guide méthodologique ETP de la HAS)
- Participer à l'évaluation générale des actions d'ETP (recueils d'activité, financements...)
- Participer à l'organisation des actions d'ETP à l'échelon territorial en lien avec les professionnels libéraux et les représentants de patients
- Participer à l'organisation de la formation en ETP des soignants
- Promouvoir l'éducation thérapeutique au sein de l'hôpital (sensibilisation du personnel, engagement institutionnel, identification des acteurs impliqués)

¹⁶ Avant sa généralisation au niveau national par convention entre la CNAM et la Fédération nationale des podologues, le protocole de prise en charge forfaitaire des soins podologiques chez les patients diabétiques a été en 2004-2005 un projet expérimental du réseau diabète alésien avec la CPAM du Gard.



4 – UNE POLITIQUE CONTINUE D’EVALUATION ET D’AMELIORATION DE LA QUALITE DE NOS PRATIQUES

4. UNE POLITIQUE CONTINUE D’EVALUATION ET D’AMELIORATION DE LA QUALITE DE NOS PRATIQUES

Le CHAC s’est fixé des objectifs ambitieux en termes de qualité et de sécurité des pratiques professionnelles, tant au niveau médical¹⁷ que soignant.

Fort de l’expérience acquise et des compétences mobilisées sur le terrain, l’établissement a restructuré sa démarche pour évoluer vers une plus grande dynamique et une meilleure coordination des professionnels.

Deux éléments convergeant structurent l’évolution de la politique du CHAC en ce domaine pour les années à venir : l’évolution de la réglementation (4.1) et les suites de la troisième itération de la certification : la V2010 (4.2).

4.1. UNE DEMARCHE QUALITE REFONDEE

4.1.1. Le pilotage et la coordination de la démarche qualité/sécurité des soins

En application de l’article R6144-2 du code de la santé publique, les commissions de la C.M.E ont été reconduites pour répondre pour les années à venir de manière efficace et opérationnelle aux objectifs :

- La Commission de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN)
- La Commission de Lutte contre la Douleur (CLUD)
- La Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS)
- La Commission de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN).
- Le Comité de Sécurité Transfusionnelle et d’Hémovigilance.

L’organigramme qualité/risque a été restructuré au cours du premier semestre 2012 afin d’intégrer les nouvelles missions de la CME et l’organisation de ses commissions.

¹⁷ A cet effet, l’établissement participe à plusieurs projets régionaux ou nationaux de recherche clinique, comme « *Evaluation prospective de la fiabilité de l’utilisation combinée de deux prédicteurs du statut des ganglions non sentinelles en cas d’envahissement du ganglion sentinelle : le nomogramme du MSKCC et le score de Tenon* » (coordonateur Dr ROUZIER, AP-HP) ; « *Etude prospective multicentrique randomisée en double aveugle de l’adalimumab à visée d’épargne cortisonique dans la maladie de HORTON* » (coordonateur Pr MARIETTE, AP-HP) ; « *Intervention Nutritionnelle en Onco-gériatrie chez des patients A risque de Dénutrition ; Etude interventionnelle randomisée INOGAD* » (CHU Bordeaux). La C.H.T s’engage dans la promotion et la diffusion de l’innovation, en œuvrant pour la mise en place d’une recherche clinique de territoire avec le développement de PHRC multicentriques.

Le pilotage et la coordination de la démarche qualité et sécurité des soins ont été confiés à la Direction de l'organisation des soins, de la Qualité, de la gestion des risques.

Une nouvelle commission a vu le jour : la Commission de l'évaluation des pratiques professionnelles, de la gestion des risques, de la qualité et du développement professionnel continu. Cette dernière commission élargie aux cadres assistants de pôle a pour missions de coordonner les démarches EPP et l'ensemble des activités des autres commissions de la CME.

Afin de prendre en compte l'organisation structurelle de l'établissement et répondre aux axes de la politique qualité et sécurité des soins, un réseau de référents médicaux et non médicaux se met en place dans chaque pôle. Ce réseau permet de disposer de relais qualité au plus près de la production des soins et des acteurs.

Sur le terrain, des commissions et groupes de travail, animés par des professionnels issus de tous les corps de métiers hospitaliers, participent à la définition et la mise en œuvre des programmes d'actions en vue d'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge.

4.1.2. Une évaluation des pratiques professionnelles dynamisée

Conformément au cadre réglementaire et en particuliers aux recommandations de la Haute Autorité de Santé, la politique d'évaluation des pratiques professionnelles (E.P.P) a fait l'objet début 2012 d'un réajustement validé par la CME.

Cette politique comporte 4 axes prioritaires :

- Axe 1 : Pérennisation et déploiement de la démarche EPP dans tout l'établissement,
- Axe 2 : Développement de la communication sur les projets EPP,
- Axe 3 : Accompagnement de la mise en œuvre des plans d'amélioration en lien avec les démarches EPP,
- Axe 4 : Intégration progressive des indicateurs qualité dans les tableaux de bord de pilotage des pôles.

La structure pilote, remaniée et coordonnée par un médecin désigné par la CME, est en place et a pris l'appellation de « *Commission d'EPP, de la gestion des risques, de la qualité et du développement professionnel continu* ».

A ce jour, 20 projets EPP sont conduits sur les thématiques suivantes :

Pertinence des soins :

- Indication du dosage des D-Dimères chez la personne de 60/70 ans vue aux urgences.
- Indication du scanner cérébral dans le trauma crânien mineur de l'enfant aux urgences.
- Cure de hernie de l'aîne en ambulatoire.

Hygiène :

- Evaluation de la pose, de la manipulation, de la traçabilité d'un cathéter veineux périphérique.
- Evaluation des mesures autour de l'hygiène des mains (port des bijoux).
- Evaluation de la précaution standard.

Pratiques de soins :

- Evaluation de la qualité de la prescription des AVK en milieu institutionnel.
- Infection urinaire en milieu institutionnel.
- Evaluation de la prise en charge de la prothèse totale de genou par l'amélioration des gains articulaires, de la reprise de la marche et du traitement rapide de la douleur.
- Evaluation de la prise en charge des patients porteurs d'une prothèse, totale de hanche.
- Prévention des troubles métaboliques chez les patients traités par anxiolytiques.
- Traitement par diurétique : intérêt d'une fenêtre thérapeutique comme mesure préventive du plan canicule.
- Evaluation de la préparation cutanée de l'opéré.
- Phase pré analytique des examens de laboratoire.
- Isolement en psychiatrie.
- Soins de bouche en soins palliatifs.
- Evaluation sur les pratiques de prélèvements bactériologiques des plaies cutanées chroniques.
- Antibio prophylaxie.

Prise en charge médicamenteuse du patient :

- Dispensation nominative du médicament.

Tenue du dossier patient :

- Gestion du dossier de soins infirmiers.

Par ailleurs, les **Revue de Morbi-Mortalité (RMM)** sont installées et pérennes dans les spécialités d'anesthésie, de réanimation, de chirurgie, d'oncologie, de médecine et spécialités, d'obstétrique et de pédiatrie.

Enfin, les **Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)** sont installées conformément aux recommandations de l'Institut National du Cancer (INCa) et de la H.A.S. Afin de poursuivre l'amélioration de cet indicateur, un plan d'actions qualité spécifique va être mis en œuvre après validation par la Commission citée *supra*.

4.1.3. Le renforcement des droits des patients

Le CHAC poursuit son action en faveur du renforcement des droits des patients. En sus de leurs retours via les questionnaires de satisfaction, ces derniers sont invités à participer de manière accrue à la vie de l'établissement, via ses instances (notamment le Conseil de Surveillance et la

Commission des Relations avec les Usagers et la Qualité de la Prise en Charge) et plusieurs groupes de travail (Commission de Réflexion Ethique).

En écho au rapport 2011 de la commission de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie spécialisée dans le domaine des droits des usagers, le rôle de la CRUQPC est d'ailleurs amené à se développer pour devenir une véritable force de propositions dans le domaine de la qualité et la gestion des risques. Au CHAC, la CRUQPEC a désigné, sur proposition du Président de la Commission Médicale d'Etablissement, un médecin qui va coordonner le déploiement du dispositif de l'annonce du dommage lié aux soins, dans le sens des préconisations de la HAS.

Le CHAC promeut enfin la bientraitance, en y sensibilisant les professionnels et en insérant la démarche dans le projet du pôle Personnes Agées.

4.2. LES ACTIONS ENTREPRISES SUITES A LA V2010

L'établissement a réalisé sa troisième visite de certification V2010 en juin 2011. Au vue des éléments mentionnés dans le rapport de certification, la HAS a prononcé une certification avec réserves assorties de recommandations. Le CHAC se mobilise pour répondre aux deux.

4.2.1. Les axes de travail retenus pour répondre aux réserves¹⁸

- **23a-SM/Education thérapeutique du patient** : le secteur santé mentale s'est engagé dans la mise en œuvre de démarches d'éducation thérapeutique du patient.
- **28b/Pertinence des soins** : cinq projets d'EPP en lien avec la pertinence des soins ont été initiés et validés par la Commission EPP. Ils ont pour thème : la pertinence des examens biologiques (D-Dimères), la pertinence d'examen d'imagerie (scanner cérébral dans le traumatisme bénin du crâne chez l'enfant), la pertinence des actes réalisés en chirurgie ambulatoire (cure de hernie de l'aine). Des actions d'amélioration sont formalisées. La CME inclut systématiquement dans son ordre du jour un point sur l'avancée des projets EPP.

¹⁸ Les critères relatifs à la prise en charge HAD infanto juvénile ne sont pas intégrés dans le rapport de suivi, cette prise en charge n'étant plus reconnue par l'ARS au plan régional.

4.2.2. Les axes de travail retenus pour répondre aux recommandations

- **1f/politique et organisation de l'EPP** : la CME a restructuré, début 2012, la Commission chargée de coordonner, d'accompagner et de suivre les démarches EPP et l'engagement des professionnels. Elle a désigné le praticien hospitalier chargé d'animer cette commission.
- **8b/fonction gestion des risques** : le coordonateur de la gestion des risques associés aux soins a été désigné officiellement par le Directeur de l'établissement (décision n°308). Le responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient a été désigné dans l'établissement. Le programme 2011/2012 de gestion des risques a été complété par l'identification des personnes ressources et la fixation d'échéanciers.
- **12a-SM/Prise en charge de la douleur** : des référents douleur médicaux et non médicaux ont intégré le CLUD. Les paramédicaux du secteur santé mentale ont tous reçu une formation à la prise en charge de la douleur dispensée par le CLUD (mesure à partir d'une échelle / outils mis à disposition). Un rappel a été fait par les cadres pour améliorer la traçabilité de la mesure et de son suivi. Un outil d'évaluation a été mis en ligne pour évaluer en continu la traçabilité de la douleur dans le dossier patient.
- **14a-MCO/SM/SSR/SLD/Gestion du dossier patient** : pour l'ensemble des secteurs concernés, un plan d'actions spécifiques a été mis en place pour améliorer le score de l'indicateur « tenue du dossier patient ». L'ensemble des procédures relatives au dossier patient ont été évaluées et réajustées en 2012. La tenue du dossier de soins infirmiers a fait l'objet d'une EPP en 2012 avec mise en place d'actions d'amélioration.
- **15a-MCO/SM/SSR/SLD/HAD¹⁹ : Identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge** : les procédures relatives à l'identité patient ont été formalisées pour toutes les étapes du processus de prise en charge. Les procédures existantes (création identité – sortie patient- correction identité...) ont fait l'objet d'une mise à jour. L'identité patient fait l'objet d'une attention particulière dans le cadre du projet FIDES. Le plan d'actions d'amélioration développées intègre des organisations visant à répondre aux exigences de l'identitovigilance.
- La démarche de signalement des événements indésirables relevant de l'identité patient est en voie de développement (progression du nombre de signalements pour l'année 2011).

¹⁹ Cf note précédente.

- **19a-Personnes atteintes d'un handicap** : la prise en charge de la personne handicapée a fait l'objet d'un axe spécifique dans le projet de soins 2012/2016 (additif).
- **20a-SSR/SLD/Démarche qualité prise en charge médicamenteuse** : le déploiement de l'informatisation du circuit du médicament a été poursuivi en 2012 (secteurs SSR et Personnes Agées). Les modalités de gestion par le patient de son traitement personnel (SSR) sont définies dans le guide d'administration du médicament. Un rappel a été fait par le cadre aux équipes médicales et paramédicales. Sur le secteur SLD aucun patient ne gère son traitement. Le score de l'indicateur rédaction des prescriptions médicamenteuses pendant le séjour « tenue du dossier patient en SSR » a fortement progressé (65 en 2010 / 95 en 2011) témoignant de la mise en œuvre des règles de prescription.
- **28a – Mise en œuvre des démarches EPP** : le déploiement des démarches d'EPP est effectif dans tous les pôles. Certaines spécialités doivent encore participer activement au processus d'évaluation.
- **28c-Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique** : toutes les spécialités sont sollicitées pour recueillir au moins un indicateur de pratique clinique.