CENTRE HOSPITALIER HAZEBROUCK

# PROJET D'ETABLISSEMENT

*2019-2023*

*Approuvé par le Directoire le 05 Décembre 2019*

*Approuvé par le CTE le 09 Décembre 2019*

*Approuvé par la CME le 10 Décembre 2019*

*Approuvé par le Conseil de surveillance le 12 Décembre 2019*

# SOMMAIRE

*INTRODUCTION* ..... *4*

**Principes d'élaboration et méthodologie retenus** ..... **6**

Principes de la démarche ..... 6

Pilotage et groupes de travail ..... 7

*PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER D'HAZEBROUCK* ..... *8*

**Données d'activité du Centre Hospitalier d'Hazebrouck** ..... **8**

Séjours hospitaliers ..... 8

Activité des Urgences ..... 11

Activités externes ..... 12

HAD ..... 13

**Positionnement concurrentiel** ..... **14**

Positionnement dans le département ..... 14

Positionnement dans la zone d'attractivité ..... 14

Parts de marché du Centre Hospitalier d'Hazebrouck ..... 16

Synthèse ..... 25

*LE PROJET MEDICAL* ..... *26*

**Rappel du bilan positif des projets antérieurs** ..... **26**

Pôle Chirurgico-Obstétrical ..... 26

Pôle Médical ..... 26

Pôle Médico-Social ..... 27

Pôle Médico-Technique ..... 28

*LE PROJET MANAGERIAL ET DE GOUVERNANCE* ..... *49*

*LE PROJET DE SOINS* ..... *53*

*LE PROJET SOCIAL* ..... *67*

Suivi et évaluation du projet social 2019-2023 ..... 77

*LE PROJET QUALITE/GESTION DES RISQUES* ..... *78*

**Politique Qualité Risques 2019-2023** ..... **79**

*LE PROJET HOTELIER ET LOGISTIQUE* ..... *90*

*LE PROJET ARCHITECTURAL* ..... *95*

**Renforcer la sécurité des biens et des personnes dans un bâti existant ..... 95**

**Décliner architecture et projet médical dans le cadre du schéma directeur immobilier ..... 96**

***LE SCHEMA DIRECTEUR DU SYSTEME D'INFORMATION ..... 98***

***GLOSSAIRE ..... 119***

# INTRODUCTION

Le Projet d'Etablissement 2019-2023 fixe les orientations de la stratégie de l'Etablissement pour les 5 années à venir. Il s'inscrit dans la continuité du précédent projet et depuis 2013, beaucoup de choses ont été accomplies. Le paysage de santé continue de se transformer et les défis à relever dans les prochaines années sont nombreux, qu'ils soient liés au vieillissement de la population et à l'évolution des maladies chroniques ; à l'accès aux soins et à la fragilisation de l'offre de soins de ville ou encore aux problèmes de démographie médicale.

Les réflexions ont été lancées dès le début 2018 mais ont avancé au rythme de la mise en place du Groupement Hospitalier de Territoire Lille Métropole Flandre Intérieure (**GHT LMFI**), auquel l'Etablissement appartient par la signature de la convention constitutive intervenue en juillet 2016.

Le Projet Médico-Soignant Partagé (**PMSP**) a ensuite été rédigé et validé par les 10 établissements du Groupement en juin 2017.

Dans le même temps, se sont déroulées les concertations qui ont abouti au Projet Régional de Santé (**PRS**) 2018-2028, arrêté le 5 juillet 2018, définissant la stratégie de santé dans les Hauts de France pour les 10 ans à venir, avec 3 nouvelles composantes : un Cadre d'Orientation Stratégique (COS) à 10 ans, un Schéma Régional de Santé (SRS) unique à 5 ans et un Programme Régional relatif à l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS). 6 territoires de démocratie sanitaire ont été arrêtés, le Centre Hospitalier d'Hazebrouck intégrant le territoire Métropole-Flandres.

Les orientations du PMSP, du PRS et celles arrêtées avec l'ARS au niveau des CPOM ont été des bases incontournables à prendre en compte pour le futur Projet d'Etablissement.

C'est dans ce contexte de réformes législatives et réglementaires riche, que s'inscrit la réflexion pour l'élaboration du Projet d'Etablissement 2019-2023 du Centre Hospitalier d'Hazebrouck. Ce rythme des réformes va se poursuivre puisqu'au moment où ce document est rédigé, la loi portant organisation et transformation du système de santé est entrée en vigueur.

A travers son Projet d'Etablissement, le Centre Hospitalier d'Hazebrouck souhaite poursuivre son travail d'adaptation de son offre de soins et d'accompagnement à la population de son territoire.

Il s'inscrit pleinement dans les projets visant à améliorer et fluidifier les parcours de soins prévus dans le PMSP, tout en affirmant une spécificité ou singularité tenant à ses partenariats forts avec un établissement ESPIC (GHICL).

Ces partenariats existants maintenus et le renforcement des coopérations publiques du secteur 1 avec les Centres Hospitaliers alentours et le Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille (GHICL) constituent l'ossature du projet, avec le développement de nouvelles activités médicales et l'agencement de locaux existants ou à construire. Cet objectif atteint doit permettre à l'Etablissement de se doter d'une attractivité conforme aux attentes des opérateurs médicaux spécialistes sur l'ensemble des disciplines MCO et gériatrique et de disposer d'un outil moderne conforme à la mission d'un hôpital dont le rôle et l'utilité ont été confirmés lors de la constitution du GHT.

Le Projet d'Etablissement 2019-2023 répond à la volonté partagée de l'ensemble de la Communauté Hospitalière de mettre le Centre Hospitalier d'Hazebrouck au service :

- Du **parcours de soins** et le parcours de santé qui implique une bonne organisation interne mais aussi externe avec la médecine de ville, les acteurs du domicile, de la prévention, du médico- social et les autres établissements du territoire,
- De la **proximité**, la mission du Centre Hospitalier d'Hazebrouck étant d'apporter les soins hospitaliers généraux en Médecine, Chirurgie, Obstétrique, et en Gériatrie à la population de son territoire qui comprend plus de 126 000 habitants. Pour cela, il nous faut renforcer les compétences médicales internes, en organisant le recours aux services experts et en s'entourant de partenariats solides avec le secteur participant au Service Public Hospitalier (PSPH) et libéral et en tenant compte du PMSP du GHT LMFI dont il est partie prenante.
- De la **pertinence** et de l'**efficacité**, en intégrant au sein de l'Etablissement toujours plus de compétence, en proposant des actes et gestes techniques nouveaux sur le site, en utilisant au mieux les fonds publics et les moyens mis à sa disposition par la collectivité.

A ces 3 exigences qui permettent à l'Etablissement de répondre à ses missions en donnant du sens aux valeurs du Service Public : **égalité** d'accès aux soins, **adaptation** aux évolutions et anticipations de celles-ci, **continuité** dans la prise en charge, s'ajoute l'exigence de **qualité** et **de sécurité**, condition de l'attractivité et du maintien et développement des activités du Centre Hospitalier d'Hazebrouck.

Cette stratégie doit permettre au Centre Hospitalier de maintenir et de développer son offre de soins, adaptée aux besoins actuels et à venir de la population. C'est sans compter sur le professionnalisme des hommes et des femmes qui travaillent chaque jour pour faire en sorte que les usagers et leur famille soient pris en charge dans les meilleures conditions.

# PRINCIPES D'ELABORATION ET METHODOLOGIE RETENUS

## Principes de la démarche

Le Projet d'Etablissement s'appuie sur le projet médical, pilier central du Projet d'Etablissement, car il porte l'ambition d'apporter une réponse de qualité et la mieux adaptée possible aux besoins de la population, dans le contexte d'évolution décrit ci-dessus. Il comporte également :

- Le projet managérial et de gouvernance,
- Le projet de soins,
- Le projet social,
- Le projet du système d'information,
- Le projet qualité/ gestion des risques,
- Le projet hôtelier et la politique d'achat,
- Le projet architectural,
- Le projet Développement Durable.

La démarche retenue pour le projet médical repose sur une volonté intégrative concernant les actions à poursuivre du projet précédent et les résultats des travaux des groupes de travail, menés par les responsables de pôle au sein de chaque pôle, pour définir leurs orientations stratégiques de développement d'activité et d'offre de soins.

Les orientations du projet ont été définies à partir d'une analyse mobilisant l'expertise du DIM pour mettre en exergue les forces et les axes de progression ou d'amélioration des activités du site, en prenant en compte les évolutions régionales du système de santé et le PMSP du GHT LMFI.

La réorganisation du management interne par la mise en place des pôles d'activités, a également facilité la réflexion :

En avril 2017, 4 pôles d'activité (pôle chirurgico-obstétrical ; pôle médical ; pôle médico-social ; pôle médico-technique) ont vu le jour avec la nomination des Chefs de pôle et des Assistants de pôle. L'élaboration du nouveau Projet d'Etablissement a été l'occasion pour ces acteurs de s'impliquer davantage dans la vie politique et stratégique du Centre Hospitalier d'Hazebrouck.

## Pilotage et groupes de travail

Un COmité de PILotage (COPIL) du projet médical a prioritairement été constitué, composé de :

- La Directrice,
- Le Directeur Adjoint, Chef de projet,
- Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME),
- Un représentant de la CME,
- Le DIM ,
- La Directrice des Soins,
- Le responsable Finances / Contrôle de Gestion
- L'ingénieur Qualité.

Ce Comité a été mis en place préalablement au Comité de Pilotage du Projet d'Etablissement, la définition des axes stratégiques du projet médical ayant été présentée aux Instances du Centre Hospitalier d'Hazebrouck comme un préalable aux autres projets.

Il a ensuite été élargi :

- au Directeur des Ressources Humaines et/ou son représentant,
- à l'Ingénieur chargé du système d'information,
- au Directeur des services économiques,
- à un représentant du Comité Technique d'Etablissement (CTE).

Le COPIL a pour objectif :

- de faire les liens entre les projets des pôles,
- de structurer les projets dans un Projet d'Etablissement cohérent,
- de s'assurer de la faisabilité par des études médico-économiques,
- d'arbitrer les priorités et de les confronter à la politique régionale.

**Concernant le projet médical**, chaque Chef de pôle a constitué son groupe de travail en vue de proposer cinq projets prioritaires pour leur pôle, cadrés par le Département d'Information Médicale (DIM).

**Pour les projets non médicaux**, chaque responsable de projet a constitué son groupe de travail en tenant compte de la compétence d'attribution désormais dévolue au GHT et aux dates de mise en œuvre retenues.

**Les impacts financiers de chaque projet devront être chiffrés, intégrés au Plan Pluri annuel de Financement, afin de s'assurer de leur soutenabilité financière.**

L'ensemble des projets est soumis au COPIL.

Une présentation sous forme de fiches synthétiques a été retenue, facilitant la lecture globale du document ainsi que le suivi des actions prévues pour chaque objectif identifié.

# PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER D'HAZEBROUCK

## DONNEES D'ACTIVITE DU CENTRE HOSPITALIER D'HAZEBROUCK

Le Centre Hospitalier d'Hazebrouck comptabilise 115 lits en hospitalisation (36 lits de médecine, 16 lits de chirurgie conventionnelle, 6 lits en chirurgie ambulatoire, 23 lits de gynécologie obstétrique, 14 lits d'addictologie, 20 lits de SSR), 3 lits en hôpital de jour et 30 places en HAD depuis novembre 2005. Il dispose de 4 lits identifiés de soins palliatifs (3 en médecine et 1 en SSR).

### Séjours hospitaliers

#### 1. Activité globale MCO

Le Centre Hospitalier d'Hazebrouck a généré 12 859 séjours en 2017, soit une hausse de + 5.5 % par rapport à 2016 et + 23.21 % depuis 2014.

| UF | Lib UF | 2014 | 2015 | Ev 14/15 | 2016 | Ev 15/16 | 2017 | Ev 16/17 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 100 | Médecine | 1855 | 1873 | 1,00% | 1911 | 2,00% | 1979 | 3,56% |
| 105 | HDJ-Chimio | 1204 | 1299 | 7,90% | 1478 | 13,80% | 1569 | 6,16% |
| 115 | Médecine de jour | 701 | 823 | 17,40% | 776 | -5,70% | 843 | 8,63% |
| 150 | Polysomnographie | 354 | 417 | 17,80% | 427 | 2,40% | 425 | -0,47% |
| 170 | Médecine-Obésité | | | | | | 9 | |
| 200 | Chirurgie | 508 | 372 | -26,80% | 451 | 21,20% | 497 | 10,20% |
| 230 | OrthoFlandre | 380 | 405 | 6,60% | 342 | -15,60% | 327 | -4,39% |
| 241 | Chir Ambu Viscérale | 647 | 678 | 4,80% | 760 | 12,10% | 791 | 4,08% |
| 242 | Chir Ambu Orthopédie | 330 | 329 | -0,30% | 332 | 0,90% | 357 | 7,53% |
| 243 | Chir Ambu Ophtalmo | 5 | 657 | 13040,00% | 1042 | 58,60% | 1166 | 11,90% |
| 244 | Chir Ambu Gynéco | 95 | 187 | 96,80% | 202 | 8,00% | 167 | -17,33% |
| 310 | Obstétrique | 1161 | 1123 | -3,30% | 1104 | -1,70% | 1094 | -0,91% |
| 320 | Gynécologie | 400 | 280 | -30,00% | 321 | 14,60% | 298 | -7,17% |
| 399 | Nouveau-Né | 893 | 869 | -2,70% | 853 | -1,80% | 854 | 0,12% |
| 601 | UHCD | 1674 | 1669 | -0,30% | 1945 | 16,50% | 2226 | 14,45% |
| 1910 | Addictologie | 230 | 209 | -9,10% | 239 | 14,40% | 257 | 7,53% |
| Total | | 10437 | 11190 | 7,20% | 12183 | 8,90% | 12859 | 5,55% |
| Chir viscérale (0200+0241) | | 1155 | 1050 | -9,10% | 1211 | 15,30% | 1288 | 6,36% |
| Chir Ortho (0230+0242) | | 710 | 734 | 3,40% | 674 | -8,20% | 684 | 1,48% |
| Chir Gynéco (0320+0244) | | 495 | 467 | -5,70% | 523 | 12,00% | 465 | -11,09% |
| Part ambu Chir viscérale | | 56,00% | 64,60% | 15,30% | 62,80% | -2,80% | 61,41% | -2,21% |
| Part ambu Chir Ortho | | 46,50% | 44,80% | -3,60% | 49,30% | 9,90% | 52,19% | 5,87% |
| Part ambu Chir Gynéco | | 19,20% | 40,00% | 108,60% | 38,60% | -3,50% | 35,91% | -6,96% |

*Données PMSI CHH

On note une augmentation globale d'activité en nombre de Résumé d'Unité Médicale (RUM) de 7.2 % entre 2014 et 2015, de 8.9 % entre 2015 et 2016 et de 5.55 % entre 2016 et 2017.

On observe une progression constante de l'activité médicale notamment dans le service de médecine, des séances de chimiothérapies anti-cancéreuses, et d'addictologie (diminution de 3 lits en 2015 expliquant la diminution d'activité pour cette année, retrouvés fin 2016), de l'UHCD.

En ce qui concerne les activités chirurgicales, en chirurgie viscérale, les équipes médicales ont été réorganisées en 2015 permettant le retour d'une activité en augmentation en 2017 de 4.4 %. Pour tous les types de chirurgies, augmentation de la part d'ambulatoire en 2016 environ 62.8 % pour la chirurgie viscérale, 50 % pour la chirurgie orthopédique, et 38.6 % pour la chirurgie gynécologique, puis stabilisation en 2017. Début de la chirurgie ophtalmologique en 2015, avec très bonne progression, + 58.6 % en 2016 et 11.9 % en 2017. **En 2017, le taux de chirurgie ambulatoire nouveau périmètre du Centre Hospitalier d'Hazebrouck est de 74.65 %, le taux cible national était de 57.6 % en 2017 pour atteindre 66.2 % en 2020.**

En obstétrique, le Centre Hospitalier d'Hazebrouck parvient à maintenir son activité par rapport à la baisse d'activité constatée sur le territoire en 2016 et 2017.

***En 2017, le Centre Hospitalier d'Hazebrouck a réalisé :***

- 5 331 séjours en médecine (hors séances), soit 41.5 %
- 1 977 séances, soit 15.4 %
- 3 603 séjours en chirurgie, soit 28 %
- 1 948 séjours en obstétrique, soit 15.1 %

***En 2016 :***

- 4822 séjours en médecine (hors séances), soit 39.6%
- 1 954 séances, soit 16%
- 3 450 séjours en chirurgie, soit 28.3 %
- 1 957 séjours en obstétrique, soit 16.1 %

***Entre 2013 et 2017 :***

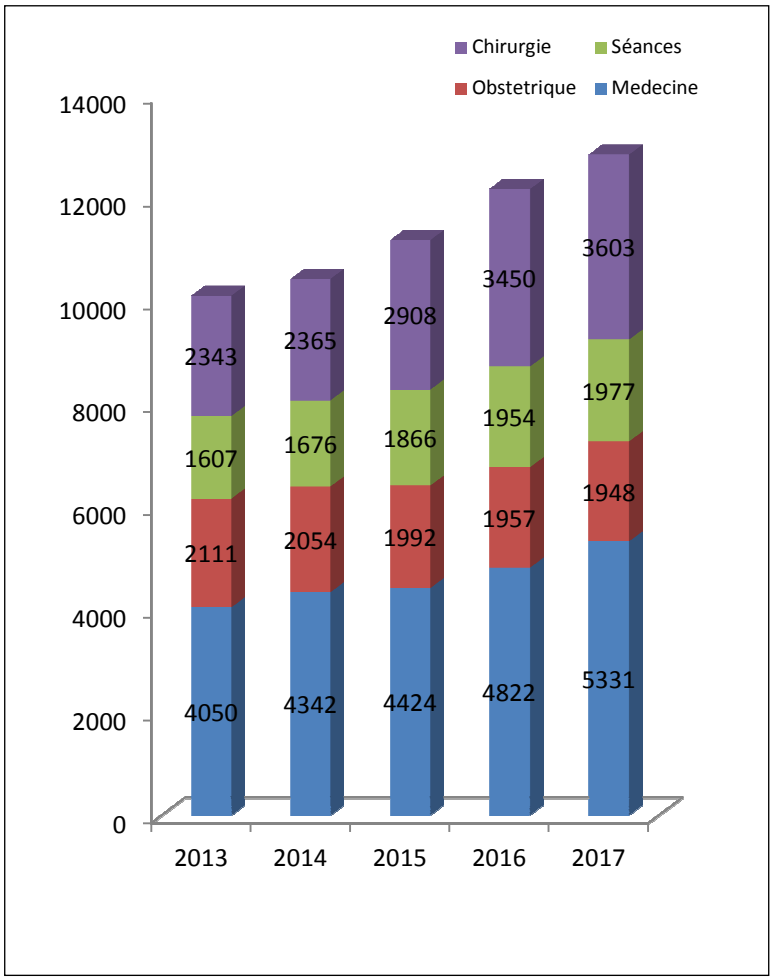
- Augmentation en médecine + 31.6 %
- Augmentation en séances + 23 %
- Augmentation en chirurgie + 53.8%
- Baisse en obstétrique - 7.7 %

***Entre 2015 et 2016 :***

- Augmentation en médecine + 9 %
- Augmentation en séances + 4.7 %
- Augmentation en Chirurgie + 18.6%
- Baisse en Obstétrique - 1.8%

***Entre 2016 et 2017 :***

- Augmentation en médecine + 10.6 %
- Augmentation en séances +1.2 %
- Augmentation en chirurgie +4.4%
- Baisse en obstétrique -0.5 %



## 2. Activité de chimiothérapie

Après une diminution du nombre de chimiothérapie en 2014, on note une très bonne reprise en 2015 (+9%), en 2016 (+12.94%) et 2017 (+5.2%). Le Centre Hospitalier d'Hazebrouck atteint amplement le seuil d'activité minimale fixé à au moins 80 patients puisqu'il en comptabilise 166 en 2017. Cette augmentation d'activité de chimiothérapie permet une augmentation de la production des poches de chimiothérapie par la Pharmacie du Centre Hospitalier d'Hazebrouck.

| | 2013 | | | 2014 | | | Ev 13/14 | 2015 | | | EV 14/15 | 2016 | | | EV 15/16 | 2017 | | | EV 16/17 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nb S | FA | NP | Nb S | FA | NP | Nb S | Nb S | FA | NP | Nb S | Nb S | FA | NP | Nb S | Nb S | FA | NP | Nb S |
| Chimio (Z511) | 1308 | 129 | 2397 | 1217 | 131 | 2083 | -7,0% | 1 321 | 156 | 2622 | 9,0% | 1 492 | 183 | 2990 | 12,9% | 1569 | 166 | 2739 | 5,2% |

*Nb S = Nombre de séances * FA = File active * NP = nombre de poches de chimiothérapie

## 3. Seuil INca

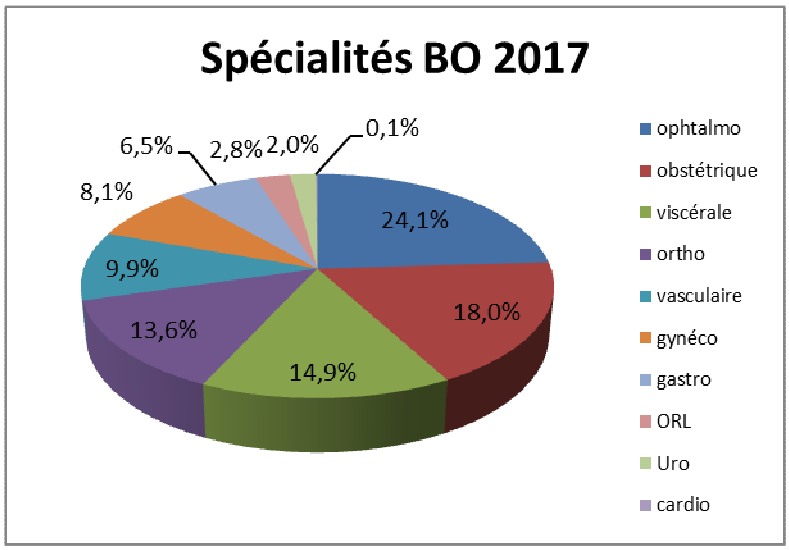
En chirurgie carcinologique, le Centre Hospitalier d'Hazebrouck dispose d'une autorisation concernant la chirurgie pour cancer du sein. Cette autorisation est encadrée par un seuil de 30 interventions par an. Le Centre Hospitalier d'Hazebrouck augmente son nombre d'interventions de 53.6 % entre 2014 et 2015 et 14 % entre 2015 et 2016. Il connait une diminution en 2017.

| | 2014 | 2015 | Ev 14/15 | 2016 | Ev 15/16 | 2017 | Ev 16/17 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nb de chirurgie pour cancer du sein** | 28 | 43 | 53,6% | 46 | 14,0% | 34 | -26,1% |

### 4. Activité des blocs opératoire et obstétrical

Grâce à la réorganisation des vacations et l'ouverture d'une salle supplémentaire en 2016, l'activité du bloc opératoire a progressé de manière très nette de + 21.63 % entre 2015 et 2016, + 2 % entre 2016 et 2017. Le bloc obstétrical lui, enregistre une légère augmentation de 1.1 %.

| | Type de passage | 2014 | 2015 | Ev 14/15 | 2016 | Ev 15/16 | 2017 | Ev 16/17 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Bloc Opératoire 0700 | Externe | 338 | 238 | -32,0% | 378 | 57,1% | 308 | -18,5% |
| | Hospitalisation | 2520 | 3059 | 21,1% | 3651 | 18,9% | 3803 | 4,2% |
| **TOTAL du bloc opératoire 0700** | | **2858** | **3297** | **14,6%** | **4029** | **21,6%** | **4111** | **2,0%** |
| Bloc Obstétrical 0701 | Externe | 2 | 1 | -50,0% | 1 | 0,0% | 4 | 300,0% |
| | Hospitalisation | 752 | 730 | -2,9% | 720 | -1,4% | 725 | 0,7% |
| **TOTAL du bloc Obstétrical 0701** | | **754** | **731** | **-3,1%** | **721** | **-1,4%** | **729** | **1,1%** |




En 2017, les cataractes représentent 24.1% de l'activité chirurgicale du bloc opératoire.

| | |
|---|---|
| ophtalmo | 24,1% |
| obstétrique | 18,0% |
| viscérale | 14,9% |
| ortho | 13,6% |
| vasculaire | 9,9% |
| gynéco | 8,1% |
| gastro | 6,5% |
| ORL | 2,8% |
| Uro | 2,0% |
| cardio | 0,1% |

## Activité des Urgences

Le nombre de passages dans le service d'Accueil des Urgences augmente chaque année avec une évolution de 2.8 % entre 2015 et 2016. Cette progression se confirme pour l'année 2017 avec + 0.9 % d'augmentation.

Le Service d'Accueil des Urgences est limité quotidiennement par un manque de places et de moyens nécessitant le transfert de patients vers d'autres structures. Un projet prioritaire pour 2019 vise à réorganiser cette unité de soins (nouvelle construction ; IAO 7J/7 de 8h30 à 18h30 ; 4 lits UHCD au lieu de 2 actuellement).

| | 2013 | 2014 | 2015 | Ev14/15 | 2016 | Ev15/16 | 2017 | EV 16/17 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Passages** | 15 701 | 17 271 | 17 363 | 0,5% | 17 857 | 2,9% | 18 023 | 0,9% |
| **taux d'hospitalisation** | 23,70% | 22,70% | 23,20% | | 23,50% | | 25% | |

## Activités externes

### 1. Les consultations externes

L'activité des consultations externes connait un taux d'évolution de + 3.4 % entre 2016 et 2017, + 6.3 % entre 2015 et 2016 et + 3.4 % en 2017.

| 2014 | EV 13/14 | 2015 | EV 14/15 | 2016 | EV 15/16 | 2017 | EV 16/17 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 50 999 | 7% | 51 703 | 1,4% | 54693 | 6,3% | 56 540 | 3,4% |

### 2. L'Imagerie Médicale

#### a. Scanners

Le nombre de Forfait Technique tarif Normal (FTN) a augmenté de + 4.68 % entre 2015 et 2016.

| Nombre de Forfaits Techniques (FTN) | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | Ev 15/16 |
|---|---|---|---|---|---|
| Scanner public | 6794 | 7344 | 8243 | 8702 | 5.27 % |
| Scanner privé | 982 | 982 | 1045 | 1043 | - 0.19 % |
| **Total** | **7766** | **8326** | **9288** | **9745** | **4.68 %** |

| Nombre de Venues | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | |
|---|---|---|---|---|---|
| Scanner public | 4967 | 5182 | 5693 | 5941 | 4.17% |
| Scanner privé | 680 | 676 | 719 | 708 | – 1.55 % |
| **Total** | **5647** | **5858** | **6412** | **6649** | **3.56 %** |

| Nombre d'actes | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | |
|---|---|---|---|---|---|
| Scanner public | 5566 | 6292 | 7002 | 7382 | 5.14 % |
| Scanner privé | 902 | 982 | 1044 | 1062 | 1.69 % |
| **Total** | **6468** | **7286** | **8051** | **8444** | **4.65%** |

Le Centre Hospitalier d'Hazebrouck a fait l'acquisition d'un nouveau scanner permettant notamment la réalisation d'examens chez le patient obèse, en lien avec le développement de la chirurgie bariatrique prévue en 2018.

#### b. Echographies

On note une diminution du nombre d'échographies, liée à la diminution du nombre de vacations mais à la substitution de l'échographie par le scanner.

| | 2014 | 2015 | 2016 | Ev 15/16 |
|---|---|---|---|---|
| Nombre de vacation annuelle | 152 | 142 | 138 | – 2.89% |
| Moyenne hebdomadaire | 2.92 | 2.73 | 2.65 | – 3 % |
| Nombre de patient hospitalisé | | 191 | 168 | – 17.85 % |
| Nombre de patient externe | | 641 | 543 | – 18.04 % |
| Nombre total de patient | 882 | 832 | 711 | – 17% |

### c. Radiologie conventionnelle

On note une augmentation en nombre d'actes de + 4.83 %, liée en partie à l'augmentation du nombre de passage aux Urgences. Le taux d'examens radiologiques réalisés en externe est de 78.7 % en 2016.

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | Ev 15/16 |
|---|---|---|---|---|---|
| Venues | 13 221 | 13 940 | 14 164 | 14 599 | 2.97 % |
| Actes | 15 866 | 17 174 | 17 117 | 17 986 | 4.83 % |

## HAD

On note une bonne progression de l'activité depuis 2014, environ + 35 % en nombre de résumés et journées, + 14 % en nombre de séjours, signant une augmentation de la DMS. Le nombre de prise en charge à domicile est constant depuis 2015, avec une augmentation des prises en charge en Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS) et EHPAD. L'âge moyen des patients est d'environ 70 ans et constant, ceux-ci sont domiciliés dans notre localité.

En 2018, le Centre Hospitalier d'Hazebrouck développe son activité de chirurgie bariatrique, l'HAD interviendra pour la prise en charge des patients en post opératoire. Il prévoit également le développement de la télé-expertise entre domicile et HAD.

En 2019, il prévoit de développer la prise en charge en soins palliatifs à domicile en lien avec le service de médecine.

| | 2014 | 2015 | Ev 14/15 | 2016 | Ev 15/16 | 2017 | Ev 16/17 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre de RAPSS (hors GHT 99) | 1 319 | 1 550 | 17,5% | 1 768 | 14,1% | 1 995 | 12,8% |
| Nb de journées de prise en charge | 10 820 | 15 038 | 39,0% | 14 959 | -0,5% | 15 311 | 2,4% |
| Dont nb de jrs prise en charge au domicile du patient | 9 405 | 12 304 | 30,8% | 11 896 | -3,3% | 12 426 | 4,5% |
| Dont nombre de journées prise en charge en ESMS | 1 550 | 2 759 | 78,0% | 3 063 | 11,0% | 2 885 | -5,8% |
| Dont nombre de journées prise en charge en EHPAD | 1 280 | 2 709 | 111,6% | 3 063 | 13,1% | 2 729 | -10,9% |
| Nb de séjours terminés dans la période | 730 | 778 | 6,6% | 830 | 6,7% | 867 | 4,5% |
| Nb de patients (1) | 342 | 393 | 14,9% | 402 | 2,3% | 423 | 5,2% |
| Durée moyenne des séjours terminés | 13,6 | 18 | 32,9% | 18,4 | 1,8% | 17,7 | -3,8% |
| Nb moyen de séjours par patient (1) | 2,2 | 2,1 | -5,4% | 2,1 | 0,0% | 2,1 | 0,0% |
| Age Moyen | 69,8 | 71,2 | | 69,3 | | 69 | |
| Nb de patients moyen/jour de prise en charge | 29,64 | 41,24 | 39,1% | 40,87 | -0,9% | 41,95 | 2,6% |
| Taux de pénétration en EHPAD | 11,83 | 18,07 | 52,7% | 20,46 | 13,2% | 17,82 | -12,9% |
| % de séj de patients domiciliés dans le département | 97,4 | 97,1 | | 97,4 | | 97,4 | |

# POSITIONNEMENT CONCURRENTIEL

Le Centre Hospitalier d'Hazebrouck fait partie des établissements de santé du Nord, il est excentré et se situe au nord du centre-ville d'Hazebrouck, c'est l'Etablissement pivot de la zone de proximité Flandre Intérieure.

## Positionnement dans le département

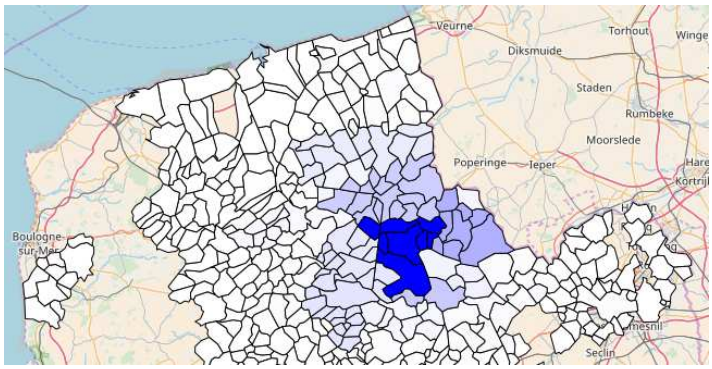
Alors qu'en moyenne les établissements publics du Nord enregistrent une évolution de leur activité entre 2012 et 2016 de 16.5 %, le Centre Hospitalier d'Hazebrouck augmente son activité de 22.1 %, soulignant les bonnes stratégies de développement de ses activités ces dernières années.

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | Ev 12/16 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Etablissements du Nord (hors privés) | Nb | Nb | Nb | Nb | Nb | % |
| GCS GHICL CLINIQUE STE MARIE | 5 847 | 15 985 | 16 579 | 16 740 | 16 393 | 180,4% |
| CH VALENCIENNES | 76 443 | 78 999 | 80 845 | 108 984 | 112 070 | 46,6% |
| CH DE DUNKERQUE | 43 487 | 42 522 | 55 948 | 59 268 | 58 483 | 34,5% |
| CH DE ROUBAIX | 61 279 | 73 325 | 74 095 | 73 597 | 75 006 | 22,4% |
| **CH D'HAZEBROUCK** | **9 944** | **10 066** | **10 386** | **11 153** | **12 146** | **22,1%** |
| CLINIQUE TEISSIER | 5 113 | 5 228 | 5 478 | 5 818 | 6 155 | 20,4% |
| GPT HÔPITAUX INSTITUT CATHOLIQUE LILLE | 20 212 | 20 727 | 21 576 | 23 383 | 24 295 | 20,2% |
| CHRU DE LILLE | 191 337 | 199 956 | 205 865 | 206 526 | 229 118 | 19,7% |
| HÔPITAL SAINT VINCENT - SAINT ANTOINE | 32 981 | 33 436 | 35 040 | 38 159 | 39 219 | 18,9% |
| CH DE CAMBRAI | 20 661 | 19 026 | 21 536 | 22 839 | 24 158 | 16,9% |
| CH DE TOURCOING | 29 321 | 29 620 | 30 444 | 31 967 | 32 648 | 11,3% |
| GROUPEMENT HOSPITALIER SECLIN CARVIN | 20 577 | 21 071 | 21 354 | 22 122 | 22 828 | 10,9% |
| CH DE DOUAI | 44 852 | 45 662 | 46 995 | 49 084 | 49 126 | 9,5% |
| CH DE DENAIN | 18 571 | 18 489 | 18 768 | 18 739 | 19 081 | 2,7% |
| CLCC OSCAR LAMBRET LILLE | 70 773 | 68 101 | 72 371 | 73 013 | 72 067 | 1,8% |
| CH ARMENTIERES | 21 475 | 21 120 | 21 225 | 22 286 | 21 701 | 1,1% |
| CH DE FOURMIES | 8 600 | 8 429 | 8 335 | 9 035 | 8 599 | 0,0% |
| CH SAMBRE-AVESNOIS | 27 330 | 26 966 | 27 853 | 27 824 | 26 300 | -3,8% |
| CH DE LE CATEAU | 6 408 | 6 196 | 6 077 | 6 355 | 6 063 | -5,4% |
| Autres (Etb < 3300 séj) | 31 741 | 32 400 | 14 804 | 15 227 | 14 867 | -53,2% |
| **Total général** | **746 952** | **777 324** | **795 574** | **842 119** | **870 323** | **16,5%** |

Source Base Nationale ATIH

## Positionnement dans la zone d'attractivité

La zone de recrutement du Centre Hospitalier d'Hazebrouck comprend 20 établissements de santé et 10 codes postaux.

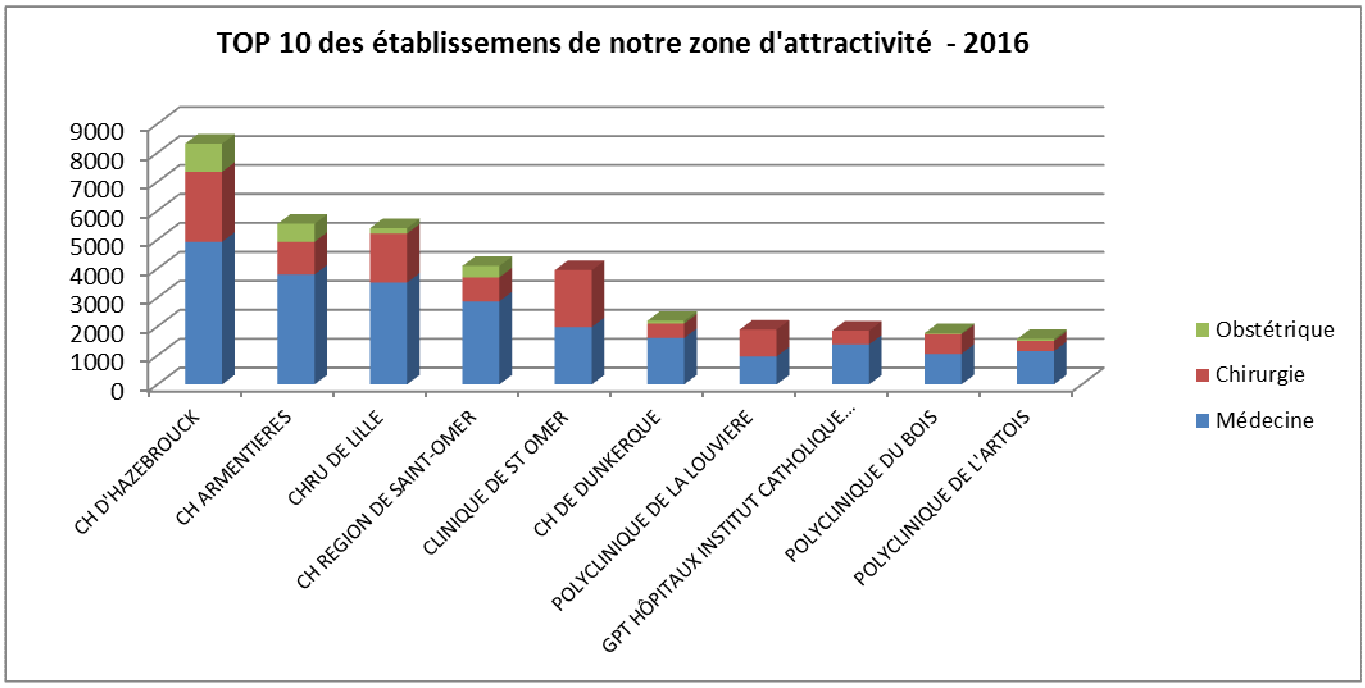


| | | Nb de séjours du bassin | Nb de séjours réalisés par CHH | Poids établissement | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 2016 | 2015 |
| **59190** | **HAZEBROUCK** | **9 422** | **3 589** | **38,10%** | **36,80%** |
| 59270 | BAILLEUL | 7 796 | 1 028 | 13,20% | 11,70% |
| 59660 | MERVILLE | 3 836 | 776 | 20,20% | 19,70% |
| 59114 | STEENVOORDE | 2 217 | 693 | 31,30% | 29,60% |
| 59670 | CASSEL | 2 692 | 670 | 24,90% | 26,10% |
| 62120 | AIRE SUR LA LYS | 8 476 | 401 | 4,70% | 4,00% |
| 59189 | STEENBECQUE | 1 076 | 363 | 33,70% | 30,20% |
| 59173 | RENESCURE | 1 763 | 318 | 18,00% | 14,90% |
| 59470 | WORMHOUT | 4 580 | 298 | 6,50% | 5,40% |
| 59940 | ESTAIRES | 2 831 | 181 | 6,40% | 6,60% |

ScanSanté ATIH

| | | | Séjours des habitants de la zone | | Part de marché | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Finess | Raison sociale | 2016 | 2015 | 2016 | 2015 |
| **1** | **590782652** | **CH D'HAZEBROUCK** | **8 317** | **7 683** | **18,60%** | **17,50%** |
| 2 | 590782637 | CH ARMENTIERES | **5 549** | **5 567** | **12,40%** | **12,70%** |
| 3 | 590780193 | CHRU DE LILLE | **5 390** | **5 022** | **12,10%** | **11,50%** |
| 4 | 620101360 | CH REGION DE SAINT-OMER | **4 093** | **3 857** | **9,20%** | **8,80%** |
| 5 | 620006049 | CLINIQUE DE ST OMER | **3 948** | **4 010** | **8,80%** | **9,20%** |
| 6 | 590781415 | CH DE DUNKERQUE | **2 198** | **2 150** | **4,90%** | **4,90%** |
| 7 | 590780383 | POLYCLINIQUE DE LA LOUVIERE | **1 894** | **1 926** | **4,20%** | **4,40%** |
| 8 | 590780284 | GPT HÔPITAUX INSTITUT CATHOLIQUE LILLE | **1 846** | **1 793** | **4,10%** | **4,10%** |
| 9 | 590780268 | POLYCLINIQUE DU BOIS | **1 774** | **1 878** | **4,00%** | **4,30%** |
| 10 | 620100735 | POLYCLINIQUE DE L'ARTOIS | **1 571** | **1 596** | **3,50%** | **3,60%** |
| 11 | 590797353 | HÔPITAL SAINT VINCENT - SAINT ANTOINE | **813** | **694** | **1,80%** | **1,60%** |
| 12 | 620100651 | CH BETHUNE-BEUVRY | **774** | **789** | **1,70%** | **1,80%** |
| 13 | 590813382 | SA NOUVELLE CLINIQUE VILLETTE | **750** | **712** | **1,70%** | **1,60%** |
| 14 | 590815056 | CLINIQUE DE FLANDRE | **706** | **674** | **1,60%** | **1,50%** |
| 15 | 590780250 | CLINIQUE LILLE-SUD | **687** | **740** | **1,50%** | **1,70%** |
| 16 | 590782645 | CH DE BAILLEUL | **580** | **605** | **1,30%** | **1,40%** |
| 17 | 620100750 | CLINIQUE AMBROISE PARE | **529** | **511** | **1,20%** | **1,20%** |
| 18 | 590000188 | CLCC OSCAR LAMBRET LILLE | **401** | **383** | **0,90%** | **0,90%** |
| 19 | 590780342 | CLINIQUE AMBROISE PARE | **282** | **351** | **0,60%** | **0,80%** |
| 20 | 620025346 | POLYCLINIQUE DE DIVION | **222** | **216** | **0,50%** | **0,50%** |
| *21* | 999999999 | Autres Finess | **2 365** | **2 639** | **5,30%** | **6,00%** |

ScanSanté ATIH




## Parts de marché du Centre Hospitalier d'Hazebrouck

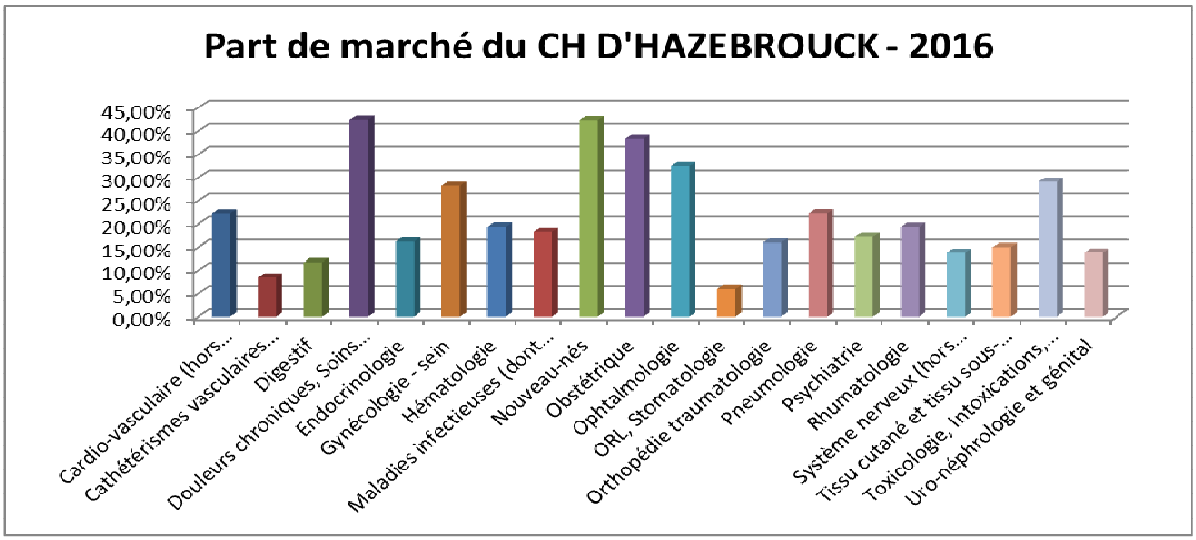
La part de marché du Centre Hospitalier d'Hazebrouck dans sa zone d'attractivité représente 19.64 % toutes activités MCO hors séances, 18.86 % en médecine (hors séances) et 16.51 % (avec séances), 17.66 % en chirurgie et 38.83 % en obstétrique. Le Centre Hospitalier d'Hazebrouck est majoritaire sur toutes les disciplines MCO.

| | 2014 | | 2015 | | 2016 | | Ev 14-16 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MCO Hors séances | nb | % | nb | % | nb | % | |
| CH D'HAZEBROUCK | 7286 | 17,88% | 7683 | 18,65% | 8317 | 19,64% | 14,15% |
| CH ARMENTIERES | 5407 | 13,27% | 5567 | 13,52% | 5553 | 13,11% | 2,70% |
| CHRU DE LILLE | 4701 | 11,53% | 5032 | 12,22% | 5397 | 12,74% | 14,81% |
| CLINIQUE DE ST OMER | 4144 | 10,17% | 4010 | 9,74% | 3948 | 9,32% | -4,73% |
| CH REGION DE SAINT-OMER | 3922 | 9,62% | 3857 | 9,36% | 4093 | 9,66% | 4,36% |
| CH DE DUNKERQUE | 1954 | 4,79% | 2150 | 5,22% | 2198 | 5,19% | 12,49% |
| POLYCLINIQUE DE LA LOUVIERE | 1875 | 4,60% | 1928 | 4,68% | 1894 | 4,47% | 1,01% |
| POLYCLINIQUE DU BOIS | 1868 | 4,58% | 1878 | 4,56% | 1774 | 4,19% | -5,03% |
| GPT HÔPITAUX INSTITUT CATHOLIQUE LILLE | 1596 | 3,92% | 1810 | 4,39% | 1858 | 4,39% | 16,42% |
| POLYCLINIQUE DE L'ARTOIS | 1629 | 4,00% | 1596 | 3,88% | 1578 | 3,73% | -3,13% |
| CLINIQUE AMBROISE PARE | 1336 | 3,28% | 862 | 2,09% | 811 | 1,91% | -39,30% |
| CH BETHUNE-BEUVRY | 819 | 2,01% | 789 | 1,92% | 774 | 1,83% | -5,49% |
| SA NOUVELLE CLINIQUE VILLETTE | 766 | 1,88% | 712 | 1,73% | 750 | 1,77% | -2,09% |
| HÔPITAL SAINT VINCENT - SAINT ANTOINE | 707 | 1,73% | 694 | 1,69% | 814 | 1,92% | 15,13% |
| CLINIQUE DE FLANDRE | 734 | 1,80% | 674 | 1,64% | 706 | 1,67% | -3,81% |
| CLINIQUE LILLE-SUD | 668 | 1,64% | 740 | 1,80% | 687 | 1,62% | 2,84% |
| CH DE BAILLEUL | 621 | 1,52% | 605 | 1,47% | 580 | 1,37% | -6,60% |
| CLCC OSCAR LAMBRET LILLE | 478 | 1,17% | 383 | 0,93% | 401 | 0,95% | -16,11% |
| POLYCLINIQUE DE DIVION | 249 | 0,61% | 216 | 0,52% | 222 | 0,52% | -10,84% |
| Total général | 40760 | 100,00% | 41186 | 100,00% | 42355 | 100,00% | 3,91% |

Base Nationale ATIH

Depuis 2014, le Centre Hospitalier d'Hazebrouck a gagné 14.15 % des parts de marché en MCO : + 10.45 % en médecine (avec séances) et + 8% (hors séances); + 41.20 % en chirurgie ; -3.85 % en obstétrique (phénomène territorial puisque -8.6 % du nombre total des séjours en obstétrique).

Le Centre Hospitalier d'Hazebrouck enregistre les plus grosses parts de marché sur la prise en charge de la douleur et soins palliatifs (42.45%), les nouveau-nés (42.35%), l'obstétrique (38.33%), l'ophtalmologie (32.98%), la toxicologie (29.02%), la pneumologie (22.28%), le cardiovasculaire (22.22%).




### 1. Activité de médecine :

Le Centre Hospitalier d'Hazebrouck est en pole position avec une part de marché d'environ 19 %. Il est en concurrence avec le Centre Hospitalier d'Armentières et le CHRU. Le taux de fuite pour les activités de médecine est de 5.2 % en 2015 et 4 en 2016.

| | 2014 | | 2015 | | 2016 | | Ev 14-16 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Médecine sans séances | nb | % | nb | % | nb | % | |
| CH D'HAZEBROUCK | 4561 | 18,71% | 4579 | 18,14% | 4926 | 18,86% | 8,00% |
| CH ARMENTIERES | 3547 | 14,55% | 3807 | 15,08% | 3797 | 14,54% | 7,05% |
| CHRU DE LILLE | 3072 | 12,60% | 3258 | 12,91% | 3516 | 13,46% | 14,45% |
| CH REGION DE SAINT-OMER | 2718 | 11,15% | 2757 | 10,92% | 2870 | 10,99% | 5,59% |
| CLINIQUE DE ST OMER | 1792 | 7,35% | 1902 | 7,53% | 1980 | 7,58% | 10,49% |
| CH DE DUNKERQUE | 1353 | 5,55% | 1511 | 5,99% | 1604 | 6,14% | 18,55% |
| GPT HÔPITAUX INSTITUT CATHOLIQUE LILLE | 1120 | 4,60% | 1346 | 5,33% | 1380 | 5,28% | 23,21% |
| POLYCLINIQUE DE L'ARTOIS | 1135 | 4,66% | 1181 | 4,68% | 1151 | 4,41% | 1,41% |
| POLYCLINIQUE DU BOIS | 1147 | 4,71% | 1158 | 4,59% | 1057 | 4,05% | -7,85% |
| POLYCLINIQUE DE LA LOUVIERE | 922 | 3,78% | 983 | 3,89% | 970 | 3,71% | 5,21% |
| CH BETHUNE-BEUVRY | 670 | 2,75% | 657 | 2,60% | 629 | 2,41% | -6,12% |
| CH DE BAILLEUL | 578 | 2,37% | 567 | 2,25% | 545 | 2,09% | -5,71% |
| HÔPITAL SAINT VINCENT - SAINT ANTOINE | 524 | 2,15% | 470 | 1,86% | 570 | 2,18% | 8,78% |
| CLINIQUE DE FLANDRE | 432 | 1,77% | 396 | 1,57% | 445 | 1,70% | 3,01% |
| CLCC OSCAR LAMBRET LILLE | 313 | 1,28% | 204 | 0,81% | 211 | 0,81% | -32,59% |
| SA NOUVELLE CLINIQUE VILLETTE | 155 | 0,64% | 152 | 0,60% | 158 | 0,61% | 1,94% |
| POLYCLINIQUE DE DIVION | 137 | 0,56% | 133 | 0,53% | 132 | 0,51% | -3,65% |
| CLINIQUE AMBROISE PARE | 134 | 0,55% | 97 | 0,38% | 105 | 0,40% | -21,64% |
| CLINIQUE LILLE-SUD | 63 | 0,26% | 86 | 0,34% | 69 | 0,26% | 9,52% |
| Total général | 24373 | 100,00% | 25244 | 100,00% | 26115 | 100,00% | 7,15% |

Base Nationale ATIH

| Douleurs chroniques, Soins palliatifs | |
|---|---|
| **CH D'HAZEBROUCK** | **42,45%** |
| CHRU DE LILLE | 15,72% |
| CH DE SAINT OMER | 11,64% |
| CH DE BAILLEUL | 10,69% |
| CH BETHUNE-BEUVRY | 5,97% |
| CLCC OSCAR LAMBRET LILLE | 3,77% |
| HÔPITAL SAINT VINCENT - SAINT ANTOINE | 1,89% |
| CH ARMENTIERES | 1,57% |
| POLYCLINIQUE DU BOIS | 1,57% |
| CH DE DUNKERQUE | 1,26% |
| CLINIQUE DE FLANDRE | 1,26% |

Douleurs chroniques, soins palliatifs :

En 2016, le Centre Hospitalier d'Hazebrouck remporte les meilleures parts de marché en ce qui concerne la prise en charge de la douleur et soins palliatifs 42.45 %, suivi par le CHRU 15.72 %, Centre Hospitalier de Saint Omer puis le Centre Hospitalier de Bailleul à 10.69 %. Le développement de cette activité est prévu dans les projets 2018-2019 (organisation d'une vacation du Docteur BAHEU sur le CHRU, demande de reconnaissance ARS, intégration de la prise en charge des patients en HPDD).

| Endoscopies digestives et biliaires | |
|---|---|
| CLINIQUE DE ST OMER | 36,61% |
| POLYCLINIQUE DE L'ARTOIS | 18,68% |
| POLYCLINIQUE DE LA LOUVIERE | 12,93% |
| POLYCLINIQUE DU BOIS | 12,57% |
| CLINIQUE DE FLANDRE | 8,34% |
| CH ARMENTIERES | 2,33% |
| CHRU DE LILLE | 1,62% |
| **CH D'HAZEBROUCK** | **1,54%** |
| CLINIQUE AMBROISE PARE | 1,33% |
| CH REGION DE SAINT-OMER | 1,30% |
| CH DE DUNKERQUE | 0,68% |
| GPT HÔPITAUX INSTITUT CATHOLIQUE LILLE | 0,68% |
| CH BETHUNE-BEUVRY | 0,49% |
| POLYCLINIQUE DE DIVION | 0,49% |
| HÔPITAL SAINT VINCENT - SAINT ANTOINE | 0,36% |
| CLCC OSCAR LAMBRET LILLE | 0,04% |
| **Total général** | **100,00%** |

**Endoscopies digestives et biliaires :**

Concernant les endoscopies digestives, le Centre Hospitalier d'Hazebrouck ne remporte que 1.5 % des parts de marché, largement devancé par la Clinique de Saint Omer (36.61 %) et la polyclinique de l'Artois (19 %).

Concernant les polysomnographies, le Centre Hospitalier d'Hazebrouck remporte la majorité des parts de marché 53.18 % suivi de loin par le Centre Hospitalier de Saint Omer.

| Toxicologie, Intoxications, Alcool | |
|---|---|
| CH SAINT OMER | 34,88% |
| **CH D'HAZEBROUCK** | **29,02%** |
| CH ARMENTIERES | 19,94% |
| CHRU DE LILLE | 6,29% |
| CH DE DUNKERQUE | 4,72% |
| CH BETHUNE-BEUVRY | 2,14% |

**Toxicologie, intoxications, alcool :**

Enfin en ce qui concerne les prises en charge pour toxicologie, intoxications, alcool, le Centre Hospitalier d'Hazebrouck arrive en seconde position avec une part de marché de 29.02 % en 2016, devancé par le Centre Hospitalier de Saint Omer avec 34.88 %.

## 2. Activité de chirurgie :

Le Centre Hospitalier d'Hazebrouck est en pole position depuis 2016, passant de 15.66 % à 17.66 % des parts de marché. Il est en concurrence avec la Clinique de Saint Omer et le CHRU. Le taux de fuite en chirurgie est de 5.8 % en 2015 et 5.9 % en 2016.

| | 2014 | | 2015 | | 2016 | | Ev 14-16 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | nb | % | nb | % | nb | % | |
| **CH D'HAZEBROUCK** | **1711** | **12,57%** | **2093** | **15,66%** | **2416** | **17,66%** | **41,20%** |
| CLINIQUE DE ST OMER | 2351 | 17,27% | 2108 | 15,77% | 1967 | 14,38% | -16,33% |
| CHRU DE LILLE | 1488 | 10,93% | 1603 | 11,99% | 1695 | 12,39% | 13,91% |
| CH ARMENTIERES | 1112 | 8,17% | 1133 | 8,48% | 1130 | 8,26% | 1,62% |
| POLYCLINIQUE DE LA LOUVIERE | 953 | 7,00% | 943 | 7,05% | 924 | 6,75% | -3,04% |
| CH REGION DE SAINT-OMER | 790 | 5,80% | 756 | 5,66% | 828 | 6,05% | 4,81% |
| CLINIQUE AMBROISE PARE | 1202 | 8,83% | 765 | 5,72% | 706 | 5,16% | -41,26% |
| POLYCLINIQUE DU BOIS | 679 | 4,99% | 665 | 4,97% | 680 | 4,97% | 0,15% |
| CLINIQUE LILLE-SUD | 605 | 4,44% | 654 | 4,89% | 618 | 4,52% | 2,15% |
| SA NOUVELLE CLINIQUE VILLETTE | 504 | 3,70% | 470 | 3,52% | 503 | 3,68% | -0,20% |
| CH DE DUNKERQUE | 475 | 3,49% | 516 | 3,86% | 499 | 3,65% | 5,05% |
| GPT HÔPITAUX INSTITUT CATHOLIQUE LILLE | 475 | 3,49% | 464 | 3,47% | 478 | 3,49% | 0,63% |
| POLYCLINIQUE DE L'ARTOIS | 416 | 3,06% | 341 | 2,55% | 352 | 2,57% | -15,38% |
| CLINIQUE DE FLANDRE | 302 | 2,22% | 278 | 2,08% | 261 | 1,91% | -13,58% |
| HÔPITAL SAINT VINCENT - SAINT ANTOINE | 164 | 1,20% | 208 | 1,56% | 223 | 1,63% | 35,98% |
| CLCC OSCAR LAMBRET LILLE | 165 | 1,21% | 179 | 1,34% | 190 | 1,39% | 15,15% |
| CH BETHUNE-BEUVRY | 107 | 0,79% | 90 | 0,67% | 100 | 0,73% | -6,54% |
| POLYCLINIQUE DE DIVION | 69 | 0,51% | 64 | 0,48% | 78 | 0,57% | 13,04% |
| CH DE BAILLEUL | 43 | 0,32% | 38 | 0,28% | 35 | 0,26% | -18,60% |
| **Total général** | **13611** | **100,00%** | **13368** | **100,00%** | **13683** | **100,00%** | **0,53%** |

Le Centre Hospitalier d'Hazebrouck enregistre ses plus grosses parts de marché en ophtalmologie (34%), gynécologie (27%), digestif (20%), vasculaires (19%), orthopédie (15%).

En fonction des domaines d'activité, son positionnement fluctue. Il est en pole position pour l'ophtalmologie, le digestif, la gynécologie et le cardiovasculaire.

| 2016 | Ophtalmologie |
|---|---|
| **CH D'HAZEBROUCK** | **33,86%** |
| CLINIQUE AMBROISE PARE | 16,85% |
| CLINIQUE DE ST OMER | 15,22% |
| POLYCLINIQUE DE LA LOUVIERE | 11,97% |
| CHRU DE LILLE | 8,78% |

| 2016 | Digestif |
|---|---|
| **CH D'HAZEBROUCK** | **20,50%** |
| CLINIQUE DE ST OMER | 17,04% |
| CH ARMENTIERES | 11,34% |
| CH REGION DE SAINT-OMER | 10,73% |
| CHRU DE LILLE | 8,04% |

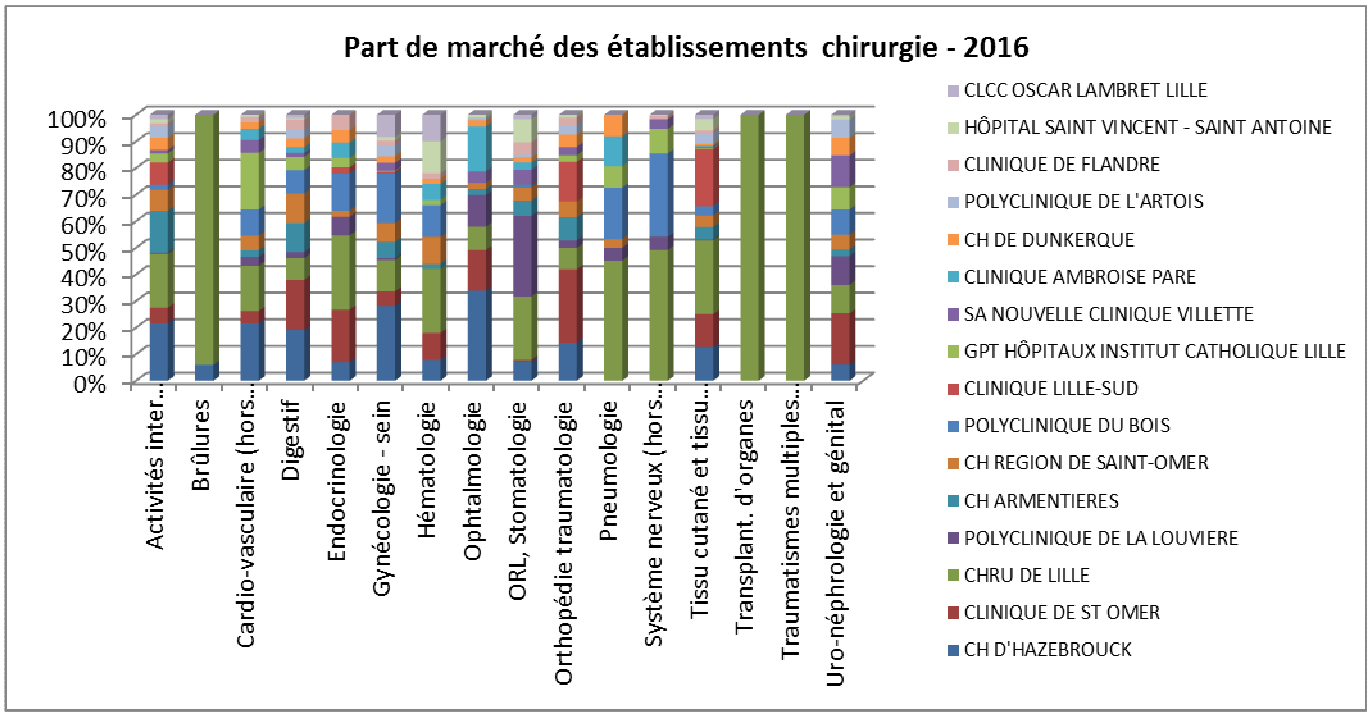
| 2016 | Gynécologie - sein |
|---|---|
| **CH D'HAZEBROUCK** | **27,38%** |
| POLYCLINIQUE DU BOIS | 18,08% |
| CHRU DE LILLE | 11,49% |
| CLCC OSCAR LAMBRET LILLE | 8,05% |
| CH REGION DE SAINT-OMER | 6,79% |

| 2016 | Cardio-vasculaire |
|---|---|
| **CH D'HAZEBROUCK** | **19,10%** |
| GPT HÔPITAUX INSTITUT CATHOLIQUE LILLE | 17,06% |
| CHRU DE LILLE | 14,81% |
| POLYCLINIQUE DU BOIS | 10,62% |
| CLCC OSCAR LAMBRET LILLE | 5,26% |

Il est en troisième position pour l'orthopédie, devancé par deux cliniques (Saint Omer et Lille Sud).

En endocrinologie, le Centre Hospitalier d'Hazebrouck est cinquième avec 6.74 % des parts de marché, devancé par le CHRU.

En ce concerne l'activité ORL – Stomato, le Centre Hospitalier d'Hazebrouck est en 4ème position, devancé par la Polyclinique de la Louvière.



**Activité CAS « C » (cas chirurgicaux) :**

| ORL-C | Part de marché |
|---|---|
| POLYCLINIQUE DE LA LOUVIERE | 30,34% |
| CHRU DE LILLE | 23,80% |
| HÔPITAL SAINT VINCENT - SAINT ANTOINE | 8,75% |
| **CH D'HAZEBROUCK** | **7,23%** |
| CH ARMENTIERES | 5,83% |
| SA NOUVELLE CLINIQUE VILLETTE | 5,02% |
| CH REGION DE SAINT-OMER | 4,78% |
| CLINIQUE DE FLANDRE | 4,78% |
| CLINIQUE AMBROISE PARE | 2,68% |
| CH DE DUNKERQUE | 1,98% |
| CLCC OSCAR LAMBRET LILLE | 1,63% |
| POLYCLINIQUE DU BOIS | 1,28% |
| POLYCLINIQUE DE L'ARTOIS | 0,82% |
| CLINIQUE DE ST OMER | 0,58% |
| CLINIQUE LILLE-SUD | 0,47% |
| **Total général** | **100,00%** |

| Digestif - C | Part de marché |
|---|---|
| **CH D'HAZEBROUCK** | **18,84%** |
| CLINIQUE DE ST OMER | 18,48% |
| CH REGION DE SAINT-OMER | 11,00% |
| CH ARMENTIERES | 10,70% |
| POLYCLINIQUE DU BOIS | 8,63% |
| CHRU DE LILLE | 8,02% |
| GPT HÔPITAUX INSTITUT CATHOLIQUE LILLE | 4,86% |
| CLINIQUE DE FLANDRE | 3,59% |
| POLYCLINIQUE DE L'ARTOIS | 3,34% |
| CH DE DUNKERQUE | 3,28% |
| POLYCLINIQUE DE LA LOUVIERE | 2,25% |
| CLINIQUE AMBROISE PARE | 2,13% |
| SA NOUVELLE CLINIQUE VILLETTE | 1,46% |
| CLCC OSCAR LAMBRET LILLE | 1,22% |
| CH BETHUNE-BEUVRY | 0,91% |
| POLYCLINIQUE DE DIVION | 0,73% |
| HÔPITAL SAINT VINCENT - SAINT ANTOINE | 0,55% |
| **Total général** | **100,00%** |

| Endocrinologie - C | Part de marché |
|---|---|
| CHRU DE LILLE | 26,97% |
| CLINIQUE DE ST OMER | 19,10% |
| POLYCLINIQUE DU BOIS | 13,48% |
| POLYCLINIQUE DE LA LOUVIERE | 6,74% |
| **CH D'HAZEBROUCK** | **6,74%** |
| CLINIQUE DE FLANDRE | 5,62% |
| CLINIQUE AMBROISE PARE | 5,62% |
| CH DE DUNKERQUE | 4,49% |
| CH BETHUNE-BEUVRY | 3,37% |
| GPT HÔPITAUX INSTITUT CATHOLIQUE LILLE | 3,37% |
| CH REGION DE SAINT-OMER | 2,25% |
| CLINIQUE LILLE-SUD | 2,25% |
| **Total général** | **100,00%** |

| Ophtalmo - C | Part de marché |
|---|---|
| **CH D'HAZEBROUCK** | **33,86%** |
| CLINIQUE AMBROISE PARE | 16,85% |
| CLINIQUE DE ST OMER | 15,22% |
| POLYCLINIQUE DE LA LOUVIERE | 11,97% |
| CHRU DE LILLE | 8,78% |
| SA NOUVELLE CLINIQUE VILLETTE | 4,28% |
| CH DE DUNKERQUE | 2,38% |
| CH REGION DE SAINT-OMER | 2,33% |
| CH ARMENTIERES | 2,22% |
| HÔPITAL SAINT VINCENT - SAINT ANTOINE | 1,08% |
| POLYCLINIQUE DE L'ARTOIS | 0,92% |
| POLYCLINIQUE DE DIVION | 0,05% |
| POLYCLINIQUE DU BOIS | 0,05% |
| **Total général** | **100,00%** |

| SEIN - C | Part de marché |
|---|---|
| **CH D'HAZEBROUCK** | **27,38%** |
| POLYCLINIQUE DU BOIS | 18,08% |
| CHRU DE LILLE | 11,49% |
| CLCC OSCAR LAMBRET LILLE | 8,05% |
| CH REGION DE SAINT-OMER | 6,79% |
| CH ARMENTIERES | 5,96% |
| CLINIQUE DE ST OMER | 5,22% |
| POLYCLINIQUE DE L'ARTOIS | 3,97% |
| SA NOUVELLE CLINIQUE VILLETTE | 2,82% |
| CH DE DUNKERQUE | 2,40% |
| CLINIQUE DE FLANDRE | 1,78% |
| POLYCLINIQUE DE DIVION | 1,57% |
| CH BETHUNE-BEUVRY | 1,36% |
| HÔPITAL SAINT VINCENT - SAINT ANTOINE | 1,36% |
| CLINIQUE LILLE-SUD | 0,73% |
| POLYCLINIQUE DE LA LOUVIERE | 0,63% |
| GPT HÔPITAUX INSTITUT CATHOLIQUE LILLE | 0,42% |
| **Total général** | **100,00%** |

| Uro-néphro - C | Part de marché |
|---|---|
| CLINIQUE DE ST OMER | 19,19% |
| SA NOUVELLE CLINIQUE VILLETTE | 11,95% |
| POLYCLINIQUE DE LA LOUVIERE | 10,75% |
| CHRU DE LILLE | 10,64% |
| POLYCLINIQUE DU BOIS | 9,43% |
| GPT HÔPITAUX INSTITUT CATHOLIQUE LILLE | 8,22% |
| POLYCLINIQUE DE L'ARTOIS | 6,69% |
| CH DE DUNKERQUE | 6,69% |
| **CH D'HAZEBROUCK** | **6,03%** |
| CH REGION DE SAINT-OMER | 5,48% |
| CH ARMENTIERES | 2,52% |
| HÔPITAL SAINT VINCENT - SAINT ANTOINE | 1,21% |
| CLCC OSCAR LAMBRET LILLE | 0,55% |
| POLYCLINIQUE DE DIVION | 0,33% |
| CH BETHUNE-BEUVRY | 0,22% |
| CLINIQUE DE FLANDRE | 0,11% |
| **Total général** | **100,00%** |

| ORTHO - C | Part de marché |
|---|---|
| CLINIQUE DE ST OMER | 27,05% |
| CLINIQUE LILLE-SUD | 14,67% |
| **CH D'HAZEBROUCK** | **14,02%** |
| CH ARMENTIERES | 8,59% |
| CHRU DE LILLE | 7,90% |
| CH REGION DE SAINT-OMER | 5,73% |
| CH DE DUNKERQUE | 4,50% |
| POLYCLINIQUE DE L'ARTOIS | 3,31% |
| SA NOUVELLE CLINIQUE VILLETTE | 3,04% |
| CLINIQUE DE FLANDRE | 3,01% |
| POLYCLINIQUE DE LA LOUVIERE | 2,80% |
| GPT HÔPITAUX INSTITUT CATHOLIQUE LILLE | 2,42% |
| POLYCLINIQUE DE DIVION | 0,98% |
| HÔPITAL SAINT VINCENT - SAINT ANTOINE | 0,92% |
| CH BETHUNE-BEUVRY | 0,89% |
| CLCC OSCAR LAMBRET LILLE | 0,12% |
| CLINIQUE AMBROISE PARE | 0,03% |
| **Total général** | **100,00%** |

| Détail - ORL -C | Amygdalectomies, VG, drains transT | Autres chirurgies ORL | Chirurgie de l'oreille | Chirurgies ORL majeures | Total général |
|---|---|---|---|---|---|
| POLYCLINIQUE DE LA LOUVIERE | 34,50% | 12,00% | 17,31% | 6,82% | 30,34% |
| CHRU DE LILLE | 19,30% | 44,00% | 35,58% | 54,55% | 23,80% |
| HÔPITAL SAINT VINCENT - SAINT ANTOINE | 9,06% | 8,00% | 10,58% | 0,00% | 8,75% |
| **CH D'HAZEBROUCK** | **6,58%** | **0,00%** | **16,35%** | **0,00%** | **7,23%** |
| CH ARMENTIERES | 6,73% | 8,00% | 1,92% | 0,00% | 5,83% |
| SA NOUVELLE CLINIQUE VILLETTE | 6,14% | 0,00% | 0,96% | 0,00% | 5,02% |
| CH REGION DE SAINT-OMER | 5,56% | 0,00% | 2,88% | 0,00% | 4,78% |
| CLINIQUE DE FLANDRE | 5,41% | 0,00% | 3,85% | 0,00% | 4,78% |
| CLINIQUE AMBROISE PARE | 2,19% | 8,00% | 0,96% | 11,36% | 2,68% |
| CH DE DUNKERQUE | 1,61% | 8,00% | 3,85% | 0,00% | 1,98% |
| CLCC OSCAR LAMBRET LILLE | 0,29% | 4,00% | 0,00% | 25,00% | 1,63% |
| POLYCLINIQUE DU BOIS | 1,46% | 0,00% | 0,96% | 0,00% | 1,28% |
| POLYCLINIQUE DE L'ARTOIS | 1,02% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,82% |
| CLINIQUE DE ST OMER | 0,15% | 8,00% | 0,96% | 2,27% | 0,58% |
| CLINIQUE LILLE-SUD | 0,00% | 0,00% | 3,85% | 0,00% | 0,47% |
| **Total général** | **100,00%** | **100,00%** | **100,00%** | **100,00%** | **100,00 %** |

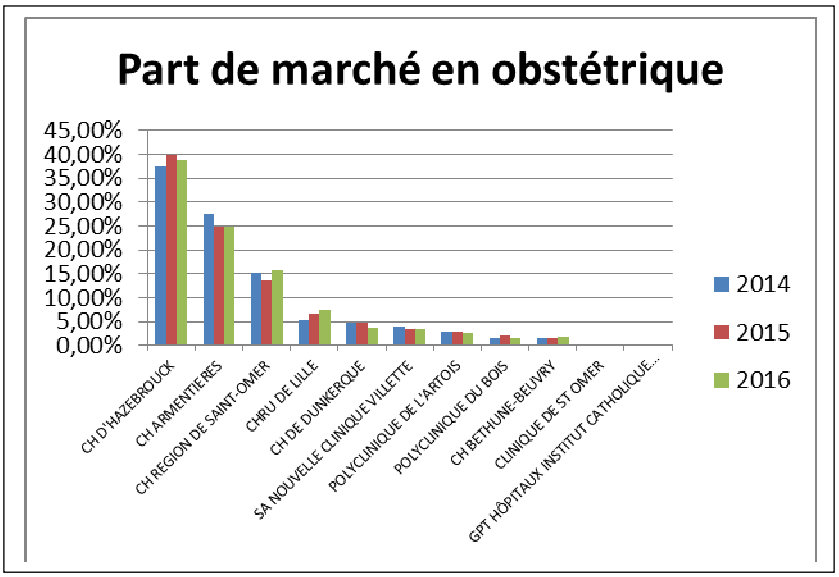
| GYNECO-C | Part de marché |
|---|---|
| **CH D'HAZEBROUCK** | **29,31%** |
| POLYCLINIQUE DU BOIS | 15,75% |
| CHRU DE LILLE | 11,26% |
| CLCC OSCAR LAMBRET LILLE | 7,59% |
| CH REGION DE SAINT-OMER | 7,24% |
| CH ARMENTIERES | 6,32% |
| CLINIQUE DE ST OMER | 5,52% |
| POLYCLINIQUE DE L'ARTOIS | 4,25% |
| SA NOUVELLE CLINIQUE VILLETTE | 2,87% |
| CH DE DUNKERQUE | 2,64% |
| POLYCLINIQUE DE DIVION | 1,72% |
| CH BETHUNE-BEUVRY | 1,49% |
| CLINIQUE DE FLANDRE | 1,49% |
| HÔPITAL SAINT VINCENT - SAINT ANTOINE | 1,26% |
| POLYCLINIQUE DE LA LOUVIERE | 0,46% |
| GPT HÔPITAUX INSTITUT CATHOLIQUE LILLE | 0,46% |
| CLINIQUE LILLE-SUD | 0,34% |
| **Total général** | **100,00%** |

| Détail - URO NEPHRO - C | Chirurgie des tumeurs appareil génital masculin | Chirurgies appareil génital masculin | Chirurgies reins, uretères, vessie, glandes surrénales | Chirurgies transurétrales, autres | Total général |
|---|---|---|---|---|---|
| CLINIQUE DE ST OMER | 66,67% | 23,10% | 10,84% | 17,84% | 19,19% |
| SA NOUVELLE CLINIQUE VILLETTE | 0,00% | 10,76% | 9,64% | 13,14% | 11,95% |
| POLYCLINIQUE DE LA LOUVIERE | 0,00% | 11,08% | 16,87% | 9,61% | 10,75% |
| CHRU DE LILLE | 0,00% | 11,08% | 30,12% | 7,25% | 10,64% |
| POLYCLINIQUE DU BOIS | 0,00% | 10,13% | 3,61% | 10,00% | 9,43% |
| GPT HÔPITAUX INSTITUT CATHOLIQUE LILLE | 0,00% | 4,43% | 7,23% | 10,78% | 8,22% |
| POLYCLINIQUE DE L'ARTOIS | 0,00% | 5,06% | 7,23% | 7,65% | 6,69% |
| CH DE DUNKERQUE | 0,00% | 6,01% | 7,23% | 7,06% | 6,69% |
| **CH D'HAZEBROUCK** | **0,00%** | **5,70%** | **1,20%** | **7,06%** | **6,03%** |
| CH REGION DE SAINT-OMER | 0,00% | 6,33% | 3,61% | 5,29% | 5,48% |
| CH ARMENTIERES | 0,00% | 3,16% | 0,00% | 2,55% | 2,52% |
| HÔPITAL SAINT VINCENT - SAINT ANTOINE | 0,00% | 3,16% | 0,00% | 0,20% | 1,21% |
| CLCC OSCAR LAMBRET LILLE | 33,33% | 0,00% | 0,00% | 0,78% | 0,55% |
| POLYCLINIQUE DE DIVION | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,59% | 0,33% |
| CH BETHUNE-BEUVRY | 0,00% | 0,00% | 1,20% | 0,20% | 0,22% |
| CLINIQUE DE FLANDRE | 0,00% | 0,00% | 1,20% | 0,00% | 0,11% |
| **Total général** | **100,00%** | **100,00%** | **100,00%** | **100,00%** | **100,00%** |

### 3. Obstétrique :

En obstétrique la part de marché du Centre Hospitalier d'Hazebrouck est passée de 37.36 % en 2014, 39.85 % en 2015 puis 38.65 % en 2016. Le Centre Hospitalier d'Hazebrouck reste en pole position. Le taux de fuite en obstétrique est estimé à 0.6 % en 2015 et 0.5 % en 2016. La Maternité du Centre Hospitalier d'Hazebrouck est de niveau 1, le taux de fuite peut tout à fait correspondre à des accouchements nécessitant une structure de niveau supérieur.

| | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|---|---|---|
| CH D'HAZEBROUCK | 37,36% | 39,85% | 38,83% |
| CH ARMENTIERES | 27,56% | 24,71% | 24,77% |
| CH REGION DE SAINT-OMER | 15,25% | 13,56% | 15,73% |
| CHRU DE LILLE | 5,20% | 6,74% | 7,37% |
| CH DE DUNKERQUE | 4,64% | 4,85% | 3,78% |
| SA NOUVELLE CLINIQUE VILLETTE | 3,94% | 3,55% | 3,54% |
| POLYCLINIQUE DE L'ARTOIS | 2,87% | 2,92% | 2,71% |
| POLYCLINIQUE DU BOIS | 1,55% | 2,17% | 1,47% |
| CH BETHUNE-BEUVRY | 1,55% | 1,66% | 1,79% |
| CLINIQUE DE ST OMER | 0,04% | 0,00% | 0,00% |
| GPT HÔPITAUX INSTITUT CATHOLIQUE LILLE | 0,04% | 0,00% | 0,00% |
| **Total général** | **100,00%** | **100,00%** | **100,00%** |



## Synthèse

Le Centre Hospitalier d'Hazebrouck possède un fort potentiel d'attractivité dans tous les secteurs d'activité comme en témoigne sa progression continue de son activité ces dernières années.

C'est un hôpital spécialisé, idéalement situé sur son territoire et répondant parfaitement aux besoins de la population dans plusieurs domaines d'activité.

Le développement de certaines activités ces dernières années (ophtalmo, vasculaire, digestif) et des coopérations avec nos partenaires a permis une progression de son implantation au sein de sa zone d'attractivité. Les parts de marché restent encore à prendre notamment en ORL, orthopédie, urologie, chirurgie de la thyroïde et les endoscopies digestives. Le Centre Hospitalier d'Hazebrouck prévoit également de conforter certaines activités déjà mises en place comme la polysomnographie, les soins palliatifs et la cancérologie.

Pour parfaire à son développement, le Centre Hospitalier d'Hazebrouck projette la construction d'un nouveau Service d'Accueil des Urgences ; en fonction de l'évolution de l'activité, la création d'un hôpital de semaine permettant notamment de développer la prise en charge de la douleur et la réalisation de bilans cardiologiques et neurologiques sera également étudiée ; de développer la prise en charge de l'obésité en lien avec le GHICL (déjà engagée en 2017) et de développer la télémédecine en HAD.

En ce qui concerne la prise en charge chirurgicale de l'obésité, le Centre Hospitalier d'Hazebrouck prévoit la prise en charge de 30 à 50 patients en 2018. Une étude a démontré que notre zone d'attractivité a le potentiel pour réaliser cette activité (étude réalisée sur la SLEEVE qui sera réalisée au Centre Hospitalier d'Hazebrouck). Actuellement le marché est remporté par la Clinique de Saint Omer et la Clinique Ambroise Paré.

| | 2014 | | 2015 | | 2016 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | % | Nb | % | Nb | % | Nb |
| CLINIQUE DE ST OMER | 27% | 19 | 28% | 19 | 27% | 27 |
| CLINIQUE AMBROISE PARE | 24% | 17 | 16% | 11 | 19% | 19 |
| CHRU DE LILLE | 17% | 12 | 17% | 12 | 13% | 13 |
| CLINIQUE DE FLANDRE | 11% | 8 | 19% | 13 | 12% | 12 |
| GPT HÔPITAUX INSTITUT CATHOLIQUE LILLE | 3% | 2 | 6% | 4 | 9% | 9 |
| POLYCLINIQUE DE LA LOUVIERE | 11% | 8 | 3% | 2 | 8% | 8 |
| POLYCLINIQUE DU BOIS | 3% | 2 | 7% | 5 | 7% | 7 |
| CH DE DUNKERQUE | 3% | 2 | 3% | 2 | 3% | 3 |
| CH REGION DE SAINT-OMER | 0% | | 0% | | 1% | 1 |
| CH BETHUNE-BEUVRY | 0% | | 1% | 1 | 0% | |
| **Total général** | **100%** | **70** | **100%** | **69** | **100%** | **99** |

# LE PROJET MEDICAL

Le projet médical constitue la charpente du projet d'établissement. Il fixe les objectifs à 5 ans et donne le cap. Il s'inscrit dans la continuité du précédent projet, en ce qu'il confirme la volonté de la Commission Médicale d'Etablissement à maintenir et conforter l'activité MCO de l'Etablissement et sa place sur le territoire Flandre Intérieure. Il tient compte de son environnement et de ses partenariats existants avec les structures du territoire, tout en s'inscrivant et répondant aux objectifs arrêtés par le PMSP du GHT LMFI.

## RAPPEL DU BILAN POSITIF DES PROJETS ANTERIEURS

### Pôle Chirurgico-Obstétrical

**L'unité de Chirurgie** a été durant les projets d'établissement précédents, confortée par les conventions de partenariat « Orthoflandre » et « Viscéroflandre », permettant de bénéficier d'opérateurs chirurgicaux issus du Centre Hospitalier d'Armentières et du GHICL.

Grâce aux compétences présentes sur le Centre Hospitalier, nous avons pu diversifier les actes réalisés, développer la pratique de la chirurgie ambulatoire et une organisation en filière pour la chirurgie de l'obésité (filière Obéflandre), répondant à un réel besoin sur le territoire.

Ce partenariat est bien identifié par les médecins adresseurs et doit être durable. Il répond d'ailleurs au préalable de la convention constitutive du GHT sur le maintien des coopérations existantes.

**La Maternité** quant à elle, à travers sa reconnaissance qualité en 2016 par l'obtention du label Initiative Hôpital Ami des Bébés (IHAB) poursuit le développement de son activité malgré un contexte démographique peu favorable ainsi que ses projets de « prise en charge physiologique » de la parturiente (salle nature ouverte en 2017). Le service est bien implanté sur le territoire et les taux de fuite concernant ce secteur sont très faibles.

### Pôle Médical

**Le secteur de médecine**, par sa couverture clinique, recoupe 36 lits installés en médecine, 3 places d'hôpital de jour (cancérologie et médecine) et 30 places en Hospitalisation à Domicile (HAD).

Reconnu par les professionnels de santé du secteur, il maitrise chaque année de mieux en mieux le taux de fuite vers d'autres établissements concurrents. 20 lits de SSR polyvalents viennent compléter le panel d'activité, lits indispensables au sein de l'Etablissement, pour fluidifier le parcours du patient.

Enfin, l'**HAD** répond pleinement aux objectifs déterminés lors des précédents CPOM et est appelée à se développer, avec davantage de prises en charge spécialisées à domicile. Ce mode de prise en charge répond entièrement aux exigences et attentes des patients.

Des actions de partenariat sont menées sur l'activité de cancérologie médicale avec le GHICL et le Centre de radiothérapie Bourgogne à Lille afin de soutenir un secteur en développement et en réponse à une demande de prise en charge de proximité.

La cardiologie, absente jusqu'alors des propositions de prise en charge, s'est vue dotée des matériels médicaux nécessaires à une prise en charge de 1er niveau de qualité.

**Le Service d'Accueil d'Urgences** (SAU) est désormais référencé au sein d'une filière de prise en charge de l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) et doit faire face au doublement du nombre de passages recensés lors de la création de locaux inaugurés en 2001. Ces locaux souffrent désormais de non-conformité aux normes de qualité, de confidentialité et d'étroitesse face aux passages recensés, nuisant à la sécurité des soins et du personnel.

## Pôle Médico-Social

Le Pôle Médico-Social regroupe les activités d'addictologie et l'EHPAD :

- L'addictologie relève du niveau 2 de recours et est dotée d'un CSAPA. Ce secteur a vu son activité, ciblée initialement sur l'alcoologie, se diversifier vers d'autres prises en charge addictives.
- Afin d'asseoir son positionnement au sein de la zone de proximité, son développement par le biais de filières et réseaux est recherché dans le cadre d'un maillage de la prise en charge et la création d'une hospitalisation de jour.
- L'EHPAD a réalisé l'intégralité des projets le concernant, désormais titulaire d'un PASA, d'une UHR et membre de la filière gériatrique Flandre Intérieure.
- Il doit poursuivre son adaptation à l'accueil du grand âge voire de la personne âgée handicapée vieillissante et s'ajuster aux demandes actuelles concernant l'alternative au domicile et au placement en institution.

## Pôle Médico-Technique

Des investissements importants et innovants ont été menés afin de pouvoir répondre aux obligations normatives et offrir des équipements performants et de qualité aux équipes qui interviennent sur ce secteur, secteur qui vient en appui et conforte les autres services de l'établissement.

**Les axes du projet médical 2019-2023 :**

Ainsi, dans la continuité du précédent projet médical mais aussi en fonction des défis auxquels nous serons demain confrontés, le projet médical 2019-2023 s'articule autour de 5 axes stratégiques, qui doivent permettre à l'Etablissement d'asseoir son rôle sur le territoire. Il s'agit:

**Axe 1 – Adapter nos organisations et diversifier nos modes de prise en charge pour répondre aux besoins de la population accueillie et fluidifier les parcours.**

**Axe 2 – Améliorer la prise en charge des populations spécifiques.**

**Axe 3 - Consolider notre label MCO en poursuivant et développant les activités / autorisations existantes.**

**Axe 4 – Poursuivre la modernisation du plateau technique.**

**Axe 5 - Développer le lien ville-hôpital en améliorant la coordination des parcours de soins des patients.**

## <u>Axe n° 1</u> : ADAPTER NOS ORGANISATIONS ET DIVERSIFIER NOS MODES DE PRISE EN CHARGE POUR REPONDRE AUX BESOINS DE LA POPULATION ACCUEILLIE ET FLUIDIFIER LES PARCOURS

*Les parcours du patient doivent être organisés afin d'améliorer la qualité de la prise en charge et l'efficience des soins. Ils doivent tenir compte des besoins de la population à toutes les étapes de la prise en charge depuis l'accueil, jusqu'à la sortie du patient. Le parcours du patient doit être fluide, lisible et optimisé à chacune des étapes de la prise en charge.*

***Les Urgences** constituent souvent le point d'entrée de l'hôpital et rencontrent des difficultés pour trouver des solutions d'hospitalisation d'aval, notamment en période hivernale.*

*L'architecture actuelle du SAU a été dimensionnée afin d'accueillir 9000 passages aux normes existantes lors de sa conception. Elle n'est plus du tout adaptée pour répondre à des critères et exigences de qualité de prise en charge (conditions d'accueil, circuits de prise en charge, confidentialité, sécurité) et apparait sous dimensionnée en lits d'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) et en superficie globale de l'unité.*

*Une prise en charge adaptée des urgences nécessite la reconstruction du service des Urgences et une réflexion sur des circuits de prise en charge en fonction des différentes populations accueillies ; ce projet est également l'opportunité d'améliorer les parcours internes et d'optimiser les interfaces pour mieux fluidifier les parcours.*

***Les consultations externes** constituent l'autre porte d'entrée de l'hôpital et sont également le pivot du parcours de soins.*

*Celles-ci sont en augmentation constante. L'accessibilité du patient au **plateau de consultations externes** doit être améliorée. En effet, aujourd'hui les consultations de chirurgie et d'anesthésie se font dans le service, occasionnant des déplacements et flux de patients dans les étages, posant des problèmes de confidentialité et empêchant des mutualisations au niveau des organisations de travail.*

*Enfin, nous devons poursuivre le développement **des alternatives à l'hospitalisation** pour mieux répondre aux aspirations des patients, en favorisant les prises en charge en ambulatoire, sans hébergement ou en milieu de vie ordinaire. L'Etablissement affiche déjà d'excellents taux de chirurgie ambulatoire et bénéficie d'un secteur HAD bien implanté sur le territoire. Le développement de la chirurgie ambulatoire doit être poursuivi en optimisant et formalisant les parcours et en proposant de nouvelles offres de prises en charge ambulatoire.*

*L'HAD est un secteur en pleine évolution. Une augmentation capacitaire devra, à terme être envisagée, ou tout au moins, il nous faudra engager la réflexion.*

*Enfin, toujours dans le but de développer les alternatives à l'hospitalisation, un Hôpital de semaine pourra être créé, regroupant plusieurs disciplines concernées ou pour lesquelles ce type de prise en charge est particulièrement adapté, comme les troubles du sommeil, la douleur chronique, la réalisation de certains bilans (cardio, neuro…) la diabétologie. En fonction de l'évolution de l'activité, la réflexion sera à mener, car ce type de prise en charge permettra de désengorger les lits de médecine et ainsi améliorer la gestion des lits d'aval.*

<table>
<tr><th colspan="2"><u>Objectif 1</u> : Assurer une prise en charge des urgences adaptée :</th></tr>
<tr><td colspan="2"><u>Actions</u><br><br>1. Lancer les travaux de reconstruction du SAU intégrant une augmentation des lits UHCD.<br>2. Repenser les circuits de prise en charge pour avoir des circuits plus courts, plus fluides et adaptés aux différentes populations accueillies (personnes âgées ; enfants ; personnes démunies ……).<br>3. Améliorer le parcours interne et optimiser les interfaces entre le SAU et les autres services de l’Etablissement et/ou le plateau technique (labo ; imagerie…).</td></tr>
<tr><td><u>Personnes responsables et acteurs de l’objectif</u><br><br>Chef de service des Urgences<br>Directrice des soins/Cadres de santé<br>Directrice des services économiques et travaux / ingénieur travaux</td><td><u>Autres services ou structures concernées par l’objectif</u><br><br>DRH<br>Direction des finances/patientèle/DIM<br>Autres services MCO<br>Direction Qualité</td></tr>
<tr><td><u>Calendrier de réalisation</u> : sur la durée des travaux<br><br>Action 1 : 2020 – 2023<br>Action 2 : 2020 -2023<br>Action 3 : 2020 -2023</td><td><u>Indicateurs de suivi</u><br><br>Action 1 :<br>- nouveaux locaux en fonctionnement<br>- suivi activité : séjours UHCD/passages Urgences<br>Action 2 :<br>- suivi indicateurs Qualité (délais d’attente et de prise en charge…)<br>- satisfaction des patients<br>Action 3 :<br>- protocoles de prise en charge et coopération entre le SAU et les autres services de l’Etablissement rédigés et appliqués<br>- nombre de réunions de la CACNP<br>- tableau de suivi de disponibilités des lits fiabilisé et utilisé / taux de transfert</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="2"><u>Objectif 2</u> : Améliorer le parcours et l’accessibilité du patient au plateau de consultations</th></tr>
<tr><td colspan="2"><u>Actions</u><br><br>1. Regrouper l’ensemble des consultations (chirurgie et médecine) au rez-de-chaussée de l’établissement en articulation avec le projet de restructuration des nouvelles Urgences.<br>2. Repenser les circuits de prise en charge.</td></tr>
<tr><td><u>Personnes responsables et acteurs de l’objectif</u><br><br>Directrice des soins / Cadre de santé<br>Directrice Services Economiques et travaux /ingénieur travaux<br>Responsable patientèle</td><td><u>Autres services ou structures concernées par l’objectif</u><br><br>Ensemble des services / Unités de soins<br>DRH<br>Direction qualité</td></tr>
<tr><td><u>Calendrier de réalisation</u><br><br>2020- 2024</td><td><u>Indicateurs de suivi</u><br><br>Suivis indicateurs file active/évolution nombre de consultations<br>Satisfaction des patients en consultations</td></tr>
</table>

| **Objectif 3 : Poursuivre le développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle.** | |
|---|---|
| **Actions**<br><br>1 Poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire.<br>- *En formalisant le circuit court de prise en charge de la personne âgée (travail à mener avec les personnels et le médecin coordonnateur de l'EHPAD ainsi que les médecins traitants).*<br>- *En sécurisant le parcours de chirurgie gynécologique ambulatoire (notamment avec la formalisation du parcours de chirurgie gynécologie).*<br>2 Proposer de nouvelles offres de prises en charge ambulatoire pour diversifier l'offre chirurgicale de proximité avec la mise à disposition de plages opératoires et/ou de consultations notamment dans les spécialités tel que la stomatologie ; appendicectomies ; la dermatologie…<br>3 Faire connaitre et valoriser le savoir- faire des praticiens.<br>4 Améliorer la coordination de l'HAD avec les autres partenaires et les structures extérieures (conventions, actions de communication, DPI commun ?...<br>5 Valoriser et développer les prises en charges spécialisées en HAD : obésité ; Insuffisance cardiaque ; Chimios ; transfusions.<br>6 Mener une réflexion sur l'augmentation du capacitaire en HAD. | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>- Chefs de pôle médecine et obstétrico-chirurgical<br>- Médecin coordonnateur EHPAD<br>- Chef de service chirurgie<br>- Directrice des soins /Cadres de santé<br>- Gestionnaire HAD<br>- Médecin coordonnateur HAD | **Autres services ou structures concernées par l'objectif**<br><br>- Direction des affaires médicales / communication<br>- DIM<br>- Médecins traitants/comité ville Hôpital<br>- Direction qualité |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>**Action 1** : 2019 et suivants<br>**Action 2** : 2019 et suivants<br>**Action 3** : 2019 et suivants<br>**Action 4** : 2020 et suivants<br>**Action 5**: 2020 et suivants<br>**Action 6** : 2022- 2023 | **Indicateurs de suivi**<br><br>**Action 1** :<br>- Formalisation du parcours de la personne âgée en chirurgie ambulatoire<br>- Formalisation du parcours du patient en gynécologie ambulatoire<br>**Action 2** : Suivi de l'activité de chirurgie ambulatoire par spécialités<br>**Action 3** : Actions de communication<br>**Action 4** : Nombre de conventions signées<br>**Action 5** : File active et activité<br>**Action 6** : Etude sur le capacitaire réalisée |

## Axe n° 2 : AMELIORER ET DEVELOPPER LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES
## Soins palliatifs /Obésité sévère/ Addictologie/ La personne âgée/douleur chronique

*Le Centre Hospitalier d'Hazebrouck souhaite améliorer l'accessibilité de la population à des soins et prises en charge spécifiques, soit en renforçant la couverture sur le territoire (soins palliatifs et addictologie) soit en répondant aux enjeux de santé publique concernant notamment les maladies chroniques (tel que l'obésité) ou encore le vieillissement de la population.*

***Concernant les soins palliatifs**, le développement des prises en charge de proximité en soins palliatifs est une priorité du PRS, qui souhaite une meilleure couverture et un meilleur maillage du territoire.*

*Il n'y a pas d'Unité de Soins Palliatifs (USP) sur le territoire de Flandre Intérieure.*

*Le Centre Hospitalier d'Hazebrouck dispose de 3 Lits Identifiés en Soins Palliatifs (LISP) en médecine et 1 LISP en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) dont le taux d'occupation est en 2016 de 103 % pour le MCO et de 178 % pour le SSR, témoignant d'une activité proche de la saturation.*

*Il souhaite donc déposer un dossier dans le cadre de la prochaine fenêtre de reconnaissance et compléter son offre en soins palliatifs avec la création d'une USP (par transformation de ses LISP) et d'une EMSP.*

*Pour rendre lisible ces différents niveaux de prise en charge, il faut améliorer et renforcer les coopérations entre les différents professionnels et structures tel que les EHPAD et l'HAD.*

*La région Haut de France est également particulièrement touchée par des pathologies représentant de véritables enjeux de santé publique et qui ont été retenus comme prioritaires au PRS. C'est le cas pour l'obésité.*

*L'Etablissement a développé en 2017 une nouvelle filière de prise en charge de la chirurgie de l'obésité, Obé'Flandre, en lien avec le GHICL. Cette filière est reconnue par l'ARS à travers l'autorisation d'ETP pour les patients atteints d'obésité sévère. L'Etablissement souhaite optimiser la qualité du parcours de soins du patient en pré et post opératoire, pour mieux répondre à cette priorité en santé publique.*

*Autre sujet de santé publique majeur et figurant parmi les priorités du PRS, celui de **la prise en charge des conduites à risques ou addictives.***

*Le Centre Hospitalier d'Hazebrouck dispose aujourd'hui d'une unité d'hospitalisation en addictologie, un CSAPA et une équipe de liaison. Il ne dispose pas d'hospitalisation de jour. La filière est reconnue et bien implantée sur le territoire. Pour maintenir et garantir le niveau 2 de recours sur le territoire, l'Etablissement souhaite obtenir la labellisation de la filière et permettre ainsi à l'unité d'addictologie de maintenir le niveau d'expertise dont elle est détentrice sur la zone de proximité. La prévention en direction des jeunes sera renforcée et développée. Enfin, une reconfiguration architecturale permettra d'accueillir et de regrouper l'ensemble des activités d'addictologie dans un seul et même pôle.*

*Le **vieillissement de la population** est un autre défi à relever dans les prochaines années et le système hospitalier doit répondre aux besoins spécifiques de la personne âgée, dont la prise en charge ou l'hospitalisation renvoient à des problématiques liées à la perte d'autonomie ; aux poly-pathologies, au risque de rupture de prise en charge, aux hospitalisations inadaptées….*

*L'Etablissement fait partie de la filière gériatrique avec les établissements de Bailleul et d'Armentières. La prise en charge de la Personne Agée s'inscrit donc dans une logique de filière et de parcours. La dynamique territoriale de la filière gériatrique dont le Centre Hospitalier d'Armentières est porteur, sera donc poursuivie, tout comme la participation aux travaux du GHT LMFI, où la thématique Personnes Agées tient une place importante dans le PMSP. A noter que la thématique ortho-gériatrie a été retenue au titre du parcours de soins étudié dans le cadre de la certification conjointe.*

*Enfin, l'établissement souhaite mieux répondre à la prise en charge de la douleur chronique et mieux structurer les consultations douleurs et ainsi être identifié dans les filières graduées de prise en charge mises en place dans la région, tel que prévu dans le PRS.*

<table>
<tr><th colspan="2"><u>Objectif 1</u> : Participer à une meilleure couverture et maillage du territoire en soins palliatifs</th></tr>
<tr><td colspan="2"><u>Actions</u><br><br>Créer une USP<br>1. Déposer un dossier d’USP<br>2. Faire reconnaitre une équipe mobile de soins palliatifs<br>3. Mener les travaux d’aménagements des locaux<br>4. Informer les partenaires et établissements voisins<br>Renforcer les liens entre l’USP et l’HAD<br>5. Renforcer les liens avec les médecins traitants<br>6. Renforcer les « protocolisations ».</td></tr>
<tr><td><u>Personnes responsables et acteurs de l’objectif</u><br><br>Chef de pôle<br>Directrice des soins / Cadre de santé<br>Médecin coordonnateur HAD</td><td><u>Autres services ou structures concernées par l’objectif</u><br><br>Direction des affaires médicales<br>Direction des travaux<br>Direction qualité<br>DIM</td></tr>
<tr><td><u>Calendrier de réalisation</u><br><br>Actions 1 et 2 : 2020<br>Action 3 : selon calendrier de réalisation du schéma directeur immobilier<br>Action 4 : 2019-2020<br>Action 5 : dès mise en place de l’USP<br>Action 6 : dès mise en place de l’USP</td><td><u>Indicateurs de suivi</u><br><br>Actions 1 et 2 : dossier demande d’autorisation déposé<br>Action 3 : suivi de l’activité<br>Action 4 : nombre de réunions/rencontres<br>Action 5 : réunions/rencontres avec établissements voisins<br>Action 6 : formalisation du parcours / nombre de protocoles réalisés.</td></tr>
</table>

| **Objectif 2 : Poursuivre le développement de la chirurgie de l'obésité** | |
|---|---|
| **Actions**<br><br>1. Reconnaissance au niveau régional de l'activité « obésité » en lien avec le CRO de Lille ou Obtention de la labellisation de la filière par la société française et francophone de chirurgie de l'obésité et des maladies métaboliques.<br>2. Organiser la prise en charge pour l'adapter au mieux à l'activité et éviter les délais trop longs de prise en charge (en HPDD et HdJ) ; organisation et présence des ressources nécessaires<br>3. Renforcer la structuration du parcours d'aval en renforçant les liens avec les structures extérieures : HAD ; CHU ; Unité d'Addictologie Clinique (UAC). | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>DRH /Directrice des Soins<br>Chef de pôle chirurgie / chirurgien de l'obésité<br>Médecin coordonnateur HAD | **Autres services ou structures concernées par l'objectif**<br><br>CHU / GHICL/ équipe en charge de l'ETP « obésité ».<br>HAD<br>Direction qualité<br>DIM |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>**Action 1** : 2020<br>**Action 2** : 2019 et suivants<br>**Action 3** : 2019 et suivants | **Indicateurs de suivi**<br><br>**Action 1** : reconnaissance régionale ou labellisation<br>**Action 2** : suivi file active et nombre de prises en charge en HPDD et HdJ<br>**Action 3** : suivi de la file active et activité en post opératoire en HAD ; au CHU à J+2 ; nombre de patients suivis en UAC pour troubles alimentaires. |

| **Objectif 3 : Maintenir le niveau 2 de recours en addictologie sur le territoire de Flandre Intérieure** | |
|---|---|
| **Actions**<br><br>**Obtenir la labellisation de la filière**<br>1. Créer un Hôpital de Jour (HdJ) de 6 places<br>2. Maintenir et développer l'activité de l'ELSA en partenariat avec la cancérologie, la périnatalité et l'EHPAD<br>3. Mettre en place un programme d'ETP dans le cadre de l'HdJ<br>4. Mettre en place des consultations externes de tabacologie.<br>**Regrouper les activités d'addictologie :**<br>5. Étude architecturale à mener pour avoir une unicité de lieu et nouveaux locaux installés<br>**Développer le pôle ambulatoire et le pôle de prévention en direction des publics spécifiques**<br>6. Obtenir l'agrément CJC<br>7. Poursuivre la Canopée (accompagnement des enfants de personnes atteintes d'addiction)<br>8. Organiser la dispensation de méthadone<br>9. Organiser la prise en charge des joueurs excessifs | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>DRH / Directrice des Soins<br>Directrice DES et ingénieur travaux<br>Chef de pôle et d'unité<br>Cadres de santé | **Autres services ou structures concernées par l'objectif**<br><br>Direction qualité<br>Pharmacie<br>Direction finances<br>DIM |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>**Action 1** : 2020-2021<br>**Action 2** : 2020 et suivants<br>**Action 3** : 2021<br>**Action 4** : 2021<br>**Action 5**: 2022-2023 (et selon schéma directeur immobilier)<br>**Action 6** : 2019 2020<br>**Action 7** : 2019 et suivants<br>**Action 8 :** 2021<br>**Action 9** : 2021 | **Indicateurs de suivi**<br><br>**Action 1** : HdJ créé<br>**Action 2** : conventions ou protocoles de prise en charge entre l'ELSA et partenaires.<br>**Action 3** : autorisation ETP<br>**Action 4** : file active consultations externes de tabacologie.<br>**Action 5** : nouveaux locaux opérationnels<br>**Action 6** : file active CJC<br>**Action 7** : file active Canopée<br>**Action 8** : activité dispensation méthadone<br>**Action 9** : file active de prise en charge |

| **Objectif 4 : Structurer la prise en charge de la douleur chronique** | |
|---|---|
| **Actions**<br><br>1. Structurer la prise en charge de la douleur chronique (pluridisciplinarité, actions de communications…)<br>2. Avoir une vacation de médecin référent identifié au CHU de Lille<br>3. Déposer un dossier de labellisation auprès de l'ARS | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>Chef de pôle / responsable d'unité<br>Directrice des soins / Cadre de santé | **Autres services ou structures concernées par l'objectif**<br><br>CHU<br>Autres services de soins<br>DRH<br>Direction qualité |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>**Action 1** : 2020 et suivants<br>**Action 2** : 2020<br>**Action 3** : 2022 | **Indicateurs de suivi**<br><br>**Action 1** : file active/suivi nombre<br>**Action 2** : vacation de médecin du CHU identifiée<br>**Action 3** : dossier de labellisation déposé |

**Objectif 5 : Fluidifier et mieux coordonner le parcours des personnes âgées**

**Actions**

- Préserver l'autonomie de la personne âgée avant et après hospitalisation
  - *Mettre en œuvre des actions faisant le lien avec le rapport de la concertation Grand âge et autonomie pour stabiliser le niveau d'autonomie individuelle avant et après l'hospitalisation en apportant une meilleure lisibilité pour les personnes âgées et les aidants.*
  - *Mettre l'hôpital au cœur du parcours de soin mais également faisant parti du parcours de santé et s'intégrant dans le parcours de vie de la personne âgée en lien avec le PRS*
  - *Mettre en œuvre des actions visant au maintien à domicile en préservant la coordination des soins et des services à la personne issus des interventions de l'équipe pluridisciplinaire qui existe ou qui est à construire dans la durée (consultation gériatrique, HAD, CTA, CLIC, MAIA …)*
  - *Elaborer un PPS au sortir d'un service clinique en lien avec l'évolution et l'augmentation du nombre des maladies chroniques et le caractère multidimensionnel des causes de la dépendance des personnes âgées*
- Sécuriser la sortie de l'hôpital
  - *Mettre en place un système d'information efficace et sécurisé permettant les transmissions entre les structures d'hébergement, les acteurs du domicile.*
  - *Utiliser des outils communs pour Repérer les personnes fragiles, Evaluer et Agir sur le parcours de la personne âgée*
  - *Faire connaitre les offres de soins du territoire, EHPAD, UHR, PASA, hébergement temporaire, …pour éviter les hospitalisations voire les ré hospitalisations*
- Eviter les hospitalisations inutiles
  - *Réfléchir sur le plan d'action à partir du PPS selon les recommandations de l'HAS, l'objectivation des soins dans le respect du désir et des besoins de la personne âgée.*
  - *Proposition d'action sur 4 thématiques du PPS : les chutes, la dénutrition, les médicaments et la dépression*
  - *Développer les prises en charge ambulatoires et les hospitalisations programmées*
  - *Assurer la continuité des soins palliatifs en hospitalisation et en EHPAD, avec l'HAD*
  - *Développer la consultation gériatrique et le parcours en ortho-gériatrie et les autres parcours en lien avec la GHT*
  - *Développer la télémédecine : téléconsultation douleur et soins palliatifs, plaies complexes*
  - *Mettre en œuvre et évaluer l'utilisation de l'outil ASSURE*

| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif** | **Autres services ou structures concernées par l'objectif** |
|---|---|
| Direction EHPAD<br>Direction des soins<br>PCME et médecin coordinateur EHPAD | |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>**Action 1 à 4** : 2020-2023 | **Indicateurs de suivi**<br><br>DMS<br>Nombre de PPS rédigés<br>Satisfaction des patients<br>Nombre de réunions de coordination gériatrique<br>Nombre de patients suivis par l'HAD<br>Résultats des audits |

## Axe n° 3 : CONSOLIDER NOTRE LABEL MCO EN POURSUIVANT ET DEVELOPPANT LES ACTIVITES ET AUTORISATIONS EXISTANTES

*L'élaboration du Projet d'Etablissement intervient dans le même temps que la mise en place des GHT, et d'une territorialisation de l'action sanitaire et médico-sociale, l'objectif étant « d'organiser une offre de soins graduée, de qualité, accessible à tous, satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé » (loi HPST du 21/07/2009).*

*La question de l'identité de l'Etablissement est confrontée à ce nouveau paysage sanitaire et médico-social.*

*Le Centre Hospitalier d'Hazebrouck est un acteur incontournable sur le territoire et sur sa zone de proximité « Flandre Intérieure » ; il propose des soins spécialisés (chirurgie, maternité…) tout en apportant une réponse de proximité.*

*Le secteur de Médecine est bien implanté sur le territoire et il est reconnu par les partenaires extérieurs. Sans avoir de services dits « de spécialité », la politique menée depuis plusieurs années par l'Etablissement vise à maintenir et développer un accès à des avis spécialisés et/ou techniques, dans différentes spécialités. Avec le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques, ces avis spécialisés sont nécessaires en interne mais doivent être accessibles aux médecins traitants. Certaines spécialités doivent être développées comme la pneumologie et la cardiologie, et ce d'autant plus que des départs en retraite de médecins spécialistes dans ces spécialités interviendront dans les prochaines années. L'activité de pneumologie est aujourd'hui assurée grâce à l'intervention d'un médecin libéral qui part à la retraite courant 2020. Quant au déploiement de la cardiologie, il date de 2013, en partenariat avec le GHICL. Les consultations connaissent un développement régulier et l'accès à cette spécialité doit être maintenu voire développé, si l'on veut diminuer les délais d'accès. Il en est de même pour la gastrologie (endoscopies).*

*Les enjeux autour de la **C**hirurgie sont de plusieurs ordres :*

- *<u>Nécessité de maintenir les partenariats existants</u> pour maintenir l'offre sur le territoire : c'est le cas pour les filières orthoflandre et viscéroflandre.*
- *<u>Conforter des activités nouvelles comme l'ORL, l'urologie</u>. La fin de l'activité des opérateurs libéraux et publics sur Hazebrouck et l'incertitude sur leur remplacement rendent nécessaire d'asseoir l'activité en réorientant totalement la demande existante vers le Centre Hospitalier d'Hazebrouck. Cette réorientation a été réalisée en intégrant, à leur demande, les praticiens spécialistes ORL de ville concernés, au sein des effectifs médicaux du Centre Hospitalier d'Hazebrouck permettant de fidéliser et de rendre captive la clientèle de proximité réorientée vers l'hôpital public. Quant à l'urologie, Il existe un réel besoin sur le territoire et la concurrence est essentiellement avec des cliniques privées. L'activité repose aujourd'hui essentiellement sur l'intervention d'un praticien et sous forme de vacations.*
- *<u>Maintenir les activités soumises à autorisation</u> comme la chirurgicale gynécologique pelvienne et mammaire, enjeu important pour le Centre Hospitalier d'Hazebrouck, en termes d'attractivité. L'activité de chirurgie gynécologique (chirurgie pelvienne essentiellement et chirurgie du sein, l'Etablissement disposant d'une autorisation en cancérologie mammaire) repose aujourd'hui essentiellement sur un opérateur. La montée en charge et en compétence des autres praticiens doit se poursuivre (elle se fait avec un jeune praticien en formation avancée sur la chirurgie du sein) mais nécessitera un recrutement en remplacement de l'opérateur actuel, également Chef de service de l'unité.*

*L'activité d'**O**bstétrique se maintient même si l'Etablissement, à l'instar des autres établissements du territoire, enregistre une baisse d'activité, liée à la baisse de la natalité. Cette activité pourrait être menacée au départ du Chef de service. En effet, la fin d'activité du Gynécologue-Obstétricien Chef de service pourrait avoir pour conséquence de déséquilibrer l'offre de soins et de flouter l'image de l'unité pour la population et les médecins traitants adresseurs, d'où la nécessité d'anticiper le départ de cet opérateur par des partenariats ou un recrutement extérieur.*

*L'objectif est de faire progresser le niveau de naissances en offrant une palette de prise en charge diversifiée, notamment avec les accouchements physiologiques.*

*De même, il est nécessaire de proposer une présence effective de pédiatres sur cinq jours afin de relayer les consultations externes et de proposer une orientation chirurgicale sur place. La relance de cette activité passe par l'application de la convention de partenariat liant le Centre Hospitalier d'Hazebrouck au Centre Hospitalier d'Armentières depuis 2013 et la recherche de partenariats complémentaires afin de maintenir une spécialité de proximité. La tenue d'une astreinte de pédiatrie reste un objectif permettant la consolidation de la maternité.*

| **Objectif 1 : Diversifier et développer des spécialités médicales (Pneumologie / Cardiologie/Gastroentérologie)** | |
|---|---|
| **Actions**<br><br>1. Diversifier et structurer l'activité de pneumologie<br>- *Renforcer l'équipe médicale*<br>- *Mettre à disposition des locaux adaptés*<br>- *Développer les activités de polysomnographie (mettre en place une consultation) ; fibroscopies bronchiques ; pléthysmographie ; EFR en lien avec les consultations de tabacologie.*<br>2. Développer l'activité de cardiologie<br>- *Développer des consultations de suivi des IC de l'hôpital et de l'HAD*<br>- *Communiquer et faire connaitre cette offre de soins*<br>3. Développer l'activité de gastro entérologie<br>- *Avoir une présence 5j/7 sur le site* | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>Direction affaires médicales<br>Chef de pôle<br>Directrice des Soins/cadres de santé | **Autres services ou structures concernées par l'objectif**<br><br>DIM<br>Direction travaux<br>Direction qualité<br>CSAPA |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>**Action 1 a :** fin 2019-2020<br>**Action 1 b** : 2020<br>**Action 1 c** : fin 2019-2020 et suivants<br>**Action 2 a** : 2020<br>**Action 2 b** : 2020<br>**Action 3 a** : 2020 | **Indicateurs de suivi**<br><br>**Action 1 :**<br>- Adaptation des ressources nécessaires<br>- Locaux adaptés<br>- Suivi activité/achat d'équipement<br>**Actions 2 et 3** :<br>- Suivi activité/ délai de RV<br>- Actions d'information /communications |

| **Objectif 2 : Consolider l'activité de chirurgie** | |
|---|---|
| **Actions**<br><br>**Chirurgie générale/ viscérale :**<br>1. Effectuer les recrutements en chirurgie viscérale en fonction des départs prévus (retraite)<br>2. Maintenir les partenariats avec le GHICL<br>3. Proposer une vacation de chirurgie plastique et réparatrice<br>**Chirurgie ORL :**<br>4. Pérenniser la spécialité d'ORL<br>**Chirurgie gynécologique :**<br>5. Anticiper le départ du Chef de service en GO<br>6. Développer l'activité de chirurgie gynécologique<br>7. Mener une réflexion sur la localisation de la prise en charge de la chirurgie gynécologique<br>**Chirurgie Urologie :**<br>8. Réaliser une étude sur le potentiel d'évolution d'activité en urologie<br>9. Renforcer la présence d'un urologue sur site pour consultation et intervention<br>10. Sécuriser le parcours et la prise en charge du patient en PDS (filière d'urgence)<br>**Poursuivre l'optimisation du fonctionnement des blocs :**<br>11. Selon les besoins identifiés et en fonction des moyens, proposer des vacations et plages opératoires aux différents opérateurs. | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>Chef de pôle et Chefs de service concernés<br>Direction des affaires médicales<br>Direction des soins et Cadres de santé | **Autres services ou structures concernées par l'objectif**<br><br>DIM<br>Direction qualité<br>DAF<br>Etablissements partenaires concernés |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>**Action 1** : 2019-2020<br>**Action 2** : en routine<br>**Action 3** : 2021<br>**Action 4** : 2022<br>**Action 5 :** 2019 et suivants<br>**Action 6** : 2019 et suivants<br>**Action 7** : 2021<br>**Action 8** : 2020<br>**Action 9** : 2020<br>**Action 10** : 2020<br>**Action 11** : 2019 et suivants | **Indicateurs de suivi**<br><br>Recrutements effectués et équipes et activités stabilisées<br>Suivi d'activité (volume et recettes)<br>Organisation de la PDS en urologie. |

| **Objectif 3 : Conforter et pérenniser la maternité** | |
|---|---|
| **Actions**<br><br>1. Assurer une prise en charge pédiatrique 5j/7<br>2. Anticiper le remplacement du Chef de service et conforter l'équipe notamment par la montée en charge des autres praticiens<br>3. Poursuivre le développement des accouchements physiologiques<br>4. Maintenir le label IHAB | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>Direction Affaires médicales<br>Chef de pôle/Chef d'unité GO et Chef de service pédiatrie<br>Cadre de santé Sage Femme | **Autres services ou structures concernées par l'objectif**<br><br>CHU / CHA / GHICL<br>DIM |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>**Action 1** : 2020 et suivants<br>**Action 2** : 2020 et suivants<br>**Action 3** : 2019 et suivants<br>**Action 4** : 2020 et suivants | **Indicateurs de suivi**<br><br>**Action 1 :** Convention « pédiatrie »<br>**Action 2 :**<br>- Remplacement du Chef de service assuré<br>- Formations médicales suivies<br>**Action 3** : suivi du nombre d'accouchements physiologiques<br>**Action 4** : Label maintenu |

**<u>Objectif 4</u> : Améliorer la prise en charge en cancérologie en renforçant l'activité et en pérennisant les autorisations sur le territoire.**

*L'offre en cancérologie est reconnue au sein de la zone de proximité de Flandre Intérieure. Titulaire d'une file active de 183 personnes en 2016, pour la chimiothérapie, cette activité dépasse le seuil réglementaire requis. Partie prenante du 3C Lille Flandre Lys Cambrésis et contribuant aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) physiquement ou par visioconférence, l'unité répond à l'aspect qualitatif.*
L'Etablissement hazebrouckois détient également l'autorisation pour la cancérologie mammaire et le Centre Hospitalier d'Armentières celle de la chirurgie carcinologique pelvienne avec l'intervention du praticien du Centre Hospitalier d'Hazebrouck sur le site d'Armentières.

**<u>Actions</u>**

1. Structurer l'activité de cancérologie et le parcours de soins du patient atteint du cancer :
   - *Mieux structurer le fonctionnement de l'Hôpital de Jour*
   - *Favoriser l'accès à une consultation d'onco-gériatrie en lien avec les UCOG*
2. Développer les soins de support
   - *Douleur*
   - *Activité physique*
   - *Nutrition…*
   - *ETP chimios orales (sécuriser l'administration des chimios).*
3. Maintenir l'autorisation de chirurgie carcinologique mammaire et pelvienne et chimiothérapies

| **<u>Personnes responsables et acteurs de l'objectif</u>** | **<u>Autres services ou structures concernées par l'objectif</u>** |
|---|---|
| Direction affaires médicales<br>Chef de pôle<br>DS/Cadres de santé | DIM<br>Direction qualité<br>GHICL<br>Pharmacie |
| **<u>Calendrier de réalisation</u>** | **<u>Indicateurs de suivi</u>** |
| **Action 1** : 2020-2021<br>**Action 2** : 2021<br>**Action 3** : 2019 et suivants | **Action 1** :<br>- « Maquette organisationnelle » réalisée<br>- Consultation d'onco-gériatrie mise en place<br>**Action 2** : suivi consultations/satisfaction du patient<br>**Action 3** : dossier d'autorisation renouvelé |

| **Objectif 5 : Maintenir l'offre en soins SSR en lien avec l'activité de rééducation** | |
|---|---|
| 20 lits polyvalents proposent un projet de soins personnalisés aux patients pris en charge pour une Durée Moyenne de Séjour de 21.24 jours.<br>Le recours au SSR devrait augmenter en lien avec l'augmentation de l'espérance de vie. L'HAD étant appelé également à se développer, fluidifier la sortie des patients vers le SSR doit être un objectif.<br>Dans le cadre du PMSP, une réflexion est engagée sur la mise en place de filières spécialisées : SSR post cancer / SSR traumatologie septique / SSR endocrinologie. L'Etablissement pourrait se positionner sur le SSR post cancer au regard de son activité et des autorisations qu'il détient. | |
| **Actions**<br><br>1. Fluidifier le parcours et les liens entre le SSR et l'HAD<br>2. Fluidifier le parcours et les liens entre le SSR et les EHPAD<br>3. Participer aux travaux du COTEM sur la filière SSR post cancer et la mise en place d'un parcours post cancer au forfait (cf : PLFSS 2020) | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>Direction affaires médicales<br>Médecin coordonnateur HAD<br>Médecin coordonnateur EHPAD | **Autres services ou structures concernées par l'objecti**<br><br>DIM<br>Direction qualité<br>Direction des finances<br>Autres services du CHH<br>Etablissements voisins |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>2020 et suivants | **Indicateurs de suivi**<br><br>Suivi activité et DMS<br>Filière SSR post cancer mise en place et nbre de parcours individualisés suivis |

## Axe n° 4 : POURSUIVRE LA MODERNISATION DU PLATEAU TECHNIQUE

La modernisation du plateau technique concerne 3 secteurs d'activité : le service d'imagerie, la pharmacie ; le laboratoire ; elle est nécessaire pour accompagner l'évolution de l'Etablissement et mettre en place les différents projets.

Après le renouvellement de l'échographe LOGIQ E9, le renouvellement de la salle télécommandée, et du scanner, le Centre Hospitalier d'Hazebrouck doit poursuivre la modernisation de son service d'imagerie, pour proposer un plateau technique diversifié et complet, permettant à la population d'avoir accès aux dernières technologies.
Le Centre Hospitalier d'Hazebrouck a reçu l'autorisation de l'ARS par décision en date du 11 avril 2019 pour installer une IRM. L'installation de l'équipement est une priorité pour le Centre Hospitalier d'Hazebrouck.
La sécurisation de la dispensation des médicaments nécessite l'implantation d'un automate de distribution qualifié. Les locaux nécessaires ont été réservés dans le cadre des travaux neufs présidant à l'installation de la pharmacie au sein de l'Etablissement en 2016. Ce projet n'a pas vu le jour car la rentabilité de cet équipement n'a pas été démontrée. Cet automate, de par son dimensionnement est susceptible d'accueillir les besoins d'autres établissements du secteur tels les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et ainsi, optimiser sa rentabilité, condition sine qua none pour mener à bien le projet.
L'antenne de production d'examens de biologie a ouvert sur le site en avril 2018, dans le cadre du GCS Hospibio. L'activité doit être confortée.

### Objectif 1 : Compléter et poursuivre la modernisation du Plateau d'imagerie

**Actions**

1. Installer l'IRM
2. Développer et ouvrir de nouvelles plages d'imagerie en coupe

| Personnes responsables et acteurs de l'objectif | Autres services ou structures concernées par l'objectif |
|---|---|
| Direction affaires médicales<br>Chef de pôle<br>Directrice des Soins et Cadres de santé<br>Radiologues (Chef de service) | Direction finances<br>Direction services économiques/Travaux<br>Ensemble des services et unités de soins |
| **Calendrier de réalisation** | **Indicateurs de suivi** |
| Fin 2021 et suivants | **Actions 1 et 2** : Equipement installé/Nombre de plages et vacations imagerie en coupe/évolution de l'activité |

| **Objectif 2 : Automatiser la dispensation du médicament** | |
|---|---|
| **Actions**<br><br>Réaliser l'étude de rentabilité de l'automatisation de la dispensation des médicaments et organiser les circuits du médicament | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>Directrice des Soins et Cadres de santé des secteurs d'activité concernés<br>Pharmacienne | **Autres services ou structures concernées par l'objectif**<br><br>Direction finances<br>Direction services économiques<br>Ensemble des services et unités de soins |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>Selon résultats étude rentabilité | **Indicateurs de suivi**<br><br>Suivi des erreurs médicamenteuses<br>étude médico-économique réalisée |

| **Objectif 3 : Développer et conforter l'activité de biologie sur le site** | |
|---|---|
| **Actions**<br><br>1. Optimiser les organisations de travail autour de la prestation « laboratoire » et s'assurer de la pertinence des examens<br>2. Développer l'activité externe | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>Directrice des Soins et Cadres de santé des secteurs d'activité concernés<br>Biologiste responsable | **Autres services ou structures concernées par l'objectif**<br><br>Direction finances<br>Direction des services économiques<br>Ensemble des services et unités de soins |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>2019-2020 et suivants | **Indicateurs de suivi**<br><br>**Action 1** : étude médico-économique réalisée<br>**Action 2** : suivi des consultations externes |

## Axe n° 5 : DEVELOPPER LE LIEN VILLE HOPITAL EN AMELIORANT LA COORDINATION DES PARCOURS DE SOINS DES PATIENTS

*Parce qu'ils sont les premiers « adresseurs » de l'hôpital, la qualité des relations avec les professionnels libéraux et la médecine de ville revêt elle aussi un caractère stratégique dans la mesure où elle permet de fluidifier les parcours de soins. C'est la raison pour laquelle* ***le Centre Hospitalier d'Hazebrouck souhaite développer le lien ville hôpital et faciliter les échanges avec les professionnels de santé.***

*L'un des objectif du projet Management et Gouvernance prévoit l'élaboration et la définition d'une politique de communication, visant notamment à faire connaitre l'offre de soins du Centre Hospitalier. Cette action devrait contribuer à améliorer le lien Ville Hôpital.*

*D'autre part, dans un contexte où les ressources médicales sont rares, la télémédecine (téléconsultations) peut être une solution pour développer le lien ville hôpital. La télémédecine permet une pratique médicale à distance mettant en rapport, entre eux ou avec un patient, plusieurs professionnels de santé dont un professionnel médical.*

*Elle s'intègre au sein du parcours de soins en vue d'améliorer l'accès aux soins, la qualité de prise en charge, la qualité de vie et de diminuer les évènements graves.*

*La zone de proximité du ressort du Centre Hospitalier d'Hazebrouck est conséquente, notamment si l'on considère la zone d'intervention de l'HAD. Cette zone est rurale et rend l'accès aux soins malaisé pour certains patients.*

*Le Centre Hospitalier d'Hazebrouck possède l'expérience en ce domaine par sa contribution à la filière de prise en charge de l'AVC, la plateforme TéléUrg, la visioconférence et la disposition de matériels en place.*

*Les cibles potentielles de mise en place s'intègrent au sein de l'HAD, les EHPAD et les maisons médicales et/ou concerne des prises en charge spécifiques comme La néphrologie et la néphro-gériatrie, les plaies complexes, l'oncologie… L'un des premiers axes de travail serait de mettre en place des téléconsultations en soins palliatifs en partenariat avec l'HAD.*

*Enfin, l'information et la communication en direction des médecins libéraux et médecine de ville doivent être développées et améliorées. Actuellement, l'information ville-hôpital est essentiellement orale. Elle doit être mieux structurée et pouvoir bénéficier des outils ou nouvelles technologies numériques tel que les prises de RV en ligne ; possibilité de rappel de RV à l'hôpital, la mise en ligne des résultats de laboratoire…*

### Objectif 1 : Mettre en place la télémédecine

**Actions**

1. Mettre en place les téléconsultations en Soins Palliatifs pour les patients sortant en HAD et assurer le suivi au domicile ou en HAD
2. Mettre en place les téléconsultations de suivi des patients pris en charge en HAD ou EHPAD dans le cadre de pansements complexes et de soins de stomies

| Personnes responsables et acteurs de l'objectif | Autres services ou structures concernées par l'objectif |
|---|---|
| Chef de pôle<br>Médecin Coordonnateur HAD / EHPAD<br>Direction des Soins et Cadres de santé | Direction Système d'Information Hospitalier<br>Direction Finances<br>Médecins traitants |
| **Calendrier de réalisation** | **Indicateurs de suivi** |
| **Action 1** : 2020<br>**Action 2** : 2020- 2021 | Nombre de téléconsultations/nombre de patients/résidents suivis |

| **Objectif 2 : Développer la communication/information entre l'hôpital et la médecine de ville** | |
|---|---|
| **Actions**<br><br>1. Développer les outils numériques (Rendez-vous en ligne, outils télémédecine, bornes d'accueil…)<br>2. Mieux faire connaitre les activités réalisées au Centre Hospitalier d'Hazebrouck<br>3. Mettre en place un comité ville hôpital<br>4. Participer aux réflexions et mise en place des Maisons de Santé Pluri professionnelles/Communautés Professionnelles Territoriales de Santé. | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>Direction Générale/Direction des affaires médicales<br>Président de CME<br>Direction communication | **Autres services ou structures concernées par l'objectif**<br><br>L'ensemble des unités du CHH<br>Les médecins traitants<br>La DSI |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>**Action 1** : 2020 et suivants<br>**Action 2** : 2020 et suivants<br>**Action 3** : 2020-2021<br>**Action 4** : 2022 | **Indicateurs de suivi**<br><br>**Action 1 :** mise en œuvre du programme DSI<br>**Action 2 :** nombre de point presse et /ou s de presse/ rencontres avec les médecins traitants.<br>**Action 3 :** comité installé/évaluation de la satisfaction des médecins traitants<br>**Action 4 :** nombre de participation aux réunions |

Les dernières évolutions législatives et règlementaires modifiant l'application de la loi HPST promulguée en Juillet 2009 restreignent le pouvoir décisionnel de l'Etablissement au profit du GHT pour ce qui concerne :

- La stratégie relative au système d'information que le Centre Hospitalier d'Hazebrouck doit rendre convergent avec les 9 autres membres,
- La gestion d'un département de l'information médicale de territoire,
- La formation achats,
- L'édification des plans de formation continue et de développement professionnel continu.

Ces compétences échappent désormais à l'Etablissement qui voit son champ d'action restreint et par la même son autonomie dans l'optique de la rationalisation des coûts et des compétences.

**Le pilotage par pôle et le dialogue de gestion :**

Parallèlement à cette évolution, dont il faut tenir compte, le Centre Hospitalier d'Hazebrouck veut renforcer l'application du principe de subsidiarité et a procédé au découpage de l'Etablissement en 3 pôles médicaux et un pôle médico-technique (au lieu de 2), ce qui permet une clarification des rôles et une responsabilisation des acteurs qu'il faudra accompagner dans leur mission. Cette gouvernance permettra de rechercher la performance au travers des contrats de pôle et au plus près du terrain. La mise en place d'une délégation de gestion au sein des pôles sera étudiée. Le pôle reste le cadre de la gestion hospitalière et doit mettre en application la stratégie définie dans le projet d'établissement. Il a un rôle central dans le projet managérial et de gouvernance et sa place est réaffirmée dans l'organisation de l'institution.

**Un management de proximité :**

La gouvernance du pôle s'appuie sur une pluralité d'acteurs, et en particulier sur les Cadres, véritable relai pour la mise en œuvre de la politique et de la stratégie de l'Etablissement. La mise en place de la gouvernance par pôle et l'accompagnement des acteurs de cette gouvernance devrait faciliter ce rôle de relai.

Le Centre Hospitalier d'Hazebrouck doit soutenir les Cadres dans leur métier et mission, conforter leur place dans l'institution et leur donner les moyens de décliner la politique institutionnelle au sein des pôles et des services.

**Le développement durable (DD) :**

De même, la thématique du développement durable (DD) est vite apparue comme un élément transversal, présent

dans les différents volets du projet d'établissement et reprenant les 3 dimensions autour desquelles il s'articule à savoir la dimension environnementale et économique (abordée dans le projet logistique) et la dimensions sociale et sociétale (abordée dans le projet social).

Les établissements de santé dont le CH d'Hazebrouck s'organisent pour conduire des actions relatives au DD au quotidien.

En mail 2019, le CHH a souhaité effectuer un diagnostic DD pour avoir un état des lieux de sa maturité globale en matière de DD. Les supports d'entretien pour le diagnostic DD ont été construits en se référant à l'Observatoire « développement Durable » de l'ANAP, à la documentation et aux outils de l'ADEME.
De nombreuses actions sont déjà menées au quotidien, sans être intégrées dans une politique globale et sans être mises en valeur. Le DD sera intégré dans la stratégie de management de l'établissement.

**La politique de communication :**

Enfin, si des actions existent déjà, l'Etablissement doit améliorer sa communication pour mieux se faire connaitre des usagers et des partenaires extérieurs, mais également pour faciliter la communication interne au sein des équipes et entre les équipes dans le but d'une meilleure connaissance mutuelle et ainsi développer le sentiment d'appartenance.

| **Objectif 1 : Mettre en place le pilotage par pole et développer le dialogue de gestion** | |
|---|---|
| **Actions**<br><br>1. Définir le rôle et les missions de chacun au sein des pôles<br>2. Accompagner les acteurs dans la gouvernance des pôles<br>3. Contractualiser et signer les contrats de pôles | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>Direction /Direction finances / Contrôleur de Gestion<br>Directions fonctionnelles/ Direction des Soins /Encadrement<br>Direction Qualité<br>Chefs de pôles | **Autres services ou structures concernées par l'objectif**<br><br>Ensembles des services du Centre Hospitalier d'Hazebrouck |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>**Action 1** : fin 2019 2020<br>**Action 2** : 2020 et suivants<br>**Action 3** : fin 2019- début 2020 | **Indicateurs de suivi**<br><br>**Action 1 :** nombre de formations<br>**Action 2 :** outils de pilotage réalisés, proposés et partagés<br>**Action 3 :** nombre de contrats signés |

| **Objectif 2 : Favoriser un management de proximité** | |
|---|---|
| **Actions**<br><br>1. Permettre aux Cadres d'être les relais de la politique institutionnelle en favorisant le développement des compétences des Cadres et en structurant la communication de la stratégie de l'Etablissement envers les Cadres<br>2. Soutenir les Cadres dans leurs missions en facilitant leur accueil et en les accompagnants dans leur pratique managériale<br>3. Améliorer la communication et les interfaces | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>Direction/DS/DRH | **Autres services ou structures concernées par l'objectif**<br><br>Ensemble de l'Encadrement de l'Etablissement |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>2020-2023 | **Indicateurs de suivi**<br><br>**Action 1 :**<br>- Formation de l'Encadrement (développement de compétences ; management par projet)<br>- Participations aux réunions ; support de communication..<br>**Action 2 :**<br>- Procédure d'accueil écrite et partagée<br>- Procédures/outils pour harmoniser les pratiques managériales<br>- Projets menés par Encadrement<br>**Action 3** : Temps d'échange/dialogue de gestion formalisé |

| **Objectif 3 : Formaliser la démarche de développement durable au centre hospitalier d'Hazebrouck** | |
|---|---|
| **Actions**<br><br>1. Mettre en place un comité de pilotage et désigner un référent « DD »<br>2. Faire connaitre la politique de DD à toutes les parties prenantes<br>- Elaborer une charte de DD propre à l'établissement et la communiquer<br>- Mettre en évidence notre engagement DD dans toutes nos communications internes et externes. | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>Directrice<br>Responsable qualité<br>Directeur communication | **Autres services ou structures concernées par l'objectif**<br><br>Copil DD<br>Ensemble des responsables et cadres de santé |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>**Action 1 :** 2020<br>**Action 2 :** 2020-2021 | **Indicateurs de suivi**<br><br>**Action 1 :** Comptes Rendus CoPil DD<br>**Action 2 :**<br>- Charte DD<br>- Supports de communication |

<table>
<tr><th colspan="2"><u>Objectif 4</u> : Elaborer et développer une politique de communication.</th></tr>
<tr><td colspan="2"><u>Actions</u><br><br>1. Structurer et créer une cellule « communication »<br>2. Faire connaitre l’offre de soins du Centre Hospitalier d’Hazebrouck<br>3. Améliorer la communication interne / institutionnelle</td></tr>
<tr><td><u>Personnes responsables et acteurs de l’objectif</u><br><br>Directeur communication</td><td><u>Autres services ou structures concernées par l’objectif</u><br><br>Les autres services de l’hôpital<br>Encadrement</td></tr>
<tr><td><u>Calendrier de réalisation</u><br><br>Action 1 : 2019<br>Action 2 : 2019 et suivants<br>Action 3 : 2019 et suivants</td><td><u>Indicateurs de suivi</u><br><br>Cellule « communication » : nombre de réunions<br>Actions et supports de communication vers adresseurs et usagers/articles presse<br>Réunions / supports de communication</td></tr>
</table>

# LE PROJET DE SOINS

Traversé par de nombreuses influences économiques, technologiques, politiques voire éthiques, l'Hôpital doit, dans le même temps, s'adapter aux évolutions des besoins des usagers. Ces évolutions imposent des modifications profondes des organisations et des relations entre professionnels et usagers. Il est devenu primordial pour chacun de se définir sur le plan professionnel et de réfléchir à son action afin de garantir la qualité et la sécurité des soins. L'expertise et la fiabilité des savoir-faire conditionnent la qualité des prestations et la capacité à collaborer. Le professionnel de santé est une personne ressource sur laquelle l'hôpital doit pouvoir s'appuyer. L'enjeu est de développer l'interdisciplinarité et la créativité afin de favoriser l'expression collective et l'adaptation au changement. Dans ce même courant, ce projet de soins (feuille de route pour les soignants qui rend compte de l'activité et du fonctionnement d'une structure sur une période donnée) a vocation à souligner l'investissement de tous. Au travers des actions menées, il met en exergue un savoir collectif.

## Fondements du projet de soins

La politique de soins s'inscrit dans le cadre de la politique générale et médicale de l'établissement.

Elle vise à offrir aux usagers des soins et des prestations de qualité centrées sur les besoins et problèmes spécifiques des patients. Elle est basée sur une conception pertinente et réaliste des soins qui permet de prendre en charge le patient et ou le résidant dans sa globalité et l'aider à recouvrer son autonomie. De même elle permet aux soignants d'assister le patient et ou le résidant dans ses derniers moments.

Les soins sont dispensés par du personnel qualifié et spécialisé. Les compétences des professionnels paramédicaux sont ajustées et évaluées par les responsables hiérarchiques.

## Valeurs et philosophie

L'ensemble des professionnels de soins respecte les valeurs de l'institution, mais aussi les droits et les devoirs des usagers, les codes de déontologie ainsi que le secret professionnel.

La coordination des soins repose sur :

- Une direction des soins dont le rôle et les missions sont clairement définis
- Une philosophie de soins précisant les valeurs professionnelles retenues comme essentielles : **le respect et l'équité mais aussi l'interdisciplinarité**.

  Chaque professionnel a un rôle essentiel, il est le maillon d'une chaîne des soins. La personne soignée est placée au centre des préoccupations.

- Une conception des soins fondée sur deux postulats : l'éthique et le professionnalisme.

  Les principes de la charte de la personne hospitalisée sont respectés par les professionnels dans leurs pratiques et font l'objet d'un affichage dans les unités, le livret d'accueil du patient et du personnel.

  Conformément à la loi du 4 mars 2002, une démarche de réflexion éthique est initiée : elle est basée sur les recommandations de bonnes pratiques et du manuel de certification HAS.

- La responsabilisation des professionnels dans leurs pratiques des soins, dans leurs obligations vis-à-vis de la personne soignée (secret professionnel, les droits des patients), dans leurs obligations vis-à-vis de l'établissement (discrétion professionnelle, l'exécution du travail, investissement dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins).

**Méthodologie utilisée**

Le projet de soins a été réfléchi afin de donner un sens aux pratiques professionnelles et permettre l'appropriation de celui-ci par les acteurs de terrain. La direction des soins a retenu

3 axes qui ont servi de fil conducteur à la réflexion et à la production des équipes pluridisciplinaires :

- S'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins, quel que soit le parcours de l'usager
- Coordonner l'organisation des soins et les pratiques managériales
- Contribuer à l'enseignement, la formation et les pratiques innovantes, en collaboration avec le GHT

Cette démarche, portée par la direction des soins, les cadres de santé, a permis une participation lors de la production, au plus près des attentes des acteurs de terrain, répondant à une prise en charge de qualité de l'usager.

**Les outils du projet de soins**

Les tableaux ci-dessous représentent le nouvel outil de suivi mettant en commun les actions issues du projet de soins des années précédentes ainsi que les actions engagées dans le cadre de l'analyse des processus V2014. Cela permet de faire le lien et de renforcer des actions se rapportant à la prise en charge des personnes soignées.

Aujourd'hui, le projet de soins représente un outil de management simple et pragmatique d'analyse et de modélisation d'une organisation ; le but étant de détecter les points faibles, d'initier et de suivre des actions d'amélioration. Il doit susciter une réflexion et un questionnement permanent pour agir de façon utile et réfléchie en renforçant l'interdisciplinarité, la coordination et l'implication de chaque professionnel dans la démarche.

## AXE N° 1 : GARANTIR DES SOINS DE QUALITE, TOUT AU LONG DES PARCOURS DES USAGERS

- **Objectif 1 : Assurer l'accueil et la prise en charge des usagers dans le respect de la qualité, la sécurité et la continuité des soins**

**Actions :**

1. Renforcer la coordination pluridisciplinaire autour du parcours de l'usager et notamment en service d'hospitalisation à domicile (SSIAD, service d'aide à domicile, CH partenaires, établissements sociaux et médico-sociaux).
2. Assurer un accueil paramédical en continu des urgences et des soins non programmés
3. Poursuivre le déploiement de la chirurgie ambulatoire
4. Adapter les organisations du bloc opératoire aux innovations et accompagner le développement des nouvelles pratiques
5. Améliorer la prise en charge en salle de naissance et poursuivre l'initiative hôpital ami des bébés
6. Structurer les organisations de soins en service de médecine et de soins palliatifs
7. Améliorer les activités de réadaptation et de rééducation

| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif** | **Autres services ou structures concernées par l'objectif** |
|---|---|
| Direction des soins<br>Encadrement paramédical des services concernés<br>Ensemble du personnel soignant | Equipes médicales<br>Equipes d'accueil et d'admission<br>Secrétariats médicaux |
| **Calendrier de réalisation** | **Indicateurs de suivi** |
| En continu | Indicateurs qualité sécurité des soins IQSS<br>Enquête satisfaction patient<br>Registre des plaintes et réclamations<br>Participation des usagers aux divers projets |

| Objectif 2 : Assurer les soins auprès des populations spécifiques et/ou vulnérables | |
|---|---|
| **Actions :**<br><br>1. Sensibiliser et former le personnel à la prise en charge des populations spécifiques et/ou vulnérables :<br>- Enfants, adolescents,<br>- Personnes âgées,<br>- Handicapées,<br>- Personnes présentant une fragilité psychologique<br>- Et personnes présentant une addiction<br>- Personnes en situation de précarité<br>2. Améliorer l'accueil et prise en soins des personnes âgées au sein de l'établissement<br>3. Améliorer l'accueil et prise en soins des personnes souffrant d'addiction<br>4. Améliorer l'accueil et prise en soins des personnes en situation de handicap<br>5. Prévenir et améliorer les prises en soins des personnes présentant une fragilité psychologique<br>6. Repérer et accompagner les personnes victimes de violences conjugales | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>Direction des soins<br>Encadrement paramédical<br>Service social<br>Equipe de psychologues<br>Ensemble du personnel soignant | **Autres services ou structures concernées par l'objectif**<br><br>Service de formation continue<br>EHPAD<br>CSAPA<br>Equipe de liaison ELSA<br>Service d'accueil et d'admission |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>En continu | **Indicateurs de suivi**<br><br>Indicateurs qualité sécurité des soins IQSS<br>Satisfaction patient<br>Plaintes et réclamations<br>Nombre de formations réalisées<br>Rencontres avec les partenaires<br>Bilan de la PASS |

| Objectif 3 : Poursuivre la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins notamment des vigilances sanitaires | |
|---|---|
| **Actions :**<br><br>**Maîtrise du risque infectieux**<br>1. Privilégier la prévention des risques associés aux soins liés aux gestes invasifs<br>2. Poursuivre la sensibilisation du personnel au respect des règles d'hygiène<br>3. Limiter le nombre d'infections associées aux soins<br><br>**Identitovigilance**<br>4. Collaborer aux actions menées autour de l'identitovigilance<br>5. Disposer d'une organisation permettant de sécuriser l'identité du patient à toutes les étapes de la prise en charge<br>6. Gérer les erreurs d'identité (détection et correction) en collaboration avec les services administratifs et la CIV<br><br>**Hémovigilance :**<br>7. Accompagner les équipes dans la sécurisation du processus de transfusion sanguine<br><br>**Radioprotection :**<br>8. Mettre en place de la démarche qualité en application de la décision ASN de l'arrêté du 8 février 2019.<br><br>**Matériovigilance**<br>**9.**<br><br>**Pharmacovigilance :**<br>10. Mettre en place du rangement des armoires à pharmacie par DCI, sérialisation, nouveaux piluliers en EHPAD et/ou automate | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>Direction des soins<br>Encadrement paramédical<br>UPRIAS<br>CIV<br>CSTH<br>Gestion des risques<br>Médecins responsables | **Autres services ou structures concernées par l'objectif**<br><br>Service de formation continue<br>EHPAD<br>Service d'accueil et d'admission<br>Secrétariat médical |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>En continu | **Indicateurs de suivi**<br><br>Indicateurs qualité sécurité des soins IQSS<br>Satisfaction patient<br>Plaintes et réclamations<br>Nombre de signalements de vigilances sanitaires |

| Objectif 4 : Respecter les droits des usagers | |
|---|---|
| **Actions :**<br><br>**1. Poursuivre la culture de la bientraitance**<br>- Information des nouveaux arrivants<br>- Communication autour de la charte de bientraitance<br>- Evaluer les pratiques en lien avec droits des usagers et bientraitance (discrétion, droit de réserve, confidentialité, liberté d'aller et venir…)<br>- Poursuivre la démarche de réflexion éthique dans l'établissement et au sein des réseaux<br>- Sensibiliser et former le personnel à la bientraitance<br>- Préserver l'autonomie et respecter la dignité inaliénable de toute personne accueillie, sans discrimination d'âge, de sexe, de religion, dans le cadre d'un projet de soins et de vie personnalisé<br>- Améliorer l'accompagnement des personnes en fin de vie et le recueil des directives anticipées<br>- Respecter au mieux les projets de naissance des futurs parents<br><br>**2. Renforcer la lutte contre la maltraitance**<br>- Favoriser la prise de conscience des formes banalisées ou passives de maltraitance (formation et information, staff, visite à domicile…)<br>- Développer une politique d'incitation aux signalements des faits de maltraitance auprès des soignants et recueillir les plaintes et réclamations selon la procédure établie<br>- Communiquer les résultats des travaux auprès de la CDU | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>Direction des soins<br>Encadrement paramédical et équipe soignante<br>Espace de réflexion éthique<br>Equipes médicales<br>Equipe travailleurs sociaux | **Autres services ou structures concernées par l'objectif**<br><br>Service de formation continue<br>EHPAD<br>Service d'accueil et d'admission |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>En continu | **Indicateurs de suivi**<br><br>Satisfaction patient<br>Plaintes et réclamations<br>Nombre de signalement de maltraitance et actions correctives<br>Réalisation du plan de formation<br>Suivi des indicateurs qualité et de l'enquête e-satis<br>Nombre de CDU |

| **Objectif n° 5 : Améliorer les transmissions écrites et orales afin d'assurer la continuité et la coordination des soins** | |
|---|---|
| **Actions :**<br><br>1. Améliorer la tenue des dossiers, la complétude des transmissions (former l'ensemble des équipes à la qualité des transmissions ciblées, sensibiliser les équipes médicales…)<br>2. Développer une communication orale et écrite limitant les pertes d'information (lors des transferts, des sorties …)<br>3. Collaborer avec le service informatique afin d'optimiser l'utilisation des outils informatiques (adaptation des outils, accessibilité des réseaux, matériel mis à disposition…)<br>4. Développer les outils de chemin clinique<br>5. Garantir le secret professionnel et la sécurisation de l'accès aux informations des patients | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>Direction des soins<br>Encadrement paramédical et équipes soignantes<br>Equipes médicales<br>Service informatique | **Autres services ou structures concernées par l'objectif**<br><br>Service de formation continue<br>EHPAD<br>Secrétariats médicaux |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>En continu | **Indicateurs de suivi**<br><br>Satisfaction patient<br>Plaintes et réclamations<br>Réalisation du plan de formation<br>Nombre de formations<br>Suivi des indicateurs qualité et de la tenue des dossiers<br>Réalisation des évolutions demandées dans le cadre du DPI |

## AXE N° 2 : COORDONNER L'ORGANISATION DES SOINS ET LES PRATIQUES MANAGERIALES

**Objectif n° 1 : Améliorer l'accès à des examens complémentaires ou des soins de support (prise en charge des troubles nutritionnels, de la douleur, accompagnement social des personnes soignées…)**

**Actions :**

1. Fluidifier le parcours patient en imagerie (prescription informatisée, contrat inter-service dans le but de formaliser et d'optimiser la prise en charge, formalisation de protocoles…)
2. Brancardage : projet d'informatisation des demandes afin de fluidifier les parcours.
3. Dépister et traiter au mieux les différents types de douleur
   - Améliorer la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables
   - Poursuivre la formation continue des professionnels
   - Améliorer les modalités de traitement médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en soins de qualité
   - Structurer la filière de soins de la douleur en particulier chronique dite rebelle : HAD, Hôpital de Jour (chimiothérapie, radiothérapie), Soins palliatifs
4. Améliorer le suivi nutritionnel :
   - Systématiser l'évaluation nutritionnelle et mettre en œuvre le projet nutritionnel
   - Renforcer la consultation de diététique, notamment chez les patients dénutris et en surpoids.
   - Améliorer la qualité des repas servis
   - Réaliser l'éducation thérapeutique des patients souffrant de diabète ou de maladie cardiovasculaire
   - Développer la prise en soins des patients en surpoids et obèses
5. Faciliter l'accès à un accompagnement social

| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif** | **Autres services ou structures concernées par l'objectif** |
|---|---|
| Direction des soins<br>Encadrement soignant<br>Equipes paramédicales<br>Equipe socio-éducative<br>Equipes médicales | Service de formation continue<br>Secrétariat médicaux<br>Service cuisine |
| **Calendrier de réalisation** | **Indicateurs de suivi** |
| En continu | Satisfaction patient<br>Délai d'obtention d'un rendez-vous en imagerie et consultations externes<br>Utilisation des échelles d'évaluation de la douleur et la réévaluation<br>Nombre de patients ayant intégrés les programmes d'éducation thérapeutique<br>Nombre de patients suivis dans le cadre d'un état de dénutrition |

| **Objectif n° 2 : Prévenir les risques de ruptures de parcours et renforcer la coordination entre les professionnels (ville/hôpital)** | |
|---|---|
| **Actions :**<br><br>1. Organiser la sortie de l'usager en assurant la qualité, la sécurité et la continuité des soins<br>2. Améliorer la prise en charge aux urgences, en optimisant les circuits patients et en amélioration la coordination avec les lits d'aval (projet nouvelle unité des urgences)<br>3. Optimiser la gestion des lits au sein de l'établissement<br>4. Renseigner les outils ARS (ROR - ORU : élaboration d'indicateurs pour identifier les tensions hospitalières)<br>5. Identifier les risques liés aux différents parcours et réflexion sur l'amélioration du parcours de la personne âgée aux urgences (ASSURE) et en orthogériatrie<br>6. Améliorer accueil administratif et soignant dans l'établissement<br>7. Poursuivre le développement du dispositif PRADO<br>8. Pérenniser et développer les partenariats avec l'HAD, afin d'assurer la continuité des soins au domicile<br>9. Poursuivre la collaboration au sein du réseau périnatalité<br>10. Poursuivre le développement des actions auprès des réseaux du CSAPA | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>Direction des soins<br>Encadrement et équipe paramédical<br>Equipe socio-éducative<br>Secrétariat médicaux | **Autres services ou structures concernées par l'objectif**<br><br>Service de formation continue<br>Equipes médicales<br>EHPAD partenaires<br>Partenaires de l'HAD<br>Partenaires du CSAPA |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>En continu | **Indicateurs de suivi**<br><br>Présence de l'infirmière organisatrice de l'accueil<br>Gestion des lits de l'établissement en temps réel<br>DMS et IPDMS dans les moyennes nationales<br>Dispositif de gestion de l'afflux de patients connu et maitrisé<br>Satisfaction patient<br>Satisfaction des partenaires<br>Nombre de conventions signées<br>Pourcentage de patients relevant du dispositif PRADO |

| Objectif n° 3 : Accompagner les équipes dans le développement de projets médico-soignants | |
|---|---|
| **Actions :**<br><br>1. Accompagner les équipes dans la conduite de changement<br>2. Réfléchir à des innovations managériales<br>3. Faciliter le développement des projets et des restructurations<br>4. Accompagner l'encadrement soignant dans les évolutions de gestion hospitalière<br>5. Accompagner les équipes dans la concrétisation des contrats de pôle, dans une démarche participative et collaborative | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>Direction des soins<br>Encadrement et équipe paramédical | **Autres services ou structures concernées par l'objectif**<br><br>Equipes médicales<br>Direction générale et des ressources humaines<br>Direction technique et logistique |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>En continu | **Indicateurs de suivi**<br><br>Projets paramédicaux menés à bien<br>Adéquation des outils de travail aux besoins du terrain<br>Communication facilitée entre les équipes et la direction<br>Signature des contrats de pôle |

<table>
<tr><th colspan="2">Objectif n° 4 : Synchroniser les temps médicaux et paramédicaux</th></tr>
<tr><td colspan="2">Actions :<br><br>1. Aider les équipes à travailler de façon coordonnée pour la qualité et la sécurité des soins aux patients, leur propre bien-être au travail et aussi pour l'efficience de l'établissement.<br>2. Faciliter la communication entre les équipes, afin de limiter la perte d'informations sur les situations de soins<br>3. Travailler sur l'organisation des soins auprès des usagers afin de mieux adapter les interventions des professionnels<br>4. Accompagner les équipes dans la conduite de changement<br>5. Mise en place des outils facilitateurs, édités par l'ANAP, pour les services ciblés<br>6. Réfléchir à des innovations managériales</td></tr>
<tr><td>Personnes responsables et acteurs de l'objectif<br><br>Direction des soins<br>Encadrement et équipe paramédical<br>Equipes médicales</td><td>Autres services ou structures concernées par l'objectif</td></tr>
<tr><td>Calendrier de réalisation<br><br>En continu</td><td>Indicateurs de suivi<br><br>Rupture de parcours de soins<br>Satisfaction patients<br>Adéquation des outils de travail aux besoins du terrain<br>Nombre de réunions et de staff, CREX, RMM…<br>Nombre et contenu des FEI sur le sujet</td></tr>
</table>

| AXE N° 3 : CONTRIBUER A L'ENSEIGNEMENT, LA FORMATION ET LES PRATIQUES INNOVANTES, EN COLLABORATION AVEC LE GHT | |
|---|---|
| **Objectif n° 1 : Etre force de propositions dans le développement d'outils innovants, dans le domaine du numérique** | |
| **Actions :**<br><br>1. Faciliter et sécuriser l'organisation des soins grâce à l'informatisation d'outils<br><br>2. Développer des outils numériques au plus près des besoins des patients (suivi des maladies chroniques…) et des professionnels de santé<br>- Informatisation des blocs opératoires<br>- Informatisation au chevet du patient en HAD<br>3. Favoriser l'utilisation de nouvelles technologies dans les pratiques soignantes et/ou les organisations<br>4. Accompagner les équipes médicales dans le déploiement de la télémédecine<br>5. Collaborer au déploiement de la plateforme PREDICE en collaboration avec le GHT LMFI | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>Equipes médicales<br>Direction des soins<br>Encadrement paramédical<br>Service informatique | **Autres services ou structures concernées par l'objectif**<br><br>Services techniques |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>En continu | **Indicateurs de suivi**<br><br>Nombre de FEI et de réclamations sur le sujet<br>Nombre de maintenance gérée<br>Nombre d'évolutions sur l'outil informatique et délai de gestion de celles-ci<br>Nombre d'utilisateurs et de téléconsultations<br>Satisfaction des patients<br>Analyse des données entre professionnels de santé sécurisée, utilisation PREDICE |

| **Objectif n° 2 : Développer une politique de prévention et de promotion de la santé ainsi que d'éducation thérapeutique** | |
|---|---|
| **Actions :**<br><br>1. Permettre aux usagers d'améliorer la maîtrise de leur propre santé (promotion de la santé).<br>2. Développer un large panel d'interventions afin de favoriser et protéger la santé et la qualité de vie au niveau individuel, en luttant contre les principales causes de la mauvaise santé (prévention)<br>3. Participer aux campagnes nationales de prévention et promotion de la santé<br>4. Créer des événements propres à l'établissement, en mettant en œuvre des actions ciblées avec ses partenaires (campagnes en faveur de la vaccination, du tabac, du dépistage du cancer, de l'AVC …) afin de sensibiliser les usagers.<br>5. Développer et rendre plus lisible nos programmes d'éducation thérapeutique labélisés : obésité, insuffisance cardiaque, diabète | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>Direction des soins<br>Acteurs engagés dans les programmes d'ETP et de prévention-promotion de la santé : Coordinatrice ETP, CSAPA<br>Equipes médicales et paramédicales<br>Equipes socio-éducatives | **Autres services ou structures concernées par l'objectif**<br><br>Service communication<br>Partenaires spécialisés dans la prévention et promotion de la santé (Trèfle, 3C, santé au cœur des monts de Flandre, RPSM, réseau périnatalité…) |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>En continu | **Indicateurs de suivi**<br><br>Nombre d'actions et leur fréquentation<br>Nombre de patients suivis en ETP<br>Satisfaction des patients |

| Objectif n° 3 : Développer les compétences et l'expertise des paramédicaux | |
|---|---|
| **Actions :**<br><br>1. Développer une politique de formation continue pluriannuelle<br>2. Accompagner les nouveaux arrivants grâce à une formation adéquate<br>3. Actualiser les connaissances des paramédicaux dans le domaine de la gestion de l'urgence vitale<br>4. Développer l'apprentissage par la simulation en santé<br>5. Renforcer et faciliter la collaboration entre les instituts/écoles et l'établissement en tant que terrain de stage | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>Direction des soins<br>DRH<br>Encadrement paramédical<br>Service de formation continue et de gestion des stages | **Autres services ou structures concernées par l'objectif**<br><br>Instituts de formations paramédicales<br>Organismes de formations professionnelles |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>En continu | **Indicateurs de suivi**<br><br>Nombre de journées de formations réalisées<br>Satisfaction des agents à l'issue de la formation<br>Satisfaction des agents dans l'accompagnement à la prise de poste<br>Evaluation des compétences et nombre de promotions professionnelles<br>Satisfaction des étudiants à l'issue du stage |

# LE PROJET SOCIAL

Le projet social, composante du projet d'établissement, doit définir dans chaque établissement de santé « les objectifs généraux de la politique sociale, ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs ». Ses domaines d'action doivent notamment porter sur « la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications, et la valorisation des acquis professionnels ».

Au-delà de son caractère réglementaire, le Projet social vise à définir une politique sociale et managériale associant l'ensemble de la communauté hospitalière autour d'objectifs communs et de valeurs partagées, notamment les valeurs attachées au service public.

Le Projet Social constitue l'un des documents structurant le Projet d'Etablissement. Il s'inscrit dans ses orientations et il se situe en cohérence avec celui-ci, et notamment, avec le Projet Médical, le Projet de Soins et le Projet Qualité, avec lesquels il partage des axes ou points communs.

Le Projet Social se veut représentatif des préoccupations de l'ensemble des professionnels. Il se décline autour de 4 axes :

- Promouvoir la santé au travail
- Favoriser la qualité de vie au travail
- Poursuivre la démarche GPMC et favoriser le développement des compétences
- Développer le dialogue social

## AXE N° 1 : PROMOUVOIR LA SANTE AU TRAVAIL

**Objectif 1 : Optimiser l'évaluation des risques professionnels, améliorer les conditions de travail et prévenir les situations de violence**

**Actions :**

1. Développer une démarche intégrative d'Evaluation des Risques Professionnels en actualisant la méthodologie du DUERP (en lien avec l'accompagnement de la CARSAT)
2. Articuler Evaluation des Risques Professionnels et un travail d'analyse des accidents de travail
3. Organiser des actions partagées de formation, d'information, de sensibilisation s'inscrivant dans le cadre de l'amélioration des conditions de travail et la prévention des risques professionnels
4. Intégrer l'Evaluation des Risques Professionnels à la politique et à la gestion RH, dans le cadre d'un travail partagé et transversal entre la DRH, la cellule qualité, le SST et les directions fonctionnelles
5. Développer des travaux autour de la prévention, de la prise en charge et de l'accompagnement de la violence afin de ne jamais banaliser les situations d'agressivité et de violence envers les professionnels

| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif** | **Autres services ou structures concernées par l'objectif** |
|---|---|
| Direction des ressources humaines<br>Qualité<br>Direction des soins<br>Services techniques<br>CHSCT<br>CARSAT | |
| **Calendrier de réalisation** | **Indicateurs de suivi** |
| En continu : 2020 -2023 | Nombre de risques identifiés au DUERP + Taux de risque faisant l'objet d'actions correctrices<br>Pourcentage de risques côtés prioritaires / à diminuer / à surveiller<br>Nombre de jours d'absence pour AT<br>Taux d'actualisation du DUERP |

| Objectif 2 : Prévenir l'absentéisme, repérer, évaluer et lutter contre les risques psychosociaux | |
|---|---|
| **Actions :**<br><br>1. Définir et actualiser régulièrement les cadres de fonctionnement des services en intégrant les données liées à l'activité et organiser les conditions de remplacement en cas de besoin<br>2. Développer l'analyse régulière des données d'absentéisme pour une mise en œuvre d'un plan d'actions<br>**3.** Mettre en œuvre des démarches de prévention de l'absentéisme<br>4. Renforcer la compétence et l'implication des cadres ainsi que du corps médical dans la prévention et le repérage des RPS<br>5. Accompagner les professionnels dès la déclaration de grossesse pour l'aménagement de poste<br>6. Systématiser le suivi et la diffusion d'indicateurs d'absentéisme<br>7. Sur la base des indicateurs d'absentéisme, développer des actions ciblées selon une approche concertée avec l'encadrement et l'équipe (entretiens individuels et collectifs)<br>8. Développer les entretiens de retour d'absence à visée préventive (situations d'absences répétées)<br>9. Favoriser la reprise du travail (entretiens DRH, temps partiel thérapeutique…)<br>10. Renforcer l'information des professionnels concernant leurs droits et obligations en matière d'absence ainsi que les modalités de contrôle et conséquences en cas de manquement<br>11. Renforcer et développer la politique de lutte contre les addictions (alcool, tabac et drogue) en favorisant l'information des professionnels quant aux possibilités de dépistage, d'accompagnement et de prise en charge des addictions | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>Direction des ressources humaines<br>Qualité<br>Direction des soins<br>Services techniques<br>CHSCT<br>CME | **Autres services ou structures concernées par l'objectif** |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>En continu : 2020 -2023 | **Indicateurs de suivi**<br><br>Maquettes organisationnelles et cadres de fonctionnement actualisés chaque année<br>Taux d'absentéisme CMO-CLM-CLD<br>Taux d'absentéisme par unité<br>Taux d'absentéisme MO en lien avec une maternité<br>Suivi des agents en difficulté de santé |

| **Objectif 3 : Poursuivre la politique d'insertion et de maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap, de restriction d'aptitude ou en poste adapte** | |
|---|---|
| **Actions :**<br><br>1. Destigmatiser le travail des personnes en situation de handicap par des actions de communication sur l'accueil, l'accompagnement et l'intégration de ces professionnels ainsi que sur les évolutions des représentations du handicap (charte, journée évènementielle avec les partenaires extérieurs…)<br>2. Renforcer l'accompagnement et l'insertion des professionnels en situation de handicap<br>3. Favoriser la reprise du travail<br>4. Développer les échanges sur les situations complexes entre la DRH, la DS et le SST<br>5. Recenser les professionnels occupant des postes aménagés/adaptés et assurer une répartition équilibrée entre les services<br>6. Faciliter le maintien et le retour au travail de ces professionnels en favorisant la communication avec les équipes de travail, en recréant si besoin du lien entre le professionnel et le milieu du travail et en préparant les modalités du retour (« retour durable au travail »)<br>7. Renforcer l'accompagnement et l'insertion des professionnels en situation de handicap<br>8. Prévenir l'usure professionnelle sur les postes pénibles (AS) | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>Direction des ressources humaines<br>Qualité<br>Direction des soins<br>Services techniques<br>CHSCT | **Autres services ou structures concernées par l'objectif** |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>En continu : 2020 -2023 | **Indicateurs de suivi**<br><br>Taux DOETH<br>Suivi des actions<br><br>Taux d'absentéisme des professionnels AS |

## AXE N° 2 : FAVORISER LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

### Objectif 1 : Favoriser la qualité de vie au travail

**Actions :**

1. Proposer des actions de formations ou de sensibilisation relatives à la qualité de vie au travail
2. Favoriser la reconnaissance au travail
3. Identifier les facteurs favorisant la réussite des collectifs de travail afin de les valoriser et les favoriser
4. Renforcer l'intégration des nouveaux arrivants, y compris Personnel médical
5. Réitérer l'enquête de satisfaction des professionnels tous les 3 ans
6. Accompagner la communauté médicale du CHH :
   - En renforçant les échanges entre la direction et les praticiens pour accompagner les intégrations et les projets professionnels
   - En accompagnant les responsables des services et les chefs de pôle dans leurs missions

| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif** | **Autres services ou structures concernées par l'objectif** |
|---|---|
| Direction<br>Direction des ressources humaines<br>Qualité<br>Direction des soins<br>Services techniques<br>CHSCT | |
| **Calendrier de réalisation** | **Indicateurs de suivi** |
| En continu : 2020 -2023 | Nombre de journées à thème, taux de participation, taux de satisfaction à l'issue<br>Résultats de l'enquête de satisfaction |

| Objectif 2 : Développer les compétences managériales et favoriser la communication | |
|---|---|
| **Actions :**<br><br>1. Promouvoir les démarches participatives engageant tous les acteurs de l'institution en permettant des temps d'échange pour encourager le dialogue autour du travail, du processus de décision, du collectif de travail des différents acteurs.<br>2. Favoriser l'implication des cadres dans la vie institutionnelle au travers de temps d'échanges<br>3. Soutenir et accompagner l'encadrement dans la gestion de situations particulières ou complexes liées à l'organisation du travail et/ou dans des contextes de conduites du changement<br>4. Développer l'offre de formation à destination des cadres sur les thématiques spécifiques à l'exercice managérial<br>5. Renforcer l'information des cadres sur la vie et les projets de l'établissement, favoriser les échanges entre les cadres et la direction et leur rôle dans la communication institutionnelle<br>6. Faire émerger une politique managériale avec et pour les cadres en favorisant leur expression, en renforçant le collectif d'encadrement et en permettant à chacun de progresser dans ses capacités managériales<br>7. Systématiser les échanges DRH/Encadrement afin de favoriser l'information nécessaire à la gestion des équipes soignantes (Revues DRH/DS/CS)<br>8. Garantir la compétence managériale en matière de gestion des temps et de respect des principes généraux régissant l'organisation du temps de travail (Formations E-planning/GTT par exemple…)<br>9. Proposer aux professionnels médicaux responsables de services ou d'unités une offre de formation adaptée | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>Direction<br>Direction des ressources humaines<br>Direction des soins | **Autres services ou structures concernées par l'objectif** |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>En continu : 2020 -2023 | **Indicateurs de suivi**<br><br>Nombre de réunions Direction / Encadrement<br>Nombre de formations spécifiques à l'encadrement et pourcentage de cadres formés<br>Nombre de réunions ou fréquence d'échanges formalisés cadres / directions |

| Objectif 3 : Clarifier la politique institutionnelle impactant la qualité de vie au travail | |
|---|---|
| **Actions :**<br><br>1. Renforcer l'information sur les règles de gestion des temps<br>2. Rédiger un guide de gestion des temps rassemblant l'ensemble des dispositions légales et réglementaires, et les modalités d'application locale<br>3. Informer les agents sur les possibilités et modalités d'accès à E planning<br>4. Former les cadres/gestionnaires à E-planning selon une double approche : utilisation de l'outil informatique / rappel des garanties légales encadrant le temps de travail et principes de bonne gestion du temps de travail<br>5. Formaliser les modes opératoires d'utilisation de l'outil E-Planning<br>6. Former des référents E-Planning | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>Direction des ressources humaines<br>Direction des soins<br>Service informatique | **Autres services ou structures concernées par l'objectif** |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>En continu : 2020 -2023 | **Indicateurs de suivi**<br><br>Guide du temps de travail réalisé<br>Nombre de personnes formées à E-planning |

| AXE N° 3 : POURSUIVRE LA GPMC ET FAVORISER LE DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES | |
|---|---|
| **Objectif 1 : Poursuivre la démarche de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences** | |
| **Actions :**<br><br>1. Poursuivre le développement de la démarche GPMC<br>2. Définir la sémantique et les supports GPMC<br>3. Définir les référentiels des compétences attendues sur chaque métier et les intégrer à des supports d'évaluations internes (grilles d'évaluations de début de carrière et supports d'évaluations annuelles)<br>4. Identifier les facteurs de pénibilité par métiers<br>5. Revoir le déroulement et le support de l'entretien annuel d'évaluation (fiche spécifique Evaluation Notation)<br>6. Initier la GPMC médicale : rédiger les fiches métiers des professions médicales ; recenser et valoriser les compétences spécifiques au sein de la communauté médicale | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>Direction des ressources humaines<br>Direction des soins<br>Groupes GPMC à créer | **Autres services ou structures concernées par l'objectif** |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>En continu : 2020 -2023 | **Indicateurs de suivi**<br><br>Nombre / Taux de fiches métiers actualisées<br>Nombre / Taux de fiches métiers médicales<br>Nouveau support d'évaluation annuelle |

<table>
<tr><th colspan="2">Objectif 2 : Optimiser les dispositifs de formation</th></tr>
<tr><td colspan="2">Actions :<br><br>1. Poursuivre la politique en matière d’accompagnement à la formation en lien avec les besoins des pôles et ceux de l’établissement<br>2. Poursuivre la politique de promotion professionnelle en lien avec les besoins de l’établissement<br>3. Clarifier les dispositions réglementaires du DPC<br>4. Permettre aux professionnels médicaux et soignants de répondre à leur obligation en matière de DPC<br>5. Formaliser un plan de DPC en valorisant les analyses de pratiques professionnelles en place dans les services et en renforçant le caractère pluri professionnel du dispositif</td></tr>
<tr><td>Personnes responsables et acteurs de l’objectif<br><br>Direction des ressources humaines<br>Direction des soins<br>CME<br>Qualité</td><td>Autres services ou structures concernées par l’objectif</td></tr>
<tr><td>Calendrier de réalisation<br><br>En continu : 2020 -2023</td><td>Indicateurs de suivi<br><br>Nombre de professionnels formés<br>Taux de départ en formation<br>Nombre de professionnels bénéficiaires d’un dispositif d’études promotionnelles<br>Nombre de professionnels répondant à l’obligation DPC</td></tr>
</table>

## AXE N° 4 : DEVELOPPER LE DIALOGUE SOCIAL

### Objectif 1 : Favoriser le dialogue social institutionnel

**Actions :**

1. Développer le dialogue social dans ses différentes dimensions afin de permettre à chaque professionnel de pouvoir s'exprimer et être entendu
2. Favoriser la communication institutionnelle avec les instances et les professionnels
3. Actualiser le règlement des instances dans les suites des élections professionnelles de 2018
4. Développer les temps d'échange avec les partenaires sociaux au-delà de la tenue des instances obligatoires (réunions dites de « dialogue social »)
5. Accompagner et veiller aux espaces de dialogue au sein des pôles
6. Favoriser la communication auprès des professionnels sur les évolutions structurelles de l'établissement
7. Engager la réflexion sur la mise en place d'indicateurs pertinents à suivre afin d'évaluer la qualité du dialogue social au niveau du groupement hospitalier de territoire

| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif** | **Autres services ou structures concernées par l'objectif** |
|---|---|
| Direction<br>Direction des ressources humaines | |
| **Calendrier de réalisation** | **Indicateurs de suivi** |
| En continu : 2020 -2023 | Nombre de réunions d'instances<br>Formalisation des règlements intérieurs d'instance<br>Nombre de réunions de dialogue social<br>Nombre d'actions de communication institutionnelle (Notes d'information, articles…) |

| Objectif 2 : Garantir l'exercice du droit syndical | |
|---|---|
| **Actions :**<br><br>1. Renforcer l'information relative à l'exercice du droit syndical (guide de gestion des temps ; charte portant sur l'exercice du droit syndical)<br>2. Actualiser le suivi du temps syndical | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>Direction des ressources humaines<br>Partenaires sociaux | **Autres services ou structures concernées par l'objectif** |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>En continu : 2020 -2023 | **Indicateurs de suivi**<br><br>Nombre d'heures accordées au titre des droits syndicaux<br>Formalisation fiche<br>Formalisation charte |

## Suivi et évaluation du projet social 2019-2023

Le suivi de la réalisation des actions de ce projet social sera réalisé de la manière suivante :

### 1- Les instances de suivi

Pour le volet non médical, le suivi est réalisé par le groupe dialogue social et les services ressources (DS, Qualité, SST…)

Le bilan de ce suivi est présenté au CTE et au CHSCT

Pour le volet médical, le suivi est réalisé par un groupe de travail DRH - CME

Le bilan de ce suivi est présenté en CME

### 2- Fréquence de suivi

Le suivi est réalisé annuellement et présenté selon la même fréquence aux instances.

# LE PROJET QUALITE/GESTION DES RISQUES

Depuis 2001, le Centre Hospitalier d'Hazebrouck est engagé au quotidien dans une démarche d'amélioration continue des prises en charge des patients.

Sa politique Qualité est reconnue tous les 4 ans par la Haute Autorité de Santé au travers des visites de certification.

Pour cette nouvelle période 2019-2023 et avec la promulgation de la loi Ma Santé 2022 en juillet 2019, un nouveau virage est à engager dans lequel la démarche Qualité Risques de l'établissement apparait comme incontournable pour l'atteinte des objectifs.

***Ma Santé 2022 fait surtout de la qualité et de la pertinence des soins le fil rouge de la transformation**. Avec la mise en place de réels parcours de soins, les patients n'auront pas à assumer seuls la coordination des différents professionnels de santé. Désormais, ceux-ci se coordonneront plus efficacement, entre autre grâce au numérique. Pour les y encourager, une révision profonde du financement permettra de sortir de la seule logique du paiement à l'acte au profit de rémunérations au forfait pour certaines pathologies chroniques et de primes à la qualité.*

*Source : Site internet du Ministère des solidarités et de la santé - 2019*

La refonte du financement avec des rémunérations au forfait pour certaines pathologies chroniques, les primes et malus à la qualité, à travers le dispositif IFAQ et le CAQES, font place à une nouvelle vision de la démarche Qualité, intégrée désormais dans le financement des hôpitaux et donc dans la prise en charge du patient.

La mise en place des GHT nous oriente également dans ce sens avec la structuration des filières et des parcours patients.

La politique Qualité de notre établissement doit donc évoluer et prendre en compte ces axes structurants. D'une démarche cloisonnée au niveau de l'administration, elle doit devenir une démarche intégrée dans la pratique quotidienne de tous les professionnels.

Fort de ce constat, l'établissement s'engage dans une nouvelle politique Qualité Risques et déploie de nouveaux axes de travail pour y parvenir, explicités dans ce projet.

# POLITIQUE QUALITE RISQUES 2019-2023

**La Qualité et la Sécurité, un engagement collectif**

**L'établissement met tout en œuvre pour améliorer la Qualité et la Sécurité de ses prises en charge par :**

- **L'implication de l'ensemble des personnels médicaux, paramédicaux, socio-éducatifs, logistiques et administratifs, dans les démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, intégrées aux pratiques quotidiennes,**
- **La prise en compte des attentes et besoins des usagers dans tous les projets institutionnels,**
- **La formalisation de parcours patient structurés, en lien avec la ville et les autres établissements et acteurs de santé de son territoire,**
- **L'amélioration des techniques de communication au sein d'une équipe, entre équipes et avec le patient,**
- **L'évaluation des pratiques afin d'améliorer la performance et l'efficience de nos organisations au service des patients.**

**Par la remise en question permanente de nos savoirs faire, fonction de l'évolution du système de santé et des réglementations, notre établissement pourra être reconnu et positionné en tant qu'acteur de santé incontournable de Flandre Intérieure.**

## AXE N° 1 : ANCRER LA DEMARCHE QUALITE / RISQUES DANS LES PRATIQUES DE TOUS LES PROFESSIONNELS AU QUOTIDIEN

*Extrait du Manuel de certification V2020 – HAS :*
*Le processus d'amélioration de la qualité et de la sécurité dépend de la capacité de l'équipe à travailler ensemble de façon efficace, en collaborant avec les autres secteurs de l'établissement, le patent et avec les secteurs extrahospitaliers de façon à assurer des soins appropriés, sûrs, accessibles, délivrés au bon moment. Cela suppose un collectif coordonné.*

La politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement doit s'appuyer sur une gouvernance Qualité Risques connue et reconnue institutionnellement afin d'inscrire l'ensemble des actions dans une démarche globale et collective.
La gouvernance et l'encadrement ont un rôle majeur dans le soutien des équipes pour favoriser les démarches collectives d'amélioration.

Pour cela plusieurs objectifs sont définis :

- Pérenniser un système de management de la Qualité et des Risques bien structuré
- Accompagner les professionnels dans l'amélioration continue des prises en charge et des processus
- Impliquer les professionnels dans le système de management de la Qualité et des Risques
- Maîtriser les exigences et évolutions réglementaires en matière de Qualité et Gestion des Risques.

| Objectif 1 : Pérenniser un système de management de la Qualité et des Risques bien structuré | |
|---|---|
| **Actions**<br><br>1. Rendre visible la politique Qualité Risques de l'établissement à travers une charte d'engagement de la direction et de la CME, affichée et communiquée aux professionnels et usagers.<br><br>2. Optimiser l'organisation et les ressources de la structure Qualité/Gestion des Risques :<br>- *Communiquer l'organigramme définissant les rôles de chaque acteur de la structure Qualité/Gestion des Risques*<br>- *Améliorer le système d'analyse des événements indésirables*<br><br>3. Poursuivre le déploiement de la « Gestion documentaire » :<br>- *Améliorer le système d'actualisation des documents*<br>- *Améliorer la consultation et la prise en compte des documents*<br><br>4. Améliorer la communication autour de la Qualité et de la Gestion des Risques<br>- *Réorganiser la sensibilisation Qualité / Gestion des Risques des nouveaux arrivants*<br>- *Organiser des campagnes de sensibilisation sur la Qualité / Gestion des Risques au-delà de la semaine de la sécurité des soins*<br>- *Créer et mettre en œuvre des outils de communication ludique et intuitif.* | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>Directrice<br>Président de CME<br>Responsable Qualité<br>Coordonnateurs de la Gestion des Risques | **Autres services ou structures concernées par l'objectif**<br><br>CME / CSIRMT<br>Comité de pilotage Qualité Gestion des Risques<br>Ensemble des services / unités de soins |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>**Action 1 :** Juin 2020<br>**Action 2 :** Décembre 2020<br>**Action 3 :** 2019-2023 – Bilan annuel<br>**Action 4 :** En continu | **Indicateurs de suivi**<br><br>**Action 1 :** Charte Qualité/Gestion des Risques actualisée et diffusée<br>**Action 2 :**<br>- Organigramme Qualité / Gestion des Risques<br>- Tableau de suivi des événements indésirables<br>**Action 3 :** Indicateurs du logiciel gestion documentaire<br>- Taux de documents actualisés dans les 5 ans<br>- Taux global de prise de connaissance des documents<br>**Action 4 :**<br>- Evaluation de la formation des nouveaux arrivants<br>- Nombre d'actions de sensibilisation / communication Qualité/GDR annuel |

<table>
<tr><th colspan="2">Objectif 2 : Accompagner les professionnels dans l'amélioration continue des prises en charge et des processus</th></tr>
<tr><td colspan="2"><u>Actions</u><br><br>1. Accompagner les pilotes dans le management de leur processus<br>- Former les pilotes aux nouvelles exigences de la certification V2020<br>- Assurer l'actualisation et le suivi du PAQSS / du compte Qualité, fonction :<br>• Des résultats de certification, notamment les écarts constatés<br>• Des résultats des évaluations internes et externes pour les établissements médico-sociaux CSAPA et l'EHPAD<br>• De l'évolution de la réglementation en matière de qualité des soins<br><br>2. Structurer les parcours de soins<br>- Identifier les parcours de soins prioritaires (maladies chroniques, population, mode de prise en charge…), fonction des demandes nationales et GHT<br>- Formaliser les chemins cliniques au sein du CHH<br>- Développer des méthodes d'évaluation des parcours de soins en lien avec le DIM et le service Système d'Information.</td></tr>
<tr><td><u>Personnes responsables et acteurs de l'objectif</u><br><br>Responsable Qualité<br>Pilotes de processus<br>Médecins chefs de pôle et chefs de service<br>Directrice des soins et encadrement soignant</td><td><u>Autres services ou structures concernées par l'objectif</u><br><br>DIM<br>Responsable du système d'information</td></tr>
<tr><td><u>Calendrier de réalisation</u><br><br>Action 1 :<br>- Formation : Juin 2020<br>- Suivi : 2019-2023<br>Action 2 :<br>- 2019-2023 selon priorité des parcours (financement)</td><td><u>Indicateurs de suivi</u><br><br>Action 1 : Bilan / Projets annuel Qualité Gestion des Risques<br>Action 2 : Nombre de parcours de soins / chemins cliniques formalisés</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="2">Objectif 3 : Impliquer les professionnels dans le système de management de la Qualité et des Risques</th></tr>
<tr><td colspan="2"><u>Actions</u><br><br>1. Développer la culture Qualité / Sécurité des Soins des professionnels à travers les méthode de travail en équipe<br>- Organiser des rencontres Sécurité (Direction – Service)<br>- Inciter les professionnels à signaler et améliorer la qualité des signalements des événements indésirables<br>- Développer des visites de risques dans les secteurs d’activité<br>- Généraliser les Retours d’Expérience et les analyses des causes des EIG.<br><br>2. Décliner la démarche qualité par pôle à travers les contrats de pôle<br>- Définir des objectifs qualité / gestion des risques par pôle<br>- Assurer le suivi d’indicateurs qualité / gestion des risques par pôle<br><br>3. Garantir la gestion des situations de crise<br>- Actualiser le Plan Blanc régulièrement<br>- Assurer la formation des membres de la Cellule de Crise et des professionnels de terrain<br>- Prévoir des exercices de crise</td></tr>
<tr><td><u>Personnes responsables et acteurs de l’objectif</u><br><br>Coordonnateurs de la gestion des risques<br>Responsable Qualité<br>Médecin Plan Blanc</td><td><u>Autres services ou structures concernées par l’objectif</u><br><br>Directions<br>Direction des soins et encadrement soignant<br>Ensemble des chefs de pôle / chefs de service<br>Ensemble des services / unités de soins</td></tr>
<tr><td><u>Calendrier de réalisation</u><br><br>Action 1 : 2019-2023<br><br>Action 2 :<br>- Contrat de pôle – volet Qualité : Juin 2020<br>- Suivi : 2019-2023<br>Action 3 :2019-2023</td><td><u>Indicateurs de suivi</u><br><br>Action 1 :<br>- Nombre de rencontres « Sécurité »<br>- Campagne de sensibilisation EI<br>- Nombre de professionnels sensibilisés / an<br>- Nombre de visites de risque<br>- Evolution du nombre de RMM / REX<br>Action 2 :<br>- Indicateurs Qualité Risques des contrats de pôle<br>Action 3 :<br>- Plans de gestion de crises actualisés tous les 2 ans<br>- Nombre d’exercices organisés / an</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="2">Objectif 4 : Maîtriser les exigences et évolutions réglementaires en matière de Qualité et Gestion des Risques</th></tr>
<tr><td colspan="2"><u>Actions</u><br><br>1. Intégrer la dimension GHT dans notre démarche Qualité et Gestion des risques en fonction des exigences de la V2020.<br>2. Mettre en œuvre les reconnaissances et évaluations externes et communiquer sur leurs résultats (certification HAS, IHAB, Accréditation Laboratoire, Démarche Qualité en Imagerie médicale, Evaluations externes en EHPAD et au CSAPA).<br>3. Prendre en compte l'évolution des exigences réglementaires en matière d'autorisation et de renouvellement d'autorisation d'activité (Volet Qualité des autorisations d'activité / visite de conformité ARS).</td></tr>
<tr><td><u>Personnes responsables et acteurs de l'objectif</u><br><br>Directrice<br>Responsable Qualité<br>Président CME<br>Directrice des soins<br>Directeur des affaires générales</td><td><u>Autres services ou structures concernées par l'objectif</u><br><br>Direction des soins et encadrement soignant<br>Ensemble des chefs de pôle / chefs de service<br>Ensemble des services / unités de soins</td></tr>
<tr><td><u>Calendrier de réalisation</u><br><br>Action 1 : 2019-2023<br>Action 2 :<br>- IHAB : 2020<br>- HAS : 2022<br>- CSAPA : 04/2022<br>- EHPAD : 12/2024<br>Action 3 : 2019-2023</td><td><u>Indicateurs de suivi</u><br><br>Action 1 :<br>- Nombre de réunion COPIL Qualité GHT<br>- Bilan annuel des actions Qualité / GHT<br>Action 2 :<br>- Rapports des évaluations externes<br>Action 3 :<br>- Renouvellement d'autorisation d'activité</td></tr>
</table>

## Axe n° 2 : IMPLIQUER ET PRENDRE EN COMPTE LES ATTENTES DES USAGERS DANS LES PROJETS INSTITUTIONNELS

*Extrait du Manuel de certification V2020 – HAS :*

*Le projet d'établissement est basé sur l'expérience des professionnels de santé et sur les enjeux nationaux, régionaux et territoriaux. Il doit s'enrichir des apports des expériences patients. Leur prise en compte permet d'interroger les pratiques des professionnels dans la perspective de mieux répondre à leurs besoins et attentes. La participation des patients à des démarches d'évaluation permet de s'assurer que leur perception est prise en compte au-delà de la simple satisfaction. En particulier, le développement du recours à des patients experts contribue à mieux répondre aux attentes spécifiques des patients et améliorer la qualité de prise en charge.*

*De plus, la loi du 4 mars 2002 a consacré les droits pour les patients. La garantie de ces droits est d'autant plus importante que les personnes hospitalisées présentent des vulnérabilités. Au-delà des aspects réglementaires, c'est l'ensemble du positionnement du patient qui a évolué. D'un individu passif dans sa prise en charge, celui-ci a évolué vers un patient disposant de droits, puis enfin à un patient partenaire dans sa prise en charge, voire dans certains cas un patient-expert ou un pair aidant.*

*L'engagement du patient - c'est-à-dire le partage de la décision quant à sa prise en charge, son implication dans les soins, son éducation thérapeutique - est considéré comme fondamental pour la qualité de sa prise en charge et un facteur clé de succès pour son rétablissement, sa rémission ou sa guérison.*

*L'engagement du patient doit être recherché. Il est partenaire de sa prise en charge tout comme le sont les aides et les entourages. Pour cela les équipes doivent avoir une communication ouverte, claire, structurée, respectueuse, au bon moment et à la bonne personne. La bonne information au patient nécessite un travail de communication au sein de l'équipe.*

Afin de prendre en compte les attentes des usagers et d'impliquer les usagers dans leur prise en charge, 4 objectifs sont définis :

- Développer une dynamique participative avec les usagers en formalisant un « Projet des Usagers » (décret du 1er juin 2016 relatif à la commission des usagers des établissements de santé) ;
- Poursuivre l'intégration des représentants des usagers et usagers dans les groupes de travail ;
- Promouvoir des actions en faveur de l'écoute et l'information des patients ;
- Mieux prendre en compte l'expérience patient et analyser la satisfaction des patients.

| Objectif 1 : Développer la dynamique participative et collaborative avec les usagers | |
|---|---|
| **Actions**<br><br>Formaliser et faire vivre un « projet des usagers », expression des attentes et propositions des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et du respect des droits des usagers :<br>1. Arrêter une méthodologie participative pour construire le projet des usagers,<br>2. Recueillir les propositions des usagers,<br>3. Formaliser le projet et assurer un suivi. | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>Directrice<br>Responsable Qualité<br>Représentants des usagers<br>Représentants des associations | **Autres services ou structures concernées par l'objectif**<br><br>Membre de la Commission des Usagers |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>**Action 1 :** 2019<br>**Action 2 :** 2020<br>**Action 3 :** 2020 | **Indicateurs de suivi**<br><br>Projet des usagers<br>Bilan annuel de suivi des actions du projet des usagers |
| **Objectif 2 : Poursuivre l'intégration des représentants des usagers et usagers dans les groupes de travail** | |
| **Actions**<br><br>1. Faire participer les représentants des usagers / des associations aux actions de sensibilisation et évènements divers vers le public (Semaine nationale de la Sécurité des Patients, actions de prévention, semaine des droits des patients…),<br>2. Faire participer les représentants des usagers aux Patients Traceurs. | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>Responsable Qualité<br>Représentants des usagers<br>Représentants des associations | **Autres services ou structures concernées par l'objectif**<br><br>Direction des soins et encadrement soignant<br>Ensemble des chefs de pôle / chefs de service<br>Ensemble des services / unités de soins |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>**Action 1 :** 2019-2023<br>**Action 2 :** 2019-2023 | **Indicateurs de suivi**<br><br>**Action 1 :** Taux d'actions avec participation des usagers / associations<br>**Action 2 :** Taux d'évaluations « Patient traceur » avec participation des représentants des usagers |

| Objectif 3 : Promouvoir des actions en faveur de l'écoute et l'information des patients | |
|---|---|
| **Actions**<br>1. Eduquer les patients atteints de maladies chroniques à la prévention et la prise en charge de leur pathologie par la reconnaissance des patients experts* (dans le cadre des programme d'ETP) :<br>** peut être défini comme un malade ayant acquis une expertise sur les affections qui le touchent, expertise qui pourrait être utilisée par les établissements de santé en vue de l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de symptômes similaires ou de maladies connexes*<br>2. Optimiser la communication au sein des équipes (Transmissions, outil SAED, staffs…)<br>3. Former les professionnels à la communication soignant-soigné. | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>Médecins chefs de service<br>Directrice des soins | **Autres services ou structures concernées par l'objectif**<br><br>Responsable de la formation continue<br>Cadres de santé et équipe soignante<br>Ensemble du corps médical |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>**Action 1 :** 2019-2023<br>**Action 2 :** 2021-2023<br>**Action 3** : 2021-2023 | **Indicateurs de suivi**<br>**Action 1 :**<br>- Nb de patients experts recensés et participant au programme d'ETP<br>**Action 2 :**<br>- Réunions d'information et/ou formation SAED<br>**Action 3 :**<br>- Cahier des charges de formation « Communication soignant-soigné »<br>- Nombre de personnels / unités formés |

| Objectif 4 : Mieux prendre en compte l'expérience patient et analyser la satisfaction des patients | |
|---|---|
| **Actions**<br>1. Analyser et communiquer sur les résultats des enquêtes de satisfaction internes et E-Satis,<br>2. Développer d'autres méthodes pour recueillir l'expérience des patients. | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br>Responsable Qualité<br>Direction des soins<br>Commission des Usagers | **Autres services ou structures concernées par l'objectif**<br>Responsable Patientèle<br>Cadres de santé et équipe soignante |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>**Action 1** : 2019-2023<br>**Action 2** : 2021-2023 | **Indicateurs de suivi**<br><br>Résultats e-satis (MCO, chirurgie ambulatoire, SSR et HAD)<br>Résultats des enquêtes de satisfaction et d'expérience patient<br>Analyse des enquêtes e-satis et de satisfaction internes<br>→ Plan d'actions |

## Axe n° 3 : DEVELOPPER LA CULTURE DE LA PERTINENCE, DE L'EVALUATION ET DU RESULTAT

**Il n'y a pas de démarche Qualité sans évaluations et actions d'amélioration.**

Le leadership est un élément important pour la mise en place d'organisations performantes. Grâce à des évaluations adaptées, l'établissement recherchera l'efficience de ses organisations et s'assurera de la déclinaison à tous les niveaux de la culture du résultat au bénéfice du patient.

Les évaluations ne doivent plus être ponctuelles et isolées. Elles doivent être recensées dans un programme global d'évaluation, en lien avec le programme annuel de formation continue médical et non médical.

Pour ce faire, nous nous appuierons en priorité sur les critères du manuel de certification V2020, mais aussi sur les besoins en évaluations, recensés annuellement via les responsables médicaux et soignants des services.

*Extrait du manuel de certification V2020 – HAS :*

*Les résultats cliniques sont mesurés et analysés par les équipes : la collecte, l'analyse des données cliniques adaptées à chaque équipe doit être organisées et doit permettre une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, en fonction de l'activité et des risques identifiés. Les écarts de résultats permettront d'évaluer l'efficacité des modes de prise en charge, des prescriptions… et d'objectiver la mise en œuvre de démarches d'amélioration de la pertinence.*

*La mise en place d'actions d'évaluation et d'amélioration de la pertinence des soins constitue une approche positive et constructive de la gestion des risques. L'analyse des impacts dans le cadre de ces évaluations est par ailleurs l'un des fondements majeurs d'une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Il s'agit d'étudier l'adéquation aux besoins des patients des indications d'hospitalisations, des actes à risques, des prescriptions médicamenteuses, des examens de laboratoire, d'imagerie…*

<table>
<tr><th colspan="2">Objectif 1 : Analyser les pratiques pour améliorer le service médical rendu et la performance hospitalière</th></tr>
<tr><td colspan="2"><u>Actions</u><br><br>1. Développer les EPP en lien avec le Développement Professionnel Continu (DPC) :<br>- Elaborer un programme de DPC (médical + paramédical) en lien avec les orientations stratégiques de l’établissement et le programme annuel Qualité / Gestion des Risques,<br>- Rapprocher les actions de formations des professionnels avec les actions d’EPP.<br>2. Mettre en œuvre et déployer les évaluations de la pertinence des soins/des actes.<br>3. Pérenniser la démarche Patient Traceur dans l’établissement et dans le cadre du GHT.<br>4. Communiquer sur les résultats des EPP et mettre en place des indicateurs de suivi.</td></tr>
<tr><td><u>Personnes responsables et acteurs de l’objectif</u><br><br>Responsable Qualité<br>Président de CME<br>Ensemble des médecins chefs de service<br>Directrice des soins et encadrement soignant</td><td><u>Autres services ou structures concernées par l’objectif</u><br><br>Directeur des Ressources Humaines<br>Responsable de la formation continue médicale et non médicale</td></tr>
<tr><td><u>Calendrier de réalisation</u><br><br>Action 1 : 2020-2023<br>Action 2 : 2020-2023<br>Action 3 : 2020-2023<br>Action 4 : 2020-2023</td><td><u>Indicateurs de suivi</u><br><br>Action 1 :<br>- Programme annuel d’EPP en lien avec plan de formation<br>Action 2 :<br>- Résultats des EPP « pertinence des soins et des actes » et plan d’actions<br>Action 3 :<br>- Nombre de « patient traceur »<br>- Nombre de « patient traceur » en lien avec GHT<br>Action 4 :<br>- Actions de communication sur le programme et les résultats EPP</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="2">Objectif 2 : Prendre en compte les exigences nationales en matière de développement des indicateurs Qualité et Sécurité des Soins</th></tr>
<tr><td colspan="2"><u>Actions</u><br><br>1. Participer au recueil de l’ensemble des indicateurs inclus dans le dispositif IFAQ (Incitation Financière à l’Amélioration de la Qualité), mener des actions pour les améliorer et communiquer les résultats,<br>2. S’assurer de répondre aux exigences intégrées dans le CAQES (Contrat d’Amélioration de la Qualité et de l’Efficience des Soins)</td></tr>
<tr><td><u>Personnes responsables et acteurs de l’objectif</u><br><br>Président de CME<br>Directrice des soins et encadrement soignant<br>Responsable Qualité<br>Pharmacien responsable<br>DIM<br>UPRIAS</td><td><u>Autres services ou structures concernées par l’objectif</u><br><br>Directrice<br>Responsable des affaires financières<br>Responsable du système d’information et cellule DPI</td></tr>
<tr><td><u>Calendrier de réalisation</u><br><br>Action 1 : 2019-2023<br>Action 2 : 2019-2023</td><td><u>Indicateurs de suivi</u><br><br>Action 1 :<br>- Rapport d’analyse des IQSS<br>- Enveloppe et sanction IFAQ / an<br>Action 2 :<br>- Rapport d’étape annuel CAQES<br>- Enveloppe et sanction CAQES / an</td></tr>
</table>

# LE PROJET HOTELIER ET LOGISTIQUE

Le volet logistique et hôtelier a fait l'objet d'un travail de préparation important et a associé les acteurs impliqués dans la définition comme dans la mise en œuvre des processus. Pour la plupart des intervenants, ce fut la première participation à un tel projet rédactionnel. Le parti pris a été de présenter des objectifs communs aux services en charge de la logistique plutôt que de répéter des actions similaires pour chaque service de manière individuelle.

## PERIMETRE ET DEFINITION DES DOMAINES

### 1) Achats

Ce domaine recouvre l'ensemble des opérations qui permettent de disposer des biens et des services nécessaires à une activité par le biais d'un prestataire externe (par exemple des flux physiques, des flux d'information,) Depuis la détermination de la stratégie, les modalités de définition des besoins, la négociation et l'attribution des marches, la signature et l'exécution du contrat et le bilan et l'évaluation des fournisseurs.

### 2) Gestion des approvisionnements

Il recouvre la planification, la mise en œuvre ainsi que le contrôle de l'efficacité et du bon fonctionnement des flux et stockage de produits, et des informations qui leur sont liées depuis le point d'origine du produit jusqu'à son point de consommation. L'objectif étant la satisfaction complète et maitrisée des besoins du client. Il inclut ainsi les conditions de livraison, de stockage, des besoins réels, de distribution interne et d'évaluation.

### 3) Transport de biens

Ce domaine regroupe l'ensemble des moyens qui concourent directement ou indirectement à l'acheminement de produits entre différents points tout en respectant les délais, leur intégrité, les conditions de transports et la réglementation.

### 4) Transport de patients

L'ensemble des moyens, d'un hôpital ou groupe hospitalier, qui concourent directement à assurer l'ensemble des prestations, internes ou externes, visant l'acheminement de patients au bon endroit, au bon moment, dans de bonnes conditions afin que les soins puissent être réalisés.

### 5) Gestion du linge

Ce domaine recouvre l'ensemble des moyens de l'hôpital qui concourent directement à assurer l'ensemble des prestations, internes ou externes, relatives à l'approvisionnement, à l'entretien et à la distribution aux différents services de l'hôpital des articles de linge plat et en forme, de vêtements de travail et du linge des résidents.

### 6) Restauration

Il recouvre toutes les activités liées à la production et la distribution de prestations alimentaires adaptées à la clientèle hospitalière (patients, visiteurs et personnels). L'objectif est de garantir la sécurité sanitaire, tout au long de la chaine, en assurant la qualité nutritionnelle et organoleptique de la prestation, de l'approvisionnement jusqu'à la distribution.

### 7) Hygiène des locaux

Ce domaine fait partie de l'activité et de la qualité des soins puisqu'il recouvre l'ensemble des mesures destinées à améliorer l'état de santé et le confort des personnes et qu'il œuvre de façon importante dans la prévention des infections nosocomiales. Le versant logistique de ce domaine recouvre la mise en œuvre, l'organisation et le suivi des prestations de nettoyage et bio nettoyage des bâtis.

### 8) Gestion des déchets

La réglementation est très présente dans le domaine des déchets : prévention, recyclage, valorisation et traitement… des achats à la fin de vie, il y a beaucoup de moyens et de nécessité d'actions (dont le tri) pour améliorer la prise en charge des déchets, tant du point de vue de la gestion des différents risques que du développement durable, sans oublier les aspects purement financiers et règlementaires (évolution du développement durable).

| **<u>Objectif 1</u> : Renforcer et professionnaliser la fonction logistique dans le parcours du patient et en faire un atout au centre hospitalier** | |
|---|---|
| L'amélioration du service rendu passe par la synchronisation indispensable des processus logistiques (nettoyage des chambres, livraison des repas, organisation des transports patients, disponibilité des approvisionnements…) avec le parcours du patient (entrée, sortie, rendez-vous, passage au bloc opératoire, visite, examens…) : c'est ainsi particulièrement le cas avec le virage ambulatoire engagé au sein du centre hospitalier.<br>Toutefois, les services logistiques ne peuvent assurer des prestations de qualité qu'en étroite collaboration avec l'ensemble des secteurs, afin d'améliorer la connaissance des contraintes réciproques et répondre au mieux à leurs besoins. | |
| **<u>Actions</u>**<br><br>1. Réaliser un état des lieux des circuits logistiques existants<br>2. Analyser les besoins avec les services et favoriser le participatif<br>3. Poursuivre la mise aux normes et le renouvellement des équipements hôteliers<br>4. Intensifier les sensibilisations des utilisateurs aux normes qualité hôtelières<br>5. Renforcer la notion de client et accentuer le degré de satisfaction des usagers<br>6. Inciter et soutenir des projets de prestations hôtelières innovants | |
| **<u>Personnes responsables et acteurs de l'objectif</u>**<br><br>Responsables de services logistiques<br>Directeur services économiques et logistiques<br>Qualité | **<u>Autres services ou structures concernées par l'objectif</u>**<br><br>Tous les services de l'hôpital<br>Service informatique<br>Communication<br>Direction des ressources humaines<br>UPRIAS |
| **<u>Calendrier de réalisation</u>**<br><br>**Action 1 :** 2020- 2021<br>**Action 2 :** 2020- 2021/2023<br>**Action 3 :** 2021- 2023<br>**Action 4 :** 2020 – 2023<br>**Action 5 :** 2020 – 2023<br>**Action 6 :** 2020 – 2023 | **<u>Indicateurs de suivi</u>**<br><br>Audits réalisés et diffusés<br>Axes d'amélioration priorisés<br>Taux de satisfaction des utilisateurs |

**Objectif 2 : Rechercher la performance économique et environnementale par la modernisation des processus achat et approvisionnement**

Il s'agit de répondre aux besoins des utilisateurs en leur garantissant une qualité de prestation optimale à un coût limité. Les contraintes budgétaires de plus en plus fortes nécessitent d'avoir une vision globale des coûts d'exploitation. Cependant leur optimisation passe non seulement par une approche budgétaire visant à limiter ou réduire les dépenses mais aussi par une action sur les processus. Cette action a pour but d'améliorer la fonction « achats et ses résultats économiques dans les établissements de santé, en promouvant, notamment, de meilleures pratiques, des procédures plus efficientes, la promotion des mutualisations d'achat quand les effets de seuil le justifient.
Dans le même temps, utiliser largement le levier de la formation des personnels mais aussi favoriser la sensibilisation des usagers permettront une meilleure appréhension des procédés et des performances économiques attendues.
Outre l'aspect économique, le centre hospitalier prendra en compte l'aspect environnemental dans la modernisation des processus achat et approvisionnement. Celui-ci est intimement lié au domaine économique. En effet, le développement durable fait cohabiter trois dimensions : une dimension environnementale, une dimension sociale et sociétale et une dimension économique.

**Actions**

1. Diminuer les lieux de stockage et se diriger vers une gestion centralisée des approvisionnements
2. Mettre en place une gestion et un suivi informatisé des achats et des approvisionnements
3. Recourir plus systématiquement aux marchés et aux quantifications GHT
4. Systématiser le recours aux protocoles et à la traçabilité dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité
5. Développer les connaissances et compétences des professionnels et des utilisateurs
6. S'engager dans une politique d'achat responsable et de préservation des ressources :
7. Intégrer des critères communs économiques et socialement responsables dans le choix des fournisseurs
8. Réduire les emballages et partager la responsabilité avec les fabricants quant à leur élimination
9. Engager une réflexion sur le recours à l'usage unique, sans toutefois mettre en cause les acquis en matière d'hygiène des soins et de réduction des infections nosocomiales.

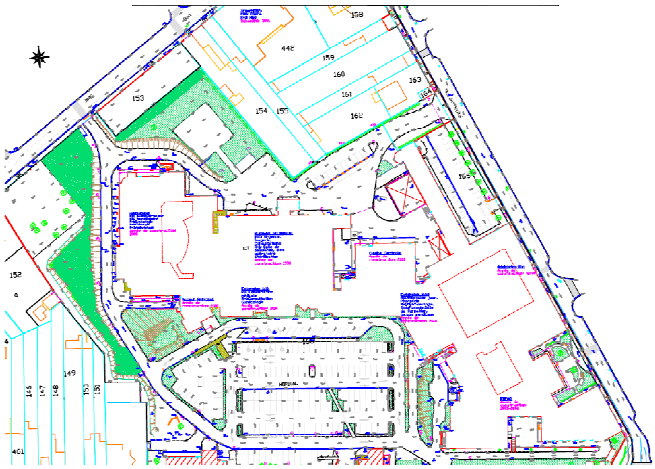
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif** | **Autres services ou structures concernées par l'objectif** |
|---|---|
| Directrice des services économiques et logistiques<br>Personnels des services économiques<br>Responsable des services logistiques | Tous les services de l'hôpital<br>Service informatique<br>Qualité<br>Direction des ressources humaines<br>UPRIAS<br>GHT |
| **Calendrier de réalisation** | **Indicateurs de suivi** |
| **Action 1** : 2020<br>**Action 2** : 2020 – 2023<br>**Action 3** : 2021- 2023<br>**Action 4** : 2020 -2023<br>**Action 5** : 2021- 2023<br>**Action 6** : 2020-2023 | Nombre de lieux stockages<br>Gains réalisés<br>Nombre de marchés passés<br>Pourcentage d'achats passés hors marché<br>Nombre de formations suivies<br>Critères dans les cahiers des charges des marchés (GHT et internes)<br>Procédures d'approvisionnement actualisées<br>Evolution du gaspillage magasin |

| **Objectif 3 : faire de la logistique un levier d'essor en matière de démarche responsable pour la défense et le respect de l'environnement** | |
|---|---|
| De la santé des personnels à la gestion optimale des ressources, de la recherche de la performance énergétique au traitement des déchets, les sujets propres au respect de l'environnement sont nombreux. L'établissement s'organisera pour conduire des actions en faveur du développement durable au quotidien et faire de ce principe une valeur connue et reconnue au sein des pratiques hospitalières. La logistique sera un pilote actif dans la gestion de cette mission aux côtés de la direction. | |
| **Actions**<br><br>1. Poursuivre les actions déjà entreprises en matière de responsabilité environnementale<br>- *Réduction du gaspillage alimentaire*<br>- *Economie d'énergie*<br>- *Economie d'eau*<br>- *Recours à des matériaux éco-responsables*<br>2. Identifier de nouvelles filières de tri des déchets<br>3. Evaluer l'impact des actions et définir des indicateurs de suivi<br>4. Intégrer les exigences de développement durable dans la gestion du patrimoine | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>Directrice des services économiques et logistiques<br>Responsable des services logistiques<br>Qualité | **Autres services ou structures concernées par l'objectif**<br><br>UPRIAS<br>Directrice des soins et encadrement soignants<br>Responsable magasin<br>Tous les services de l'hôpital |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>**Action 1** : 2019-2023<br>**Action 2** : 2020-2023<br>**Action 3** : 2020-2023<br>**Action 4** : 2019 -2023 | **Indicateurs de suivi**<br><br>**Action 1 :**<br>- Audit gaspillage alimentaire<br>- Evolution du BEGES<br>- Evolution des factures d'énergie (électricité, gaz) et d'eau<br>**Action 2** :<br>- Nombre de nouvelles filières de tri<br>- Audit du tri des déchets |

## RENFORCER LA SECURITE DES BIENS ET DES PERSONNES DANS UN BATI EXISTANT

Le Centre Hospitalier est composé de plusieurs bâtiments ayant des années de construction et de réhabilitation différentes :

- L'administration : bâtiment construit avant 1930
- Le plateau technique construit en 1990
- L'EHPAD construit et réhabilité en 1995
- L'hébergement et la cuisine centrale construit en 2000-2001
- Le Sémaphore réhabilité en 2006
- L'extension construit dernièrement en 2016



Cette contrainte architecturale et l'âge des bâtiments engendrent deux objectifs principaux.

Tout d'abord, une bonne maintenance et un entretien de qualité des installations pour préserver l'existant ensuite, la poursuite de la mise aux normes et mise en conformité des installations dans le but de garantir la sécurité des biens et des personnes. Ces deux opérations ne seront possibles que si le suivi des travaux de maintenance est amélioré. Ce développement passera, entre autre, par la mise en place d'une Gestion de Maintenance Assistée par Ordinateur (GMAO).

L'hôpital a en charge d'organiser, d'administrer, de veiller au bon fonctionnement de ses services et d'assurer la protection de ses agents, des biens et des matériels dont il a la responsabilité, ainsi que celle de ses patients et leurs accompagnants. Le perfectionnement du plan de sécurité de l'établissement (PSE) permettra également de répondre aux nombreuses missions de l'hôpital et ses évolutions réglementaires dans ce large domaine.

## DECLINER ARCHITECTURE ET PROJET MEDICAL DANS LE CADRE DU SCHEMA DIRECTEUR IMMOBILIER

Le Schéma Directeur Immobilier (SDI) est un élément capital de la planification à long terme des programmes d'investissement d'un établissement de santé. Son élaboration et sa remise à jour périodique constituent des éléments importants de la politique interne. Le SDI du CH d'Hazebrouck est le résultat d'une étude à caractère urbanistique et architectural. Sa discussion à l'occasion de la rédaction du projet d'établissement permet de définir une politique d'investissement cohérente avec les objectifs de ce projet, notamment pour accompagner le projet médical.

Il doit permettre de suivre l'évolution et la qualité des activités et prendre en compte les problèmes liés à la vétusté ou l'inadaptation des bâtiments. Les projets immobiliers devront tenir compte de la forte contrainte budgétaire et s'accompagner si possible d'un soutien financier. Investir est nécessaire pour adapter les modalités et les capacités d'accueil aux besoins de la population et offrir un accueil de qualité au bénéfice des patients et une qualité de vie au travail pour les professionnels.

Les principales opérations du SDI, formant un seul et même « bloc » consistent à concevoir avec une part de réhabilitation importante :

- Une extension du plateau technique permettant de restructurer l'ensemble des consultations externes et d'accueillir le nouvel IRM,
- Un nouveau service d'accueil des urgences permettant de mieux accueillir et prendre en charge les patients et d'améliorer les conditions de travail.

L'autre opération prévoit dans les mêmes conditions :

- Le regroupement des activités d'addictologie, CSAPA et équipe de liaison nécessitant la construction d'une nouvelle unité d'hospitalisation pour l'addictologie,
- La création d'une unité de soins palliatifs (ce projet est soumis à autorisation de l'ARS).

Ces 2 projets, tel qu'imaginés aujourd'hui, sont liés.

## DEMAIN

***Scénario pressenti suite aux besoins exprimés par les services lors des groupes de travail***

Les travaux se dérouleront majoritairement sur la période 2019-2023. Le premier axe arrêté étant celui de la conception des locaux permettant de recevoir l'IRM. A l'heure d'aujourd'hui, la direction, aidée d'un Assistant à la Maitrise d'Ouvrage (AMO) se concentre sur le choix de l'architecte capable de répondre au mieux à toutes ses attentes et d'appréhender au maximum les contraintes auxquelles la direction doit faire face.

Il s'agit d'un montage technique complexe couplant aménagement de locaux, création de zones techniques réglementées et enfin création de bâtiments à vocation « hôtelière », le tout en site occupé. Toujours dans le but d'améliorer les services existants et d'offrir des espaces plus adaptés, le centre hospitalier sera sensible aux conditions d'accessibilité proposées.

# LE SCHEMA DIRECTEUR DU SYSTEME D'INFORMATION

Les établissements hospitaliers doivent aujourd'hui faire face à des enjeux majeurs, dans un environnement de plus en plus complexe, et pour lesquels le système d'information constitue un élément central.

Ces enjeux sont liés à des évolutions de natures diverses : évolutions réglementaires, exigences de sécurité et de qualité, nécessité de disposer d'un accès aisé à l'information, évolution des organisations… Sans être exhaustif, on peut notamment rappeler quelques exigences et évolutions fortes qui s'imposent aux établissements de santé et qui ont un impact direct sur le système d'information :

- La recomposition du paysage sanitaire et la mise en place des groupements hospitaliers de territoires (GHT),
- Le programme HOP'EN, « Hôpital numérique ouvert sur son environnement »,
- Les processus engagés dans le cadre de la stratégie « Ma Santé 2022 »,
- Les exigences croissantes en terme de qualité (certification HAS),
- …

Il est évident que ces évolutions majeures auxquelles sont confrontés les établissements de santé ne peuvent être mises en œuvre qu'au travers d'un système d'information agile, performant et communicant, dans le cadre d'un schéma directeur du système d'information.

Le système d'information doit naturellement supporter les orientations stratégiques de l'établissement. Les principaux axes qui lui sont assignés sont :

- Développer les outils de production et de support aux soins pour favoriser la prise en charge des patients,
- Améliorer la sécurité des patients les plus vulnérables,
- Ouvrir le système d'information vers l'extérieur :
    - Pour favoriser les échanges avec les partenaires et soutenir la stratégie de coopération,
    - Pour proposer des services innovants aux patients,
- Améliorer l'accès à l'information pour les usagers du SIH,
- Développer un système d'information au service d'une gestion performante et d'un pilotage pertinent,

- Dématérialiser les éléments administratifs pour une meilleure efficience dans le circuit de traitement des données,
- Urbaniser et sécuriser le système d'information, offrant des services et des infrastructures performants.

Ces axes généraux s'inscrivent dans le cadre d'une démarche GHT et dans une maitrise des coûts et des budgets.

Le présent document constitue le volet stratégique du schéma directeur 2019/2023 du système d'information du Centre Hospitalier d'Hazebrouck.

La stratégie établie n'est pas figée. Elle offre une cible révisable, pour que s'exprime les changements nécessaires sur la période couverte.

## AXE N° 1 : DEVELOPPER LES OUTILS DE PRODUCTION ET DE SUPPORT AUX SOINS POUR FAVORISER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

*Le SIH se doit de reposer sur une gestion commune du Dossier Patient Informatisé unique, au cœur du système, autour duquel gravitent toutes les applications, qui, outre la prise en charge médicale du patient, contribuent ainsi à alimenter les outils d'aide à la décision.*
*Les besoins pour les différents acteurs, qu'ils soient médecins, du Département d'Information Médicale (DIM) ou encore de la Direction générale, conduisent à une conception souple et évolutive du dossier patient.*
*Le dossier patient correspond à la somme des informations concernant un patient donné, produites par tous les acteurs de soins. On place ainsi concrètement le patient au centre du fonctionnement.*
*L'objectif de l'informatisation de la production et de support aux soins est de disposer d'un système d'information à jour, de qualités, innovant et utilisé.*

***Les objectifs permettant de mettre en œuvre les orientations qui précèdent sont les suivants :***

- **Informatisation des secteurs médicaux**
- **Informatisation des fonctions support**
- **Développement de nouveaux outils autour du DPI**
- **Accompagnement dans la poursuite des usages du SIH**
- **Suivi et application des évolutions réglementaires et logicielles**

<table>
<tr><th colspan="2">Objectif 1 : Informatisation des secteurs médicaux</th></tr>
<tr><td colspan="2">Actions :<br><br>1. Informatiser le dossier d’Anesthésie<br>2. Informatiser la gestion des blocs opératoires<br>3. Informatiser le service de stérilisation</td></tr>
<tr><td>Personnes responsables et acteurs de l’objectif<br><br>Chef de pôle Chirurgie<br>Chef de service Anesthésie<br>Chef de service Pharmacie<br>Direction des soins / Cadre de santé<br>Responsable Système d’Information</td><td>Autres services ou structures concernées par l’objectif<br><br>Cellule médico-numérique<br>Services MCO en lien avec les blocs opératoires, l’anesthésie et/ou la stérilisation<br>Service système d’information</td></tr>
<tr><td>Calendrier de réalisation<br><br>Action 1 : 2020-2021<br>Action 2 : 2020-2021<br>Action 3 : 2021-2022</td><td>Indicateurs de suivi<br><br>Action 1 :<br>- Taux de passages au bloc opératoire pour lesquels le dossier d’anesthésie informatisé a été mis à jour<br>- Taux de consultations externes en anesthésie réalisées par des professionnels médicaux pour lesquelles le dossier d’anesthésie informatisé a été mis à jour<br>Action 2 :<br>- Taux d’interventions au bloc opératoire planifiées à l’aide d’un outil de planification partagé ou d’un outil de programmation<br>- Taux de passages au bloc opératoire pour lesquels le dossier patient informatisé a été mis à jour<br>Action 3 :<br>- Taux de cycles de stérilisation tracés à l’aide d’un outil de gestion et de traçabilité du process de stérilisation</td></tr>
</table>

| Objectif 2 : Informatisation des fonctions support | |
|---|---|
| **Actions :**<br><br>1. Informatiser la gestion des lits<br>2. Informatiser la fonction brancardage | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>Direction des soins / Cadres de santé<br>Responsable Bureau des entrées<br>Responsable Système d'Information | **Autres services ou structures concernées par l'objectif**<br><br>Tous services de soins (hébergement, médico-techniques, EHPAD)<br>Bureau des entrées<br>Cellule médico-numérique<br>Service système d'information |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>**Action 1** : 2022<br>**Action 2** : 2023 | **Indicateurs de suivi**<br><br>**Action 1 :**<br>- Taux de passages en hospitalisation pour lesquels la disponibilité du lit a été informatisée<br>**Action 2 :**<br>- Taux de brancardages pour lesquels le logiciel de brancardage a été mis à jour |

| Objectif 3 : Développement de nouveaux outils autour du DPI | |
|---|---|
| **Actions :**<br><br>1. Déploiement du DMP<br>2. Déploiement de la Messagerie sécurisé de santé<br>3. Déploiement de la reconnaissance vocale en lien avec le DPI | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>Président de CME<br>Direction des soins<br>Chefs de pôles<br>Responsable AMA<br>Responsable Système d'Information | **Autres services ou structures concernées par l'objectif**<br><br>Assistantes médico-administratives<br>Cellule médico-numérique<br>Service système d'information |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>**Action 1** : 2020<br>**Action 2** : 2020<br>**Action 2** : 2022 | **Indicateurs de suivi**<br><br>**Action 1 :**<br>- Taux de courriers, compte rendus, traitements et synthèses publiés dans le DMP pour les patients disposant d'un DMP au moment de leur admission<br>**Action 2 :**<br>- Taux de messageries sécurisées créées pour les praticiens hospitaliers du CHH<br>**Action 3 :**<br>- Par unité de soins, taux de courriers, comptes rendus, et synthèses enregistrés dans le DPI à l'aide de la reconnaissance vocale |

| Objectif 4 : Accompagnement dans la poursuite des usages du SIH | |
|---|---|
| **Actions :**<br><br>Poursuite de l'accompagnement au déploiement du logiciel de gestion des repas | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>Direction services économat et logistique<br>Responsable Cuisine<br>Diététiciennes<br>Cadres de Santé<br>Responsable Système d'Information | **Autres services ou structures concernées par l'objectif**<br><br>Tous services de soins (hébergement, soins, EHPAD)<br>Service système d'information |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>Selon le calendrier de déploiement retenu par la Direction services économat et logistique | **Indicateurs de suivi**<br><br>- Taux de repas commandés via le logiciel HESTIA, pour les patients hospitalisés<br>- Taux de repas commandés via le logiciel HESTIA, pour les personnels médicaux |

<table>
<tr><th colspan="2">Objectif 5 : Suivi et application des évolutions réglementaires et logicielles</th></tr>
<tr><td colspan="2">Actions :<br><br>1. Migration PACS<br>2. Migration du SIR/RIS vers la nouvelle version<br>3. Migration du DPI vers les nouvelles versions</td></tr>
<tr><td>Personnes responsables et acteurs de l’objectif<br><br>Direction<br>Directions des soins<br>Chefs de pôles<br>Chef de service Imagerie Médicale<br>Responsable Système d’Information<br>Cadres de santé</td><td>Autres services ou structures concernées par l’objectif<br><br>Tous services de soins (hébergement, médico-techniques, EHPAD)<br>DIM<br>Pharmacie<br>Assistantes médico-Administratives<br>Cellule médico-numérique<br>Service système d’information</td></tr>
<tr><td>Calendrier de réalisation<br><br>Action 1 : 2020<br>Action 2 : 2021<br>Action 3 : Chaque année selon le plan produit</td><td>Indicateurs de suivi<br><br>Action 1 :<br>- Taux d’examens de plateaux d’imagerie (hors échographies) produits lors d'un ACE ou lors du séjour du patient, pour lesquels les images sont stockées sur le PACS<br>- Taux d’examens d’échographies produits lors d'un ACE ou lors du séjour du patient, pour lesquels les images sont stockées sur le PACS<br>Action 2 :<br>- Taux d’examens de plateaux d’imagerie planifiés à l’aide d’un outil de planification<br>- Taux d’examens de plateaux d’imagerie pour lesquels le compte rendu a été produit et est stocké de manière électronique dans le SIR/RIS<br>Action 3 :<br>- Taux de séjours en hospitalisation pour lesquels le dossier patient informatisé a été mis à jour et contient la lettre de liaison de sortie<br>- Taux de consultations externes réalisées par des professionnels médicaux pour lesquelles le dossier patient informatisé a été mis à jour</td></tr>
</table>

| AXE N° 2 : AMELIORER LA SECURITE DES PATIENTS LES PLUS VULNERABLES | |
|---|---|
| *Avec le vieillissement de la population, les maladies chroniques ou les démences telles que l'Alzheimer, touchent des seniors qui séjournent en maison de retraite. Les maladies neuro-dégénératives impliquent souvent des comportements dits « déambulatoires ».*<br>*Le risque d'errance est très élevé, et peut se révéler dangereux si les personnes ne sont pas retrouvées à temps.*<br>*Le système d'information doit être aidant pour améliorer la sécurité des patients pris en charge dans une structure de soins.*<br><br>***L'orientation principale retenue pour atteindre cet objectif concerne la mise en place d'une système anti-fugue en EHPAD*** | |
| **Objectif 1 : Anti-fugue en EHPAD** | |
| **Actions :**<br><br>Déployer un système « Anti-fugue » en EHPAD | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>Direction EHPAD<br>Chef de service EHPAD<br>Cadre de Santé EHPAD<br>Responsable Services techniques<br>Responsable Système d'Information | **Autres services ou structures concernées par l'objectif**<br><br>EHPAD |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>Selon le planning du projet d'EHPAD | **Indicateurs de suivi**<br><br>Taux de fugues des résidents sécurisés par le système |

## AXE N° 3 : OUVRIR LE SYSTEME D'INFORMATION VERS L'EXTERIEUR

*Accélérer la transformation numérique des établissements de santé pour rapprocher les hôpitaux de leurs patients en offrant des services numériques adaptés et sécurisés est un des objectifs du programme HOP'EN.*
*Cette transformation numérique doit notamment permettre d'offrir des solutions innovantes aux problèmes d'accès aux soins, de coordination des professionnels entre eux et avec les usagers.*
*Désormais, la télémédecine est entrée dans le « droit commun » des actes médicaux pour ce qui est de la téléconsultation et la téléexpertise.*
*Ces notions d'ouverture du monde hospitalier sur son territoire (et au-delà) doivent être envisagées au profit des usagers et des patients afin de faciliter ses consultations ou son séjour en proposant de nouveaux services innovants.*
*Un des engagements de la stratégie « Ma santé 2022 » : replacer le patient au cœur du soin en favorisant le développement de services numériques adaptés et sécurisés pour rapprocher les établissements de santé de leur patient.*

***Les objectifs permettant de mettre en œuvre les orientations qui précèdent sont les suivants :***

- ***Développement des paiements en ligne au service des patients***
- ***Développement des nouvelles technologies au service des patients***
- ***Développement de nouveaux usages TIC au service des patients***
- ***Déploiement des outils de Télémédecine et des échanges Ville/Hôpital***

### Objectif 1 : Développement des paiements en ligne au service des patients

**Actions :**

1. Déploiement du paiement en ligne (PAYFIP)
2. Déploiement du paiement par DIAPASON

| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif** | **Autres services ou structures concernées par l'objectif** |
|---|---|
| Direction<br>Responsable Bureau des Entrées<br>Responsable Système d'Information | Bureau des entrées<br>Service système d'information |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>**Action 1** : 2020<br>**Action 2** : 2020 | **Indicateurs de suivi**<br><br>**Action 1 :**<br>- Taux de consultations externes pour lesquelles le paiement du reste à charge a été réalisé en ligne<br>- Taux de passages en hospitalisation pour lesquels le paiement du reste à charge a été réalisé en ligne<br>**Action 2 :**<br>- Taux de passages en consultations externe et hospitalisation pour lesquels le dispositif DIAPASON a été utilisé<br>- Taux de consultations externes pour lesquelles le paiement du reste à charge a été réalisé par DIAPASON<br>- Taux de passages en hospitalisation pour lesquels le paiement du reste à charge a été réalisé par DIAPASON |

| Objectif 2 : Développement des nouvelles technologies au service des patients | |
|---|---|
| **Actions :**<br><br>1. Développement de l'usage de la prise de rendez-vous en ligne<br>2. Mise à disposition d'un service de préadmission en ligne | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>Direction<br>Président de CME<br>Responsable Système d'Information<br>Responsable Bureau des Entrées<br>Responsable AMA | **Autres services ou structures concernées par l'objectif**<br><br>Assistantes Médico-administratives<br>Bureau des entrées<br>Cellule médico-numérique<br>Service système d'information |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>**Action 1** : 2020<br>**Action 2** : 2021/2022 | **Indicateurs de suivi**<br><br>**Action 1 – Indicateurs par unité :**<br>- Taux de motifs de rendez-vous de consultations proposés en ligne aux patients<br>- Taux de rendez-vous pris en ligne sur les motifs réservables<br>**Action 2 :**<br>- Taux de passages en hospitalisation pour lesquels la préadmission a été réalisés en ligne<br>- Taux de passages en consultations externes pour lesquels la préadmission a été réalisés en ligne |

| Objectif 3 : Développement de nouveaux usages TIC au service des patients | |
|---|---|
| **Actions :**<br><br>1. Accès Skype pour les patients<br>2. Bornes d'accueil et d'orientation | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>Responsable Bureau des entrées<br>Responsable Système d'Information | **Autres services ou structures concernées par l'objectif**<br><br>Bureau des entrées<br>Cellule communication<br>Service système d'information |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>**Action 1** : 2021<br>**Action 2** : 2022 | **Indicateurs de suivi**<br><br>**Action 1 :**<br>- Taux de réservation de créneaux d'accès au « poste SKYPE »<br>- Taux de satisfaction des patients utilisateurs du service<br>**Action 2 :**<br>- Evolution du taux de passage aux guichets physiques du BE<br>- Taux de satisfaction des patients/visiteurs qui utilisent les bornes |

| Objectif 4 : Déploiement des outils de Télémédecine et des échanges Ville/Hôpital | |
|---|---|
| **Actions :**<br><br>1. Développement des outils et usages de télémédecine<br>2. Développement des échanges ville/hôpital | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>Direction<br>Président de CME<br>Chef de service HAD<br>Chefs de pôles<br>Responsable Système d'Information | **Autres services ou structures concernées par l'objectif**<br><br>Médecins<br>Equipe paramédicale HAD<br>Service système d'information |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>**Action 1** : 2020/2021<br>**Action 2** : 2023 | **Indicateurs de suivi**<br><br>**Action 1 :**<br>- Nombre de spécialités pour lesquelles au moins un praticien propose des actes de télémédecine<br>- Taux d'actes de télémédecine réalisés par spécialité concernée<br>**Action 2 :**<br>- Taux de courriers, comptes-rendus, et synthèses publiés dans le DMP pour les patients disposant d'un DMP au moment de leur admission<br>- Taux de courriers, comptes-rendus, et synthèses publiés dans PREDICE<br>- Nombre de messages envoyés depuis le CHH par le biais de la MSS<br>- Nombre de services innovants (autres que PREDICE et MSS) déployés |

## AXE N° 4 : AMELIORER L'ACCES A L'INFORMATION POUR LES USAGERS DU SIH

*La performance et la qualité du système d'information dépendent fortement des relations entre DSI et Métiers. L'enjeu fondamental de ces relations réside dans la capacité des acteurs à établir des interactions durables et performantes, au service des patients et des usagers.*
*DSI et Métiers doivent partager une vision commune et les informations doivent être disponibles pour tous à tout moment.*
*La formation continue constitue un enjeu majeur pour les professionnels qui doivent rester formés sur les nouvelles pratiques et évolutions de leur métier mais ces périodes de formation ne sont pas toujours conciliables avec l'activité d'un établissement de santé.*
*Dans ce contexte et à un moment ou les missions « hors des murs » se multiplient, le SI doit s'adapter aux nouvelles pratiques et proposer aux utilisateurs de nouvelles manières de se former ou de travailler.*

***Les objectifs permettant de mettre en œuvre les orientations qui précèdent sont les suivants :***

- **Partage d'information au service des utilisateurs du SIH**
- **Développement du e-learning**
- **Développement des services en lignes pour les utilisateurs du SIH**

### Objectif 1 : Partage d'information au service des utilisateurs du SIH

**Actions :**

1. Centre de ressources en ligne (WIKI)
2. Site Intranet / Sharepoint

| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif** | **Autres services ou structures concernées par l'objectif** |
|---|---|
| Direction de la Communication<br>Responsable Système d'Information | Service système d'information<br>Cellule médico-numérique<br>Cellule communication<br>Cadres de santé |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>**Action 1** :<br>- Cible 1 – DPI : 2020<br>- Cible 2 - GAM et échanges identités/mouvements : 2021<br>- Cible 3 – Toutes applications SIH : 2023<br>**Action 2** : 2021 | **Indicateurs de suivi**<br><br>**Action 1 :**<br>- Taux de disponibilité annuelle du serveur IIS<br>- Taux d'évolution semestrielle du nombre d'entrées dans la base de connaissance<br>- Taux d'applications pour lesquelles au moins 5 entrées sont disponibles dans la base de connaissance<br>**Action 2 :**<br>- Existence d'un site Intranet composé d'au moins 3 pages<br>- Nombre de mises à jour semestrielles du Site Intranet<br>- Taux d'utilisateurs du SIH raccordés au SHAREPOINT |

| Objectif 2 : Développement du e-learning | |
|---|---|
| **Actions :**<br><br>Développement du e-learning | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>Direction des soins<br>Responsable Système d'Information | **Autres services ou structures concernées par l'objectif**<br><br>Service système d'information<br>Cellule médico-numérique<br>Cadres de santé<br>Secrétaire formation continue |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>**Action 1** : 2022 | **Indicateurs de suivi**<br><br>- Taux de personnes formées en e-learning sur les thématiques proposées<br>- Evolution annuelle du nombre de thématiques de formations proposées en e-learning |

| Objectif 3 : Développement des services en lignes pour les utilisateurs du SIH | |
|---|---|
| **Actions :**<br><br>1. Migration des messageries électroniques vers Office 365<br>2. Cloud Santé | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>Direction<br>Responsable Système d'Information | **Autres services ou structures concernées par l'objectif**<br><br>Service système d'information<br>Usagers du Système d'Information Hospitalier |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>**Action 1** : 2020 - 2023<br>**Action 2** : 2023 | **Indicateurs de suivi**<br><br>**Action 1 :**<br>- Taux de messageries électroniques migrées sous Office 365<br>- Taux de nouvelles messageries électroniques créées sous Office 365<br>- Taux de disponibilité de la connexion, depuis le CHH, aux messageries électroniques « Office 365 »<br>**Action 2 :**<br>- Taux d'espace de stockage utilisé sur un système « Cloud santé »<br>- Taux d'utilisateurs du SIH disposant d'un accès au Cloud santé<br>- Taux de connexion des utilisateurs en mobilité au Cloud santé |

## AXE N° 5 : DEVELOPPER UN SYSTEME D'INFORMATION AU SERVICE D'UNE GESTION PERFORMANTE ET D'UN PILOTAGE PERTINENT

*L'organisation de la filière SI doit être orientée au service de la transformation numérique du Centre Hospitalier d'Hazebrouck. Pour être efficientes, la DSI et les services prestataires se doivent d'être dotés des outils de suivi et de traçabilité des incidents.*
*Le Centre Hospitalier d'Hazebrouck réaffirme le rôle central des pôles d'activité dans le projet managérial et de gouvernance de l'institution, le pôle d'activité constituant la structure relai en charge de la mise en œuvre opérationnelle de la stratégique de l'établissement.*
*Dans un contexte budgétaire et financier contraint, il s'avère indispensable de disposer d'informations fiables, multi-domaines compréhensibles et pertinentes pour mener les analyses médico-économiques et éclairer les décideurs dans la prise de décision.*
*Pour cela, il convient de s'appuyer sur un système d'information communiquant et enrichi d'un outil de pilotage fiable.*
*En matière de gestion des dépenses, la dématérialisation des échanges avec le trésor public est engagé, ce service inclus l'archivage électronique permettant de conserver des documents électroniques sur une longue période voir indéfiniment. Ceci rend les documents accessibles dans le temps pour permettre leurs exploitations et leurs utilisations. Ce service doit désormais être étendu aux autres volets du SI.*

***Les objectifs permettant de mettre en œuvre les orientations qui précèdent sont les suivants :***

- **Outils de suivi des incidents**
- **Développement des outils de pilotage**
- **Développement d'un service d'archivage électronique**

### Objectif 1 : Outils de suivi des incidents

**Actions :**

Déploiement d'une solution de Gestion de Maintenance Assistée par Ordinateur (GMAO)

| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif** | **Autres services ou structures concernées par l'objectif** |
|---|---|
| Direction des services logistiques et techniques<br>Responsable Système d'Information<br>Responsable Services techniques | Services techniques<br>Service système d'information |
| **Calendrier de réalisation** | **Indicateurs de suivi** |
| 2022 | - Taux de services concernés disposant d'un accès à une solution de GMAO<br>- Par service concerné, taux d'interventions dont le suivi a été tracé dans une solution de GMAO |

<table>
<tr><th colspan="2">Objectif 2 : Développement des outils de pilotage</th></tr>
<tr><td colspan="2">Actions :<br><br>1. Développement des outils de pilotage médico-économique<br>2. Développement des usages en lien avec le ROR</td></tr>
<tr><td>Personnes responsables et acteurs de l’objectif<br><br>Responsable Finances<br>Responsable Système d’Information<br>Responsable bureau des entrées</td><td>Autres services ou structures concernées par l’objectif<br><br>Direction<br>Chefs de pôles<br>Service des finances<br>Service système d’information</td></tr>
<tr><td>Calendrier de réalisation<br><br>Action 1 : 2020 / 2021<br>Action 2 : 2019 / 2023</td><td>Indicateurs de suivi<br><br>Action 1 :<br>- Production du tableau de bord de pilotage médico-économique fondée sur un SI alimenté des données de production<br>- Tableau de bord de pilotage infra-annuel par pôle ou entité corrélant des indicateurs sur l’activité, la performance financière, les ressources humaines et la qualité, produit dans un délai de trois mois post période<br>- Utilisation du tableau de bord de pilotage dans le cadre du dialogue de gestion<br>Action 2 :<br>- Taux de services disponibles sur le ROR dont la synchronisation avec les données du CHH est effective</td></tr>
</table>

| Objectif 3 : Développement d'un service d'archivage électronique | |
|---|---|
| **Actions :**<br><br>Développement de l'archivage électronique à valeur probante (DPI, Factures, dossiers agents…) | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>Direction ressources humaines<br>Direction services économiques<br>Responsable Système d'Information<br>Responsable Finances | **Autres services ou structures concernées par l'objectif**<br><br>Service ressources humaines<br>Service économat<br>Service finances<br>Service système d'information |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>2023 | **Indicateurs de suivi**<br><br>- Taux d'archivage électronique à valeur probante par secteur :<br>  • Médical<br>  • Finances<br>  • RH<br>  • BE / Facturation<br>- Taux d'utilisateurs concernés connectés au système d'archivage électronique à valeur probante |

## AXE N° 6 : DEMATERIALISER LES ELEMENTS ADMINISTRATIFS POUR UNE MEILLEURE EFFICIENCE DANS LE CIRCUIT DE TRAITEMENT DES DONNEES

*La dématérialisation consiste à simplifier et fluidifier les processus administratifs et la gestion des documents liés à l'activité.*

*On peut distinguer deux approches :*

- *Dématérialisation des processus : digitalisation du traitement et de la gestion d'un ensemble de tâches et d'échanges entre différentes parties prenantes via la mise en place d'une plateforme collaborative et de workflows*
- *Dématérialisation des documents : transformation des documents papiers*

*Les démarches d'évolution vers la digitalisation sont fortement favorisées par un environnement législatif et économique favorable ainsi que par l'extension des usages mobiles par les salariés et les patients.*

***Les objectifs principaux de cet axe sont les suivants :***

- **Dématérialisation du dossier agent**
- **Dématérialisation du dossier administratif du patient**

### Objectif 1 : Dématérialisation du dossier agent

**Actions :**

Dématérialisation du dossier agent

| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif** | **Autres services ou structures concernées par l'objectif** |
|---|---|
| Direction ressources humaines<br>Responsable Système d'Information | Service ressources humaines<br>Service système d'information |
| **Calendrier de réalisation** | **Indicateurs de suivi** |
| 2022 | - Taux de dossiers dont au moins 1 document est dématérialisé pour les agents actifs<br>- Taux de dossiers totalement dématérialisés pour les agents actifs |

| Objectif 2 : Dématérialisation du dossier administratif du patient | |
|---|---|
| **Actions :**<br><br>Dématérialisation du dossier administratif du patient | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br><br>Responsable Bureau des entrées<br>Responsable Système d'Information | **Autres services ou structures concernées par l'objectif**<br><br>Bureau des entrées<br>Service facturation<br>Service système d'information |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>2023 | **Indicateurs de suivi**<br><br>- Taux de passage en consultation externe ou en hospitalisation pour lequel le dossier administratif du patient est totalement dématérialisé<br>- Taux de passage en consultation externe ou en hospitalisation pour lequel le dossier administratif du patient est partiellement dématérialisé |

## AXE N° 7 : URBANISER ET SECURISER LE SYSTEME D'INFORMATION, OFFRANT DES SERVICES ET DES INFRASTRUCTURES PERFORMANTS

*Une stratégie de l'architecture technique des systèmes sera construite pour garantir l'évolutivité, l'interopérabilité et l'agilité des systèmes en accord avec l'attente des métiers et les conditions de service définies. L'architecture technique embarquera les besoins futurs des métiers et les mesures de remplacement des systèmes obsolètes.*
*Les innovations technologiques, l'impact environnemental, les changements de normes et de standards devront être intégrés.*
*Pour chaque projet mené au Centre Hospitalier d'Hazebrouck, une stratégie de réflexions et d'analyse d'impacts sur le SI (infrastructure système et réseau, stockage) sera intégrée aux travaux, dès la phase étude.*

***Les objectifs permettant de mettre en œuvre les orientations qui précèdent sont les suivants :***

- **Sécurisation et monitoring des infrastructures SI**
- **Renouvellement/extension de l'infrastructure serveurs**
- **Développement des modes d'accès au SIH**
- **Poursuite des actions "Sécurité du Système d'Information" et gestion des habilitations**

### Objectif 1 : Sécurisation et monitoring des infrastructures SI

**Actions :**

1. Sécurisation du cœur de réseau
2. Outils de suivi des performances du SI (réseau, serveurs…)

| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif** | **Autres services ou structures concernées par l'objectif** |
|---|---|
| Responsable Système d'Information | Service système d'information |
| **Calendrier de réalisation**<br><br>**Action 1** : 2019 à 2020<br>**Action 2** : 2021 à 2023 | **Indicateurs de suivi**<br><br>**Action 1 :**<br>- Taux d'équipements actifs du cœur de réseau dont la sécurisation est assurée par redondance<br>- Taux de baie de brassage disposant d'un équipement spare disponible et préconfiguré<br>**Action 2 :**<br>- Taux d'équipements réseau contrôlés grâce à un outil de monitoring<br>- Taux de serveur et systèmes hôtes contrôlés grâce à un outil de monitoring |

<table>
<tr><th colspan="2">Objectif 2 : Renouvellement/extension de l’infrastructure serveurs</th></tr>
<tr><td colspan="2">Actions :<br><br>1. Renouvellement / extension des espaces de stockage<br>2. Extension des serveurs HyperV<br>3. Migration des serveurs physiques vers serveurs virtuels</td></tr>
<tr><td>Personnes responsables et acteurs de l’objectif<br><br>Responsable Système d’Information</td><td>Autres services ou structures concernées par l’objectif<br><br>Service système d’information</td></tr>
<tr><td>Calendrier de réalisation<br><br>Action 1 : 2019 - 2023<br>Action 2 : 2019 - 2023<br>Action 3 : 2019 - 2023</td><td>Indicateurs de suivi<br><br>Action 1 :<br>- Taux d’espace disponible sur les espaces de stockage<br>- Taux de projets intégrant une thématique « espace de stockage nécessaire » dès la phase étude<br>- Taux d’extension annuelle des espaces de stockage relative aux usages courants<br>Action 2 :<br>- Taux de ressource mémoire disponible par cluster d’hyperviseurs<br>- Taux de ressource processeur disponible par cluster d’hyperviseurs<br>Action 3 :<br>- Nombre de serveurs physiques virtualisables</td></tr>
</table>

| Objectif 3 : Développement des modes d'accès au SIH | |
|---|---|
| **Actions :**<br>1. Développement des accès distants au SIH (VPN / accès nomades)<br>2. Développement des usages du Terminal Server Edition (TSE) | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br>Responsable Système d'Information | **Autres services ou structures concernées par l'objectif**<br>Usagers du SIH<br>Service système d'information<br>Prestataire SI |
| **Calendrier de réalisation**<br>**Action 1** : 2019 – 2020<br>**Action 2** : 2020 - 2021 | **Indicateurs de suivi**<br>**Action 1 :**<br>- Disponibilité d'un serveur VPN paramétré<br>- Taux de prestataires utilisant le VPN pour les accès en télémaintenance<br>- Nombre d'utilisateurs du SIH disposant d'un accès VPN (hors prestataires)<br>**Action 2 :**<br>- Taux de disponibilité de l'architecture TSE<br>- Taux de postes clients mobiles utilisant au moins un service TSE<br>- Taux de comptes utilisateurs du SIH utilisant au moins un service TSE |
| **Objectif 4 : Poursuite des actions "Sécurité du SI" et gestion des habilitations** | |
| **Actions :**<br>1. Poursuite des actions "Sécurité du SI" et sensibilisation des utilisateurs<br>2. Révision de la gestion des habilitations en lien avec les RH (mouvements des personnels) | |
| **Personnes responsables et acteurs de l'objectif**<br>Responsable Système d'Information<br>Direction RH<br>DPO de GHT<br>RSSI de GHT | **Autres services ou structures concernées par l'objectif**<br>Usagers du SIH<br>Service ressources humaines<br>Service système d'information |
| **Calendrier de réalisation**<br>**Action 1** : 2019 - 2023<br>**Action 2** : 2020 - 2021 | **Indicateurs de suivi**<br>**Action 1 :**<br>- Existence d'une PSSI révisé annuellement<br>- Existence d'un PCA révisé et testé annuellement<br>- Taux de projets intégrant une thématique « Sécurité du SI » dès la phase étude<br>**Action 2 :**<br>- Existence d'une procédure d'échange d'information RH pour les mouvements de personnels<br>- Nombre de création de compte SIH / nombre effectif d'arrivées<br>- Nombre de suppression de compte SIH / nombre effectif de départs |

# GLOSSAIRE

| | |
|---|---|
| ANAP | Agence Nationale d'Appui à la Performance |
| ARS | Agence Régionale de Santé |
| AVC | Accident Vasculaire Cérébral |
| CAQES | Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins |
| CCAM | Classification Commune des Actes Médicaux |
| CDU | Commission des Usagers |
| CHRU/CHR | Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille |
| CHSCT | Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail |
| CLD | Congé de Longue Durée |
| CLM | Congé Longue Maladie |
| CME | Commission Médicale d'Etablissement |
| CMMF | Centre Médical des Monts de Flandre |
| CMO | Congé Maladie Ordinaire |
| COPIL | COmité de PILotage |
| COS | Cadre d'Orientation Stratégique |
| CPOM | Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens |
| CSAPA | Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie |
| CSOS | Commission Spécialisée pour l'Organisation des Soins |
| DIM | Département d'Information Médicale |
| DMS | Durée Moyenne de Séjour |
| DPC | Développement Professionnel Continu |
| DPI | Dossier Patient Informatisé |
| DPO | Délégué à la Protection des Données |
| DU | Diplôme Universitaire |
| EHPAD | Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes |
| EMSP | Equipe Mobile en Soins Palliatifs |
| EPP | Evaluation des Pratiques Professionnelles |
| ESMS | Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux |
| ETP | Education Thérapeutique du Patient |
| FTN | Forfait Technique tarif Normal |
| GAM | Gestion Administrative des Malades |
| GCS | Groupement de Coopération Sanitaire |
| GHICL | Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille |
| GHM | Groupe Homogène des Malades |
| GHSC | Groupe Hospitalier de Seclin Carvin |
| GHT | Groupement Hospitalier de Territoire |
| GMAO | Gestion de Maintenance Assistée par Ordinateur |
| GPMC | Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences |
| HAD | Hospitalisation A Domicile |

| | |
|---|---|
| HAS | Haute Autorité de Santé |
| HDS | Hôpital De Semaine |
| HPDD | Hospitalisation Programmée à Durée Déterminée |
| IAO | Infirmier d'Accueil et d'Orientation |
| IBODE | Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat |
| IFAQ | Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité |
| IHAB | Initiative Hôpital Amis des Bébés |
| IDE | Infirmier Diplômé d'Etat |
| IPDMS | Indice de Performance de la Durée Moyenne de Séjour |
| IRM | Image par Résonnance Magnétique |
| LISP | Lits Identifiés en Soins Palliatifs |
| LMFI | Lille Métropole Flandre Intérieure |
| MCO | Médecine-Chirurgie-Obstétrique |
| ORL | Oto-Rhino-Laryngologie |
| PACT | Poids Moyen du Cas Traité |
| PACS | Système d'archivage et de transmission d'images ou Picture Archiving and Communication System |
| PAERPA | Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie |
| PCA | Plan de Continuité de l'Activité |
| PMSP | Projet Médico-Soignant Partagé |
| PPI | Projet Pluriannuel des Investissements |
| PRAPS | Programme Régional relatif à l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies |
| PRS | Projet Régional de Santé |
| PSPH | Participant au Service Public Hospitalier |
| PSSI | Programme de Sécurité du Système d'Information |
| RCP | Réunion de Concertation Pluridisciplinaire |
| RIS / SIR | Radiological Information System, en français SIR Système d'Information Radiologique |
| RPS | Risques Psycho-Sociaux |
| RSSI | Responsable de la Sécurité du Système d'Information |
| RUM | Résumé d'Unité Médicale |
| SAU | Service d'Accueil des Urgences |
| SIH | Système d'Information Hospitalier |
| SROS | Schéma National d'Organisation des soins |
| SRS | Schéma Régional de Santé |
| SSR | Soins de Suite et de Réadaptation |
| SST | Service Santé au Travail |
| TOGD | Transit Oeso-Gastro-Duodénal |
| UAC | Unité d'Addictologie Clinique |
| UCAA | Unité de Chirurgie et d'Anesthésie Ambulatoires |
| UHCD | Unité d'Hospitalisation de Courte Durée |
| UHR | Unité d'Hébergement Renforcée |
| USP | Unité de Soins Palliatifs |

## CONTACTS

LECOUSTRE Sylvie
Directrice
direction@ch-hazebrouck.fr
03.28.42.66.07

Centre Hospitalier d'Hazebrouck
BP 90209 – 59524 HAZEBROUCK Cedex
Tél 03 28 42 66 00 – Fax 03 28 42 66 05
www.ch-hazebrouck.fr