

## GUIDE POUR LA REDACTION DES CPOM 2012-2016

**Synthèse des orientations stratégiques du SROS-PRS et PR-GdR (pour accéder à l'exhaustivité, consulter le SROS-PRS sous [www.ars.centre.sante.fr](http://www.ars.centre.sante.fr))**

Champ	Principaux axes et orientations stratégiques du PRS	Orientations stratégique du PRS en matière de COOPERATION	INDICATEURS
<b>Médecine</b> Dr. Steinbach Dr. Viale	Développer l'offre de médecine polyvalente	Organisation de consultations avancées de spécialité dans les hôpitaux de proximité, les structures de premiers recours (MSP) et les établissements médico-sociaux, notamment pour le diagnostic et la prévention	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux d'évolution de DMS pour les séjours de médecine suivis d'un séjour en SSR ou en HAD</li> <li>• Codage systématique des séjours en attente de sortie</li> <li>• Taux de réhospitalisations en médecine à 30 jours</li> </ul>
	Mettre en adéquation les effectifs des services sociaux avec les besoins de prise en charge	Formalisation garantissant la prise en charge des complications chirurgicales des actes endoscopiques réalisés sous anesthésie générale ou loco-régionale	
	Développer l'hospitalisation à temps partiel, notamment pour les bilans programmés	Conventions avec les établissements médico-sociaux proches pour favoriser les entrées directes dans les services de médecine lors d'hospitalisations programmées ou non programmées hors urgences vitales	
	Développer le recours à la télémedecine (notamment la téléconsultation)	Coopération entre les services de médecine polyvalente (notamment dans les établissements ne disposant pas de service de réanimation) et les services d'accueil des urgences, en articulation avec la PDSES	
	Développer, en lien avec le champ ambulatoire, des consultations non programmées en journée pour les spécialités déficitaires en praticiens libéraux dans la zone d'emploi (notamment pour la pédiatrie*)	Participation à la mise en place et au fonctionnement des filières de soins notamment pour l'asthme, l'épilepsie, l'hépatite C... en valorisant la prise en charge de l'éducation thérapeutique (articulation avec le Schéma Régional de Prévention)	
	Favoriser le regroupement à l'échelon départemental des moyens permettant l'accueil des urgences pédiatriques	Participation à la mise en place et au fonctionnement de la filière gériatrique en lien avec le SROSM (convention avec les EHPAD)	
		Formalisation de la coordination entre les acteurs du champ ambulatoire (pédiatres libéraux, PMI, médecins généralistes) et hospitalier	

Champ	Principaux axes et orientations stratégiques du PRS	Orientations stratégique du PRS en matière de COOPERATION	INDICATEURS
<b>Chirurgie</b> Dr Brisacier E. Carreau	Poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire (cf. fiche CPOM spécifique) : taux global et sur les 17 gestes marqueurs de la MSAP	Renforcer la coopération inter-établissement (yc. inter-territoriale) afin d'améliorer la permanence et la continuité des soins des spécialités chirurgicales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux de chirurgie ambulatoire sur les 17 gestes marqueurs MSAP</li> <li>• Taux global de chirurgie ambulatoire</li> <li>• Nb de séjours chirurgicaux</li> <li>• Nb de séjours de chirurgie pédiatrique et nature</li> </ul>
<b>Périnatalité</b> Dr Collet E. Massé	1- Orientation des femmes vers le type de maternité le plus adapté à leur niveau de risque  2- Augmenter le nombre d'entretien prénatal précoce (EPP)  3 - Renforcer l'accès et la prise en charge de l'IVG dans tous les établissements et notamment en période estivale  4- Mettre en place dans chaque établissement d'une revue mortalité morbidité (RMM) obstétrico-pédiatrique  5- Renforcer l'accès l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP)	1- Renforcer l'articulation des acteurs en périnatalité (PMI, libéraux, établissements...)  2- Renforcer des collaborations médicales entre établissement avec le développement de postes d'assistants partagés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux de nouveau-nés prématurés -</li> <li>• Taux de césariennes</li> <li>• Nombre annuel d'accouchements</li> <li>• Taux de transferts in utéro et post natal</li> <li>• Nombre d'IVG, dont nombre d'IVG médicamenteuses</li> </ul>
<b>Médecine d'urgence</b> Dr. Titton E. Gouchault	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SMUR : renforcer le maillage des transports par voie terrestre afin de diminuer le délai d'intervention</li> <li>• Améliorer les systèmes d'information et de recueil des passages aux urgences.</li> <li>• Développer le système de communication audio et de géo localisation des transports (ANTARES) pour interopérabilité de commandement et coordination</li> <li>• Optimiser l'articulation SAMU/SDACR/gestion de crises (ROR : support d'accueil des informations plan blanc et situations d'urgences)</li> </ul> Favoriser la formation des acteurs de la régulation et les coordinations	<ul style="list-style-type: none"> <li>• amélioration de la fluidité de prise en charge et limitation des délais d'attente.</li> <li>• orientation adaptée et limitation du recours injustifié à l'accueil d'urgence non programmée hospitalière</li> <li>• articulation avec les services d'aval, la médecine de ville, la permanence des soins ambulatoires, les MMG,</li> <li>• articulation avec le médico-social (EHPAD), les personnes âgées et polyopathologiques (médecine, SSR, USLD, EHPAD,).</li> </ul> Mise en place, consolidation, développement et affichage des filières de soins de médecine urgente : <ul style="list-style-type: none"> <li>• filières de l'urgence spécialisée : neurologie (AVC, UNV), cardiologie, vasculaire, pédiatrie, main, chirurgie cardiaque.</li> </ul> Mise en place des réseaux territoriaux d'urgence : offre de soins globale, graduée de tous les acteurs (régulation 15, SMUR, AMU, SAU, TSU, SDIS, MMG, MS, SOS, PDSA, PDSH) avec son annuaire.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de passages aux urgences</li> <li>• % de personnes hospitalisées après passage aux urgences</li> <li>• Nombre de sorties SMUR terrestres               <ul style="list-style-type: none"> <li>o primaires</li> <li>o secondaires</li> </ul> </li> <li>• Nombre de sorties SMUR hélicoptérées               <ul style="list-style-type: none"> <li>o primaires</li> <li>o secondaires</li> </ul> </li> <li>• Exhaustivité de remontée des RPU (cf. fiche SIH du CPOM)</li> </ul>

Champ	Principaux axes et orientations stratégiques du PRS	Orientations stratégique du PRS en matière de COOPERATION	INDICATEURS
<b>HAD</b> Dr. Steinbach D. Brunier	<p><b>- Améliorer l'accès aux soins en HAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ optimisation de la couverture territoriale avec définition des secteurs géographiques d'intervention,</li> <li>○ amélioration de l'information des professionnels de santé en lien avec le schéma ambulatoire,</li> <li>○ développement de l'accès direct à l'HAD sans passage préalable par un établissement de santé ou en post urgence</li> </ul> <p><b>- Améliorer la qualité et la sécurité des soins en HAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ développement de la télémédecine notamment la télésurveillance (éloignement médical) et la téléconsultation (isolement du patient)</li> <li>○ permanence et continuité des soins 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 (le SAMU et les services d'urgence n'ayant pas vocation à suppléer l'HAD)</li> </ul> <p><b>- Améliorer l'efficacité de l'HAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ organisation précoce du relais d'une hospitalisation à temps complet</li> <li>○ développement de la prise en charge en EHPAD</li> <li>○ développement de l'HAD SSR</li> <li>○ optimisation du volet pédiatrique de l'HAD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification des structures médico-sociales d'aval afin de garantir la fluidité des prises en charge</li> <li>- Renforcement des liens avec les réseaux existants et les professionnels libéraux</li> <li>- Contractualisation avec les services d'accueil des urgences</li> <li>- Harmonisation des Systèmes d'Information</li> <li>- Convention avec le SAMU (qui doit disposer d'une liste nominative des patients pris en charge avec indication de leur pathologie)</li> <li>- Faciliter la complémentarité entre HAD et SSIAD</li> <li>- Inscription dans les filières de soins notamment les filières gériatriques, maladies chroniques et soins palliatifs</li> <li>- Mise en adéquation des pratiques professionnelles avec les champs de compétence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de journées réalisées [dont en EHPA(D)]</li> <li>• Nombre de journées réalisées par mode de prise en charge.</li> <li>• Nombre de patients pris en charge,</li> <li>• Durée moyenne des séjours,</li> <li>• Nombre de décès en HAD,</li> <li>• Provenance des patients,</li> </ul>

Champ	Principaux axes et orientations stratégiques du PRS	Orientations stratégique du PRS en matière de COOPERATION	INDICATEURS
<b>Psychiatrie</b> Dr Dagoury H. Pissier	Poursuivre la diversification de l'offre de soins territoriales	S'intégrer dans la démarche régionale d'analyse des besoins	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Part des patients hospitalisés à temps complet en psychiatrie depuis plus d'un an</li> <li>• Taux d'hospitalisation en soins sans consentement .</li> </ul>
	Améliorer la prise en charge des urgences	En lien avec les services d'accueil des urgences somatique	
	Hospitalisation sans consentement		
	Renforcer les prises en charge spécifiques		
	<u>Les Adolescents</u> Renforcer la coordination territoriale autour du dispositif maison des adolescents		
	Constituer une équipe mobile territoriale pour gérer la crise	En lien avec les structures MS	
	<u>Les Personnes âgées</u> Identifier une structure de psycho-gériatrie		
	<u>Prise en charge des personnes handicapées</u> Organiser l'offre territoriale graduée	En lien avec le Centre de Ressources Autisme (CRA) du CHRU	
	Améliorer la sécurité des patients et de personnels		
	Former les professionnels de santé mentale		
- Pour les psychologues et les IDE et autres soignants			
<b>Soins de suite et réadaptation</b> Dr Pignotti D. Brunier	<p><b><u>SSR non spécialisés :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer la prise en charge oncologique</li> <li>- Développer la prise en charge en soins palliatifs en développant la formation si besoin</li> </ul> <p><b><u>SSR enfants - adolescents :</u></b>            SELON LES ETABLISSEMENTS</p> <p><b><u>SSR Locomoteurs et neurologiques :</u></b></p> <p><b><u>SSR Cardio-vasculaires :</u></b></p>	<p>Pour les petites structures: se rapprocher des établissements similaires afin de mutualiser les moyens permettant de satisfaire aux normes de fonctionnement.</p> <p>organiser des conventions avec les établissements autorisés pour la prise en charge des cancers.</p> <p>organiser des conventions avec une équipe d'appui départementale en soins palliatifs et avec un établissement disposant de lits identifiés en soins palliatifs.</p> <p>Renforcer les coopérations par voie de conventions avec les services de courts séjours adresseurs (Chirurgie, neurologie, Unités neuro-vasculaires, réanimation) et les services favorisant le retour à domicile (HAD, SSIAD...) (Cf p. 79).</p> <p>Conventionner avec les plateaux techniques de cardiologie interventionnelle pour améliorer la prise en charge de</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmission des conventions de coopération signées avec les MCO et HAD, les autres SSR et les ESMS (SSIAD, EHPAD, FAM, MAS...)</li> <li>• Nombre des séjours en SSR dans le mois suivant une hospitalisation pour AVC (pour les SSR indifférenciés, neurologiques et gériatriques)</li> <li>• Proportions des séjours de moins de 3 mois.</li> </ul>

Champ	Principaux axes et orientations stratégiques du PRS	Orientations stratégique du PRS en matière de COOPERATION	INDICATEURS
	<p>Développer la prise en charge des suites simples des syndromes coronariens aigus d'évolution simple en adaptant la prise en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-hospitalisation de jour et nombre de séances limité afin de rester compatible avec une reprise d'activité professionnelle précoce.</li> <li>- développement des aspects éducation et prévention.</li> </ul> <p><b><u>SSR Respiratoires :</u></b> Favoriser l'information des prescripteurs sur l'intérêt démontré de la réhabilitation respiratoire (afin de rattraper le retard de la région Centre dans ce domaine)</p> <p><b><u>SSR Digestifs, métaboliques et endocriniens :</u></b></p> <p><b><u>SSR Onco-hématologie:</u></b></p> <p><b><u>SSR Grands brûlés:</u></b> (Pour mémoire, seul le CRF de Bel Air est autorisé pour cette spécialité et une seule implantation est prévue)</p> <p><b><u>SSR Addictologie:</u></b> Engager l'élargissement des compétences de l'établissement au-delà de l'alcoologie vers l'addictologie (prévoir conventionnement avec un SSR d'addictologie en cas d'impossibilité justifiée d'élargissement)</p> <p><b><u>SSR Gériatriques:</u></b></p>	<p>l'insuffisance cardiaque.</p> <p>Développer les partenariats avec les SSR gériatriques pour améliorer la prise en charge en soins de suite et de réadaptation des patients cardiaques âgés ne relevant pas d'une hospitalisation en structure spécialisée, afin de limiter les ré hospitalisations itératives en court séjour (SSR gériatrique).</p> <p>Conventionner avec les courts séjours de niveau 2 (services proposant des prises en charges spécialisées et accueillant des patients notamment pour des sevrages et des soins résidentiels complexes) de la région Centre.</p> <p>Formaliser une convention favorisant l'intervention d'amont (rôle d'évaluation et d'orientation) et d'aval (rôle éducatif et de réinsertion) avec un CSAPA.</p> <p>Passer convention tout au moins avec un SSR cardio-vasculaire, un SSR locomoteur et un SSR neuro. définissant les partenariats (compétences partagées, consultations avancées, modalités de transfert etc. .).</p> <p>Passer convention avec un service gériatrique de court séjour (consultations mémoire, hospitalisation de jour, etc...)</p>	

Champ	Principaux axes et orientations stratégiques du PRS	Orientations stratégique du PRS en matière de COOPERATION	INDICATEURS
	<p><b><u>SSR spécialisés gériatrie ou à vocation polyvalente mais accueillant principalement des personnes âgées</u></b></p>	<p>Signer une convention avec au moins un EHPAD avant fin 2012 (convention type jointe avec l'instruction GDR SSR du 13/12/2011)</p>	
<p><b>Soins de longue durée</b> Dr Réa E. Gouchault</p>	<p>Organiser les USLD suite à la partition avec regroupement progressifs des patients éligibles au sein des unités redéfinies</p> <p>Organiser la continuité des soins IDE et médicales cf arrêté mai 2006</p>	<p>contractualisation avec EHPAD pour mise en place complémentarité au sein territoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Résultat des coupes PATHOS réalisées</li> </ul>
<p><b>Traitement du cancer</b> Dr Nicoulet L. Neveu</p>	<p>- Maintenir les seuils d'activité définis par l'INCa pour les établissements autorisés en chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie adultes et enfants</p> <p>- Respecter et évaluer les conventions de chimiothérapie site associé enfants et adultes</p> <p>- Structurer la prise en charge territoriale pour chaque cancer (à organiser par les DT)</p> <p>- développer la prévention en établissement de soins</p> <p>Tous les établissements autorisés en cancérologie doivent développer les consultations en oncogériatrie</p> <p>Pour tous les établissements de Radiothérapie : Déclaration des incidents à l'ARS en parallèle à l'ASN</p>	<p>Pour tous les établissements de Radiothérapie : Coopération inter établissement pour réorienter les patients en cas de gestion de crise</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Activité seuil des établissements autorisés</li> <li>• Nombre de patients pris en charge en chimiothérapie dans les établissements dits associés</li> <li>• Délais de prise en charge entre deux ou trois étapes cruciales du parcours de soins sur 4 cancers (sein colon prostate et poumon) selon méthodologie INCa</li> <li>• Nombre d'enfants bénéficiant d'au moins une RCP interrégionale/nombre d'enfants pris en charge pour cancers dans la région.</li> <li>• Nombre de patients pris en charge dans un établissement relevant de la filière oncogériatrique ayant bénéficié d'une consultation gériatrique</li> </ul>
<p><b>Examen des caractéristiques génétiques</b> Dr Dahmane</p>	<p>- Identifier un ou deux « <b>centres de génétique cliniques</b> » à vocation régionale ;</p> <p>- développer des <b>plateformes de prélèvement</b> ;</p> <p>- développer des <b>coopérations inter-labos</b> (publics &amp; privés) ;</p> <p>- améliorer la <b>connaissance de l'offre régionale</b> (analyses très spécifiques...) ;</p> <p>- <b>accréditation</b> des laboratoires de génétique</p>	<p><b>CHRU + CHRO</b></p> <p><b>Labos privés + publics</b></p> <p>→ <b>automatisation</b> &amp; taille critique</p> <p>→ <b>rationalisation</b> = complémentarité + suppléances</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre annuel de consultations dans chaque centre</li> <li>• Délais d'attente pour accéder à une consultation de génétique</li> <li>• Délai de rendus des résultats</li> <li>• Nombre de jours de formation assurée – Nombre et catégorie de professionnels formés.</li> </ul>

Champ	Principaux axes et orientations stratégiques du PRS	Orientations stratégique du PRS en matière de COOPERATION	INDICATEURS
	moléculaire & cytogénétique ; - renforcer l'articulation avec le <b>médico-social</b> ;		
<b>Cardiologie interventionnelle</b> Dr Bardière		Améliorer la prise en charge de l'insuffisance cardiaque <ul style="list-style-type: none"> <li>- en identifiant des partenariats de proximité associant prise en charge hospitalière et ambulatoire</li> <li>- en organisant par conventions la coopération entre les services de cardiologie et de SSR spécialisés en cardiologie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre total de patients pris en charge et origine régionale</li> <li>- Nombre d'actes interventionnels par voie endovasculaire en cardiologie par typologie</li> <li>- Nombre d'actes interventionnels en ambulatoire</li> <li>- Nombre de reprises d'un acte interventionnel au cours d'un même séjour</li> <li>- Nombre de séjours en chirurgie cardiaque suite à un acte interventionnel</li> <li>- Nombre de séjours en réanimation et/ou en unité de soins intensifs en cardiologie suite à un acte interventionnel</li> <li>- Taux de mortalité hospitalière au décours d'un séjour avec acte de cardiologie interventionnelle</li> <li>- Nombre d'enfants de moins de cinq ans pris en charge</li> <li>- Nombre d'infections nosocomiales</li> </ul> <p><u>Fonctionnement de l'unité pratiquant ces activités</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre, qualification et compétences du personnel médical et paramédical</li> <li>- Dossier patient commun informatisé, partagé et sécurisé</li> <li>- Existence d'un dispositif de transmission d'images, d'électrocardiogrammes, de données médicales à distance structuré et sécurisé tant pour la prise en charge des pathologies</li> </ul>

Champ	Principaux axes et orientations stratégiques du PRS	Orientations stratégique du PRS en matière de COOPERATION	INDICATEURS
			<p>cardiaques en phase aiguë</p> <p><u>Pratiques professionnelles</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Description des filières et protocoles formalisés de prise en charge des patients dans le cadre de l'appartenance au réseau des urgences (existence d'un algorithme ou protocole décisionnel concernant les stratégies de reperfusion en urgence pour la prise en charge des syndromes coronariens aigus, conformément aux recommandations de l'HAS)</li> <li>- Existence d'un protocole formalisé de compte rendu d'hospitalisation ou d'intervention en ambulatoire mentionnant le délai maximum de transmission aux correspondants médicaux.</li> <li>- Participation au protocole national de suivi des implantations des défibrillateurs et des stimulateurs multisites validé par la HAS</li> <li>- Suivi du partenariat entre les unités de rythmologie de niveau 1 et 2 : nombre de patients adressés, nombre et nature des formations dispensées</li> <li>- Formation continue des personnels médicaux et paramédicaux</li> <li>- Evaluation de pratiques professionnelles dans le domaine de la prise en charge des syndromes coronariens aigus en phase aiguë et post-aiguë en référence aux 6 indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la</li> </ul>

Champ	Principaux axes et orientations stratégiques du PRS	Orientations stratégique du PRS en matière de COOPERATION	INDICATEURS
			<p>sécurité des soins (IPAQSS) portant sur le respect des bonnes pratiques de prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë que les établissements de santé doivent désormais transmettre chaque année à l'HAS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Démarche qualité relative aux infections nosocomiales, à l'iatrogénie, à la matériovigilance</li> <li>- Conventions avec d'autres établissements pour la prise en charge des patients (en amont : urgences, et en aval : chirurgie cardiaque, unité de soins intensifs en cardiologie (USIC), réanimation, réanimation pédiatrique, soins de suite et de réadaptation)</li> </ul> <p><u>Accessibilité, continuité et permanence des soins</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation des gardes et astreintes médicales et paramédicales pour la permanence des soins dans l'unité d'hospitalisation et les salles d'interventions</li> <li>- Protocole et convention(s) de télétransmission d'images, d'électrocardiogrammes, de données médicales pour interprétation et avis thérapeutique</li> </ul>
<b>Réanimation, SI, SC</b> Dr Réa E. Carreau	<b>ADULTES ETS avec réanimation :</b> Identifier une USC prioritaire pour l'aval de chacune des unités de réanimation	Réanimation Convention avec SSR neuro locomoteur pour organiser avis précoce d'un médecin de MPR ou de son équipe est indispensable pour la mise ne place d'une rééducation précoce et adaptée.	

Champ	Principaux axes et orientations stratégiques du PRS	Orientations stratégique du PRS en matière de COOPERATION	INDICATEURS
	<p>Regroupement des USC</p> <p><b>ETS sans réanimation mais avec USC :</b> conventions à mettre en place avant la fin de l'année 2012 pour définir modalités admission et retour entre réanimation et USC</p> <p><b>Réanimation USC USI :</b> (rendre effective collaboration pour activité de greffe en lien avec coordonnateur régional</p> <p><b>Enfants :</b></p>	<p>Participation à construction outil de régulation des places en réanimation</p> <p>Toutes les USC pédiatriques devront conventionner avec une unité de réanimation pédiatrique ou mixte pour définir profils de patients en USC et modalités de transfert</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux d'occupation</li> <li>• Durée moyenne de séjour</li> <li>• Part des séjours avec indice de gravité simplifié "seconde version" (IGS2)</li> </ul>
<p><b>Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique</b> Dr Bardière</p>	<p><b>axe: augmenter Dialyse Péritonéale</b> <u>Etablissements autorisés pour la dialyse (quelque soit la modalité)</u> Concourir à l'objectif d'un minimum de 10 % de dialyse péritonéale par territoire, en participant à une information pré suppléance conforme aux orientations du SROS comportant</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- des réunions de concertations et d'orientation des patients insuffisants rénaux terminaux,</li> <li>- une information infirmière pré dialyse conforme au cahier des charge disponible sur le site de l'ARS.</li> </ul> <p><u>Etablissements autorisés pour la dialyse en centre</u> organiser les réunions de concertations et d'orientation des patients insuffisants rénaux terminaux à l'échelle du territoire de santé (si le territoire dispose de plusieurs centres, l'un d'entre eux devra être le support de cette organisation)</p> <p><u>Etablissements autorisés pour dialyse péritonéale</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifier au moins un référent dialyse péritonéale par territoire</li> <li>- Identifier au moins un IDE référent dialyse</li> </ul>	<p>-</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Part des nouveaux patients traités par DP</li> <li>• Part des patients suivis hors Centre</li> <li>• Proportions de dialyse débutées en urgence ou sur cathéter</li> <li>• Proportion de diabétique ayant eu dans l'année un dosage de créatininémie et de protéïnurie</li> <li>• Proportion de patients ayant fait l'objet d'un avis en Réunions de Concertation et d'Orientation des Insuffisants rénaux chroniques terminaux (&gt; à 50 % pour chaque structure</li> </ul>

Champ	Principaux axes et orientations stratégiques du PRS	Orientations stratégique du PRS en matière de COOPERATION	INDICATEURS
	<p>péritonéale par territoire proposer des stages de formation à la DP aux IDE libérales</p>		
	<p><b>Axe : augmenter greffe rénale :</b></p> <p><u>Etablissement autorisés pour la dialyse (quelque soit la modalité)</u> favoriser l'inscription précoce sur liste d'attente de greffe, et la greffe préemptive en organisant une information pré suppléance conforme aux orientations du SROS</p> <p><u>établissements autorisés pour la dialyse en centre</u> - désigner une ou plusieurs IDE référente greffe organiser des consultations partagées avec le centre de greffe de Tours en utilisant un dossier partagé et des outils de télé-médecine</p> <p><u>CHR d'Orléans</u> développer une activité de suivi post-greffe en hospitalisation en lien avec de CHU</p> <p><u>CHRU de Tours</u> - développer une activité de greffe rénale par donneur décédé en arrêt cardiaque - augmenter la part de greffes par donneur vivant afin d'atteindre un objectif minimum de 10%</p> <p><u>Etablissements autorisés pour la réanimation</u> - Utiliser Cristal Action pour optimiser le référencement des donneurs - Affecter les crédits ciblés pour les équipes de coordination de prélèvement à leur destination</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de patients greffés</li> <li>Délais sur liste d'attente de greffe</li> </ul>
	<p><b>Axe stratégique : faciliter l'accès soins</b></p> <p><u>Etablissements autorisés pour la dialyse à domicile dans le Cher et l'Indre</u> proposer une offre d'hémodialyse à domicile afin de limiter les déplacements des patients éloignés d'une structure de dialyse</p>		

Champ	Principaux axes et orientations stratégiques du PRS	Orientations stratégique du PRS en matière de COOPERATION	INDICATEURS
	<p><b>Objectif : diminuer l'incidence de l'IRCT</b>  <u>réseaux intervenant dans les domaines des maladies cardio-vasculaires et métaboliques</u>  intégrer la dimension dépistage et prévention de l'IRC par la promotion de dosage sanguins <u>et</u> urinaires, et la prise en charge précoce selon les recommandations professionnelles</p>		
<p><b>Imagerie</b> Dr Cavaillé</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuer les délais d'accès à l'IRM</li> <li>- Assurer la PDSE dans son établissement et / ou au profit de la région</li> <li>- Installation sur le même site d'IRM corps entier spécialisées ostéoarticulaire en complément d'appareil polyvalent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilisation des EML en coopération public / privé</li> <li>- Participation des radiologues libéraux à la PDS des établissements qui y sont soumis, sur site ou par téléimagerie</li> <li>- Organisation des coopérations entre les établissements, y compris les structures médico-sociales ou autres structures identifiées dans le PRS afin d'assurer le recours à l'imagerie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre et pourcentage d'IRM spécialisées</li> <li>• Effectivité des tableaux de garde et astreintes</li> <li>• Utilisation de la la téléimagerie</li> </ul>
<p><b>La prise en charge des personnes âgées et la filière Alzheimer</b> Dr Réa E. Gouchault</p>	<p>Développement des filières gériatriques et des dispositifs Alzheimer</p> <p>Mise en place UCC en SSR</p> <p>Labellisation selon nouveau cahier des charges des cs Mémoire (pour info cet objectif sera travaillé avec chaque ets par le référent Alzheimer et fera l'objet secondairement d'un avenant au CPOM après état des lieux selon consignes nationales</p>	<p><b>Conventionnement des CH avec les EHPAD</b> de leur zone d'intervention pour faciliter admission directe dans les services, pour , préciser les modalités d'admission et de retour dans les EHPAD</p> <p><b>Développer les cs et HDJ</b> pour favoriser réduction des délais pour améliorer un diagnostic précoce des facteurs de risque de perte d'autonomie</p>	
<p><b>Les traumatismes Crânio cérébraux</b> Dr Réa</p>	<p>Avis précoce de MPR pour les ets avec réanimation pour les Traumatisés crâniens</p> <p>CS de neurologie ou médecin MPR à organiser à distance pour TC légers et modérés</p>		
<p><b>L'addictologie</b> Dr Morriet M. Pinsard</p>	<p>Sensibiliser des professionnels des établissements de santé à l'addictologie</p> <p><b>Selon les établissements :</b></p>		<p>indicateur : nombre de professionnels formés/an</p>

Champ	Principaux axes et orientations stratégiques du PRS	Orientations stratégique du PRS en matière de COOPERATION	INDICATEURS
E. Guillou	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conventionner avec un établissement déjà doté d'une ELSA</li> <li>- Mettre en œuvre des consultations <u>toutes addictions</u>,</li> <li>- Mettre en œuvre une ELSA <u>toutes addictions</u> au niveau de chaque CH de référence</li> <li>- Créer le niveau 3 régional d'addictologie</li> <li>- Elargir les compétences des SSR spécialisés en addictologie à une prise en charge toutes addictions</li> <li>- Conventionner avec un CSAPA (en l'absence de CSAPA intra-hospitalier)</li> </ul>		
<b>La prise en charge de la douleur</b> Dr Titton H. Pissier	Améliorer l'accessibilité à une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique pour tous les patients souffrant de douleur chronique en région Centre . réduire les délais d'accès et ou la distance à une structure de consultation douleur . structurer l'offre régionale par une graduation des soins pour mieux cibler l'orientation des patients douloureux chroniques vers la structure adéquate . repérer les situations à risque en ambulatoire, médico-social et sanitaire . intégrer la démarche de prise en charge de la douleur dans la pratique soignante	Mise en place de la filière régionale de prise en charge de la douleur .articulation avec les structures d'aval : ambulatoire, médico-social, HAD, SSIAD, et les structures d'HP MCO. . collaboration des ETS ayant des personnels formés à la douleur, mutualisation des ressources médicales et matérielles . diffusion et appropriation de l'outil régional d'aide à la décision « <i>Quels patients adresser à une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique ?</i> » (repérage, inclusion, projet de soins, traçabilité, suivi, évaluation)  Mise en place la prise en charge polythématique notamment avec SP, cancer mais aussi neurologie, rhumatologie, pédiatrie, gynécologie, etc.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• File active</li> <li>• Origines des patients (médecine de ville, établissements médico-social, sanitaire, SSR,...)</li> <li>• Nombre de consultations par structure d'évaluation et de traitement de la douleur</li> </ul>
<b>Les soins palliatifs</b> Dr Titton H. Pissier	Renforcer la graduation des soins pour : . rendre accessible la prise en charge palliative coordonnée et homogène au domicile, en ETS médico-social et en hospitalisation. . renforcer le niveau de prise en charge de recours (soins complexes, formation, communication, stages) Améliorer la qualité de la prise en charge palliative : grille d'inclusion, traçabilité, projet de Soins et évaluation formalisée commune Améliorer l'efficacité des moyens : . annuaires des professionnels SP, astreinte médicale SP	Mise en place de la filière régionale des soins palliatifs : . articulation avec les services d'aval, la médecine de ville, la permanence des soins ambulatoires, . articulation avec les ETS du médico-social (conventions EHPAD), les personnes âgées, handicapées et polyopathologiques (médecine, SSR, HAD, SSIAD, EHPAD, etc.) . mutualisation des ressources matérielles ainsi que médicales et paramédicales des Ets ayant des personnels formés  Mise en place la pluridisciplinarité avec cancérologie et douleur ; médecine urgente pour éviter le passage à l'accueil urgence	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Améliorer l'accès aux soins palliatifs à tous les patients le requérant :</u></li> <li>• Nombre de demande d'inclusion dans les services,</li> <li>• <u>Améliorer la qualité de la prise en charge palliative :</u></li> <li>• <u>Améliorer l'efficacité des moyens de prise en charge palliative :</u></li> <li>• Nombre de professionnels ayant réalisés des stages au sein des différents dispositifs territoriaux,</li> <li>• Nombre et localisation des</li> </ul>

Champ	Principaux axes et orientations stratégiques du PRS	Orientations stratégique du PRS en matière de COOPERATION	INDICATEURS
			<p>interventions de PALLIENCE,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>Renforcer la diffusion de la culture palliative :</u></b></li> <li>• Nombre de participants aux journées de communication et de formation,</li> <li>• Nombre d'étudiants accueillis en stage dans les différentes composantes du dispositif régional de soins palliatifs,</li> <li>• <b><u>Renforcer les missions de l'équipe de coordination régionale de soins palliatifs</u></b></li> <li>• Rapport d'activité annuel</li> </ul>
<p><b>Les accidents vasculaires cérébraux</b> Dr Pignotti</p>	<p><b>Améliorer la rapidité de la prise en charge des AVC :</b></p> <p>Services d'urgence et Unité neuro-vasculaire ou Unité dédiée du territoire : favoriser le recours au 15 par la participation à des campagnes « grands publics » sensibilisant à l'importance du facteur temps dans la prise en charge des AVC.</p> <p>C15 – services d'urgences : Développer la formation des personnels à la prise en charge précoce des AVC (PARM et médecins régulateurs, personnel soignant des urgences, IDE d'accueil...)</p> <p><b>Organiser le suivi des patients après l'hospitalisation :</b> UNV (ou UD) du territoire : Systématiser la consultation neurologique post AVC entre le 2° et le 6° mois.</p>	<p><b>Formaliser les coopérations entre les différents acteurs de la prise en charge des AVC :</b> UNV (ou UD) et structures d'urgences du territoire : Formaliser les coopérations entre les structures des urgences du territoire et l'UNV (ou l'UD) pour la prise en charge rapide des AVC.</p> <p>CH de Châteauroux et CHRU, CH de Blois et CHRU : Formaliser la coopération (C15-Urgences-UD-UNV) pour la prise en charge des AVC pendant la période intermédiaire</p> <p>UNV (ou UD) et au moins un SSR neurologique et gériatrique du territoire : Etablir (si elle n'existe pas déjà) une convention (en cas d'établissement distinct) ou un protocole (en cas de service de SSR intra-établissement) formalisant les modalités de coopération entre l'unité neurovasculaire et le service d'aval (consultation avancée, avis neurologique, transfert du patient, consultation post AVC...)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Pour les UNV :</u></li> <li>• Nombre de thrombolyse pour AVC, dont nombre de thrombolyse pour les patients pris en charge dans l'UNV sur l'année</li> <li>• <u>Pour les UNV et UD :</u></li> <li>• Nombre de patients revus en consultation post AVC entre le 2° et 6° mois / Nombre de patients hospitalisés pour AVC dans l'UNV dans l'année</li> <li>• Transmission des conventions de coopération signées</li> </ul> <p>+ Cf. indicateurs AVC sur le schéma Urgence et le schéma SSR</p>
<p><b>Les soins aux détenus</b> Dr Dagoury H. Pissier Dr Rombault</p>	<p>Développer une offre de soins graduée en psychiatrie</p> <p>Mettre en place une offre globale et coordonnée des soins en addictologie</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux de réalisation des consultations de sortie</li> <li>• Taux d'informatisation des UCSA</li> <li>• Taux d'UCSA avec DMUI</li> <li>• Nombre de programmes</li> </ul>

Champ	Principaux axes et orientations stratégiques du PRS	Orientations stratégique du PRS en matière de COOPERATION	INDICATEURS
	<p>Promouvoir la télémédecine</p> <p>Développer le dépistage organisé des cancers</p> <p>Développer l'éducation à la santé</p>		<p>d'éducation à la santé et thématiques</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'admissions en soins psychiatriques sur décision du préfet (ex HO D.398) en service de psychiatrie</li> </ul>
<p><b>La prise en charge de l'obésité</b> Dr Collet</p>	<p>1- Construction de la filière de PEC de l'obésité sévère sur la Région</p> <p>2 - Reconnaissance d'un SSR spécialisé (en attente du cahier des charges)</p> <p>3 - Organisation du transport sanitaire bariatrique (état des lieux coopération inter établissements public/privé</p>	<p>Coordination pour une PEC médicale, chirurgicale, psycho social entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les différents établissements sanitaires, le SSR spécialisé et les autres SSR, l'ambulatoire (méd lib et spécialistes lib), les réseaux de soins, les associations.</li> <li>- et les deux centres spécialisés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de consultations de médecine de l'obésité / an</li> <li>• Nombre d'intervention de chirurgie bariatrique /an</li> <li>• Nombre de convention de partenariats avec : Ets sanitaires, SSR, Réseau de santé</li> </ul>
<p><b>Les maladies chroniques</b> Dr Morriet E. Massé</p>	<p>Développer une éducation thérapeutique du patient (ETP) de qualité participant à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (il peut s'agir de programmes mais aussi d'actions d'accompagnement telles que définies par l'article L.1161-3 du CSP)</p> <p>Suivre les préconisations du Comité de pilotage régional (utilisation des critères du bilan d'activité, etc...), pour les établissements autorisés à mettre en œuvre des programmes d'ETP</p> <p>Créer ou renforcer les équipes mobiles spécialisées (gériatrie, psychiatrie, soins palliatifs, etc) destinées à améliorer l'accès à des soins spécialisés dans les zones à faible offre de soins (rurales)</p> <p>Mettre à la disposition du public les coordonnées des associations de patients, favoriser la permanence de ces associations dans les locaux des établissements de santé et les solliciter chaque fois que nécessaire pour améliorer la prise en charge des patients.</p>	<p>Inscrire sur le portail internet Santé Région Centre la liste des spécialités médico-chirurgicales et des équipements de l'établissement permettant la prise en charge des principales maladies chroniques</p> <p>Etablir des conventions de coopération avec les acteurs de santé extra-hospitaliers tels que les réseaux de soins et les établissements médico-sociaux tels que les Ehpad afin d'assurer la coordination des soins.</p>	

## Orientations stratégiques du PROGRAMME DE TELEMEDECINE

(A. Hubert-Jouanneau, D. Pierre)

<b>AXES</b>	<b>Orientations stratégiques à contractualiser</b>	<b>INDICATEURS</b>
<b>Téléconsultations de proximité</b>	Développer les téléconsultations en UCSA	Nombre de téléconsultations réalisées, Nombre d'extractions sanitaires pour consultation
	Développer les téléconsultations de gériatrie autour des filières gériatriques labellisées	
	Développer les téléconsultations de neurologie – AVC	
<b>Organisation de la Permanence des soins en radiologique</b>	Permettre les interprétations des examens d'imagerie à distance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'actes de télé radiologie aux heures de la PDS,</li> <li>• Nombre d'actes de télé radiologie réalisés en dehors de s horaires de la PDS</li> </ul>
<b>Téléconsultation de cardiologie</b>	Organiser des revues de dossier à distance	Nombre de visioconférences réalisées, Nombre de dossiers présentés
	Organiser des téléconsultations de cardiologie	Nombre de téléconsultations réalisées
<b>Développement de la téléneurologie</b>	Faciliter la prise en charge des patients ayant subit un AVC en SSR	Nombre de téléconsultations réalisées
<b>Expérimentation de la télé échographie robotisée</b>	Expérimenter la télé échographie robotisée	Nombre d'examens réalisés
<b>Développement de la télédialyse</b>	Permettre l'ouverture d'unité de dialyse médicalisée dans les centres ne disposant pas de néphrologue	Nombre de patients suivis dans l'UDM
<b>Télesurveillance des patients souffrant d'insuffisance cardiaque</b>	Organiser un service de télesurveillance des patients suivi en SSR pour insuffisance cardiaque	Diminution du nombre de ré hospitalisation

## Orientations stratégiques du PRS hors SROS

Schémas et programmes	Orientations prioritaires à faire figurer dans les CPOM avec les établissements de santé	Indicateurs d'évaluation
<b>PRAPS</b> E. Massé D. Roy	<p><b>1/</b> Améliorer la lisibilité des dispositifs en direction des plus démunis : PASS EMPP</p> <p><b>1.1-</b> Traçabilité des enveloppes MIG  <b>1.2-</b> Traçabilité des prises en charge (orientation et suivi)</p> <p><b>2/</b> Améliorer la coordination des acteurs</p> <p><b>2.1-</b> Organiser la mise en réseau intra hospitalière des dispositifs PASS EMPP  <b>2.2-</b> Organiser la mise en réseau en extra hospitalière des dispositifs PASS EMPP</p> <p><b>3/</b> Développer le repérage et l'accompagnement adapté des publics précaires</p> <p><b>3.1</b> Formation de personnes ressource dans les services  <b>3.2</b> Assurer un repérage des patients précaires par les personnes ressources</p>	<p><b>1.1.1-</b> analyse budgétaire des moyens alloués  <b>1.2.1-</b> Analyse des bilans d'activité  <b>1.2.2-</b> Outils de liaison (fiche/dossier/carnet...)</p> <p><b>2.1.1-</b> Procédure spécifique PASS- Service Urgences  <b>2.1.2-</b> Procédures inter service de liaison avec la PASS  <b>2.2.1-</b> Formalisation des liens avec les dispositifs d'hébergements SIAO/LHSS/ACT) / d'accompagnement social et d'orientation des collectivités territoriales / CAARUD- CSAPA/  <b>2.2.2-</b> Consultations avancées des EMPP – PASS</p> <p><b>3.1.1</b> Nombres de personnes formées par pôle d'activité  <b>3.2.1</b> Nombres de patients repérés  <b>3.2.2</b> Bilan des orientations proposées et suivi des réponses</p>
<b>Schéma médico-social</b> E. Van Wassenhove Dr Réa	<p><b>Personnes âgées</b> : cf. Volet PA du SROS PRS</p> <p><b>Personnes handicapées</b> :contribuer à évaluation du besoin à partir des ets psychiatriques, et des réanimations</p> <p>Organiser accès aux soins programmes pour handicapés</p> <p>Faciliter accueil des personnes en situations de handicap au moins au sein des 2 CHR (personnes malentendantes)</p> <p>Mettre en pace partenariat pour organisation des soins programmés pour public avec troubles du comportement et ou handicap psychique</p>	<p>Existence ou non d'1 interprète pour sourds sur heures ouvrables au sein des 2 CHR</p> <p>Nbre de Convention signées entre ESMS accueillant public handicapé et les 8 CH de référence de la région pour les soins programmés (objectif convention préciser organisation et engagement réciproque)</p>

### Traitement particulier des coopérations -> annexe CPOM n°1 « orientations stratégiques » (pas d'annexe CPOM spécifique)

L'ouverture des établissements de santé sur les territoires constitue un des enjeux majeurs pour l'offre de soins. D'une part, il s'agit de renforcer les mutualisations entre les établissements de santé afin de répondre aux enjeux de démographie médicale, d'efficience et de qualité des soins. D'autre part, il convient de déterminer précisément la place respective des différents offreurs de soins d'un territoire pour assurer la transparence des parcours des patients et construire une offre graduée.

Le CPOM devra être utilisé pour impulser des actions territoriales spécifiques au regard des besoins exprimés et identifiés dans le PRS.

Il n'y aura pas d'annexe spécifique au contrat décrivant les actions de coopération envisagées par l'établissement mais celles-ci seront partie intégrante de l'annexe 1 du CPOM « orientations stratégiques ». En effet, les coopérations doivent être intégrées dans les CPOM **en tant que moyens de mise en œuvre d'une finalité** non comme une finalité en soit (exception : la mise en place d'une CHT pourra faire l'objet d'une fiche orientation stratégique en tant que telle car c'est un mode de coopération très transversal et donc non spécifique à une activité particulière).

Les modes de coopérations peuvent être :

- Organiques (GCS, CHT par exemple).
- Non organiques (organisation de filières, modalités d'articulation entre les structures d'HAD et les établissements prescripteurs, décloisonnement entre les secteurs : partenariats entre établissement de santé et EHPAD par convention par exemple).

Nb : Le CPOM n'ayant pas de portée juridique pour les signataires « extérieurs », les actions inscrites dans un CPOM donné devront être reportées dans le CPOM des établissements partenaires des actions de coopération prévues (assurer une transposition exacte du contenu des CPOM des différentes parties à la coopération)

Orientations stratégiques PRIORITAIRES	Etablissements concernés
<ul style="list-style-type: none"><li>• Mise en œuvre des recommandations du PRS relatives aux coopérations</li></ul>	Tous les établissements concernés par le champ du volet du PRS
<ul style="list-style-type: none"><li>• Mise en place d'au moins 1 CHT par territoire de santé  (à initier dans les territoires de santé du 18, 37 et 41, à finaliser et mettre en œuvre dans les territoires du 28, 36 et 45)</li></ul>	Etablissements publics de santé Etablissement porteur de la CHT à identifier

## Orientations stratégiques PRIORITAIRES relatives au DEVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

La chirurgie ambulatoire est une prise en charge innovante et performante qui intègre l'organisation de la continuité des soins.

L'organisation centrée sur le patient constitue un véritable saut qualitatif de sa prise en charge lui apportant meilleure qualité des soins, moindre exposition aux infections nosocomiales, réhabilitation plus précoce, plus grande satisfaction et dédramatisation de l'acte chirurgical.

Elle constitue aussi un enjeu pour le personnel des hôpitaux et des cliniques dans la mesure où elle améliore les pratiques professionnelles, leurs conditions de travail et leur qualité de vie.

Orientations stratégiques PRIORITAIRES	Etablissements concernés
<p><b>Augmenter le taux moyen de chirurgie ambulatoire sur les 17 gestes MSAP</b>  <i>(Arthroscopies du genou hors ligamentoplasties, Extractions dentaires, Chirurgie du cristallin, Chirurgie des varices, Adénoïdectomies, Chirurgie strabisme, Chirurgie du sein/tumorectomie, Chirurgie anale, Chirurgie de la maladie de Dupuytren, Chirurgie canal carpien et autres libérations nerveuses, Chirurgie des bourses, Coelioscopie gynécologique, Chirurgie des hernies inguinales, Chirurgie de la conjonctive (ptérygion), Chirurgie réparatrice des ligaments et tendons (main), Chirurgie utérus, vulve, vagin et AMP, Exérèses de kystes synoviaux)</i></p> <p><b>Cible ARS 2013 : taux régional= 80 à 85% (75.2% en 2010)</b></p> <p>Les indicateurs de chaque établissement sont produits par l'ARS</p>	<p>Etablissements ayant une activité de chirurgie</p> <p><b>Selon son indicateur actuel</b></p>
<p><b>Augmenter le taux global de chirurgie ambulatoire substitutive</b>  <i>(hors activités interventionnelles comme les endoscopies)</i></p> <p>Il s'agit de changer de paradigme : ne plus seulement considérer des gestes ciblés potentiellement réalisables en ambulatoire et inscrits dans des listes fermées, mais étendre ce mode de prise en charge à l'ensemble des patients éligibles et à l'ensemble de la chirurgie, la chirurgie ambulatoire devenant la référence.</p> <p><b>Cible ARS 2013 : taux régional= 43.2% (37.1% en 2010)</b></p> <p>Les indicateurs de chaque établissement sont produits par l'ARS</p>	<p>Etablissements ayant une activité de chirurgie</p> <p><b>Selon son indicateur actuel</b></p>
<p><b>Développer une démarche qualité spécifique à l'activité de chirurgie ambulatoire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Formaliser</b> les procédures et outils organisationnels. (critères de sélection formalisés, chemin clinique formalisé, critères de sortie formalisés, appel de la veille...)</li> <li>• <b>Mettre en place et mesurer les indicateurs de qualité</b> spécifiques à la chirurgie ambulatoire et notamment : taux de déprogrammation, taux de conversion en hospitalisation complète, taux de satisfaction des patients</li> </ul>	<p>Etablissements ayant une activité de chirurgie</p> <p><b><u>Selon les réponses de l'établissement à l'enquête organisationnelle des unités de chirurgie ambulatoire lancée par l'ARS en décembre 2011</u></b></p>

## Orientations stratégiques PRIORITAIRES relatives à L'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS

Thématiques	Orientations stratégiques PRIORITAIRES	Etablissements concernés
<b>Lutte contre les infections nosocomiales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'une EOH</li> <li>• Composition de l'EOH : présence d'un temps de médecin / pharmacien et d'un temps infirmier</li> <li>• Formation des membres de l'EOH avec participation au minimum d'un membre de l'équipe aux réunions du RHC</li> <li>• Formation à l'hygiène du personnel de l'établissement (inscription dans le plan de formation de l'établissement)</li> <li>• Présence d'un référent en antibiothérapie formé</li> <li>• Présence d'un protocole d'antibiothérapie de 1<sup>ère</sup> intention</li> <li>• Atteindre un score ICSHA-2 :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- de A ou B pour les centres hospitaliers, ex-hôpitaux locaux, cliniques MCO</li> <li>- d'au moins C pour les autres</li> </ul> </li> <li>• Participation du laboratoire de biologie aux formations <u>et</u> aux contrôles qualité organisés par le CCLIN (notamment contrôle BMR)  <i>Si laboratoire externe, inscrire dans cette clause dans le contrat passé entre l'établissement et le laboratoire de biologie prestataire.</i> </li> </ul>	<p>Tous les établissements de santé hors EML et AMP/DPN</p> <p>selon les résultats du tableau de bord ICALIN 2010</p>
<b>Certification</b>	<p>Les objectifs de la région Centre sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les établissements de santé doivent mobiliser toutes les ressources nécessaires internes et externes à la structure pour réaliser avec succès la 3<sup>ème</sup> génération de procédure de certification (V2010) et les suivantes.</li> <li>• Les établissements de santé doivent assurer la continuité de la démarche qualité entre deux procédures de certification afin de répondre avec satisfaction à toute décision formulée dans le rapport de certification</li> </ul> <p>La procédure de certification concerne tous les établissements de santé. Elle est obligatoire et intervient périodiquement tous les 4 ans. La Haute Autorité de Santé (HAS) émet des décisions dans les rapports de certification des établissements de santé.</p> <p>Ces derniers doivent lever ces décisions en respectant l'échéance fixée par la HAS ou lors de la procédure suivante.</p>	<p>Tous les établissements sauf structures autonomes d'EML et AMP/DPN</p>
<b>Management de la qualité et de la sécurité des soins</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborer un programme coordonné de la qualité et de la sécurité des soins</li> <li>• Décliner les actions du programme, incluant des actions de formation</li> </ul>	<p>Tous les établissements sauf structures autonomes d'EML et AMP/DPN</p>

	<p>Les établissements doivent définir l'organisation de la démarche gestion des risques. Cette dernière doit être liée à la démarche qualité de l'établissement. Un coordonateur de la gestion des risques associés aux soins doit être désigné (circulaire du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins).</p>	
<p><b>Publication et amélioration des indicateurs qualité et sécurité des soins</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Engagement à publier annuellement, selon des modalités à préciser (affichage, livret d'information...), les indicateurs de qualité et de sécurité des soins</li> <li>• Engagement à atteindre, à terme du contrat, le score de 80 % pour les indicateurs suivants a minima : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tenue du dossier patient</li> <li>- Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation</li> <li>- Traçabilité de l'évaluation de la douleur</li> <li>- Dépistage des troubles nutritionnels</li> <li>- Tenue du dossier d'anesthésie (secteur MCO)</li> </ul> </li> </ul> <p>Les établissements ont l'obligation de disposer des résultats d'indicateurs « qualité et sécurité des soins » et de faire connaître ses résultats au public (usager, professionnels de santé, institution. Cette publication est annuelle. La procédure est la suivante : En premier lieu, les résultats nationaux des indicateurs font l'objet d'une publication annuelle par le ministère de la santé (<i>site Platines : Plateforme d'informations sur les établissements de santé</i>).</p> <p>Ensuite, dans un délai de deux mois suivant la publication susmentionnée, les établissements de santé mettent à la disposition du public leurs indicateurs de qualité et de sécurité des soins (<i>arrêté du 6 janvier 2012 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins</i>).</p> <p><u>Liste des indicateurs devant faire l'objet d'une publication :</u> Sous le pilotage du ministère du travail, de l'emploi et de la santé, sept indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ICALIN.2 (indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales version 2) ;</li> <li>2. ICSHA.2 (indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques version 2) ;</li> <li>3. ICA-BMR (indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes) ;</li> <li>4. ICA-LISO (indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire) ;</li> <li>5. ICATB (indicateur composite de bon usage des antibiotiques) ;</li> <li>6. Un score agrégé, élaboré à partir des résultats de chacun des indicateurs ci-dessus ;</li> <li>7. Indice SARM (taux triennal de Staphylococcus aureus résistant à la méticilline et tendance annuelle).</li> </ol>	<p>Tous les établissements sauf EML et AMP/DPN</p>

	<p>Sous le pilotage de la Haute Autorité de santé, neuf indicateurs de qualité issus du dossier du patient :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0.1. Tenue du dossier patient ;</li> <li>1.2. Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation ;</li> <li>2.3. Traçabilité de l'évaluation de la douleur ;</li> <li>3.4. Dépistage des troubles nutritionnels ;</li> <li>4.5. Tenue du dossier anesthésique ;</li> <li>5.6. Evaluation du risque d'escarre ;</li> <li>6.7. Prise en charge médicamenteuse de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë ;</li> <li>7.8. Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques après un infarctus du myocarde ;</li> <li>8.9. Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie.</li> </ol> <p><b>Evolution des scores des indicateurs</b> L'objectif national à atteindre est de 80% donc les établissements devront avoir un score de 80% dans 5 ans. Les thèmes retenus pour chaque indicateur répondent à des objectifs prioritaires de santé publique:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tenue du dossier patient</li> <li>- Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation</li> <li>- Traçabilité de l'évaluation de la douleur</li> <li>- Dépistage des troubles nutritionnels</li> <li>- Tenue du dossier d'anesthésie (secteur MCO)</li> </ul>	
<p><b>Accréditation des laboratoires d'analyse de biologie médicale rattachés à un centre hospitalier</b></p>	<p>Les laboratoires d'analyse de biologie médicale doivent mettre en place une démarche qualité (Article L.622-1 du code de la santé publique).</p> <p>L'accréditation, délivrée par l'instance nationale d'accréditation : le Comité français d'accréditation en France (COFRAC), repose sur des normes européennes harmonisées.</p> <p>Pour les laboratoires de biologie médicale la norme NF EN ISO 15189, pour les examens de biologie médicale dont la phase analytique est réalisée hors du laboratoire de biologie médicale la norme NF EN ISO 22870. Cette accréditation est prévue au plus tard le 1<sup>er</sup> novembre 2016.</p> <p><b>Les laboratoires de biologie médicale devront prouver leur entrée effective dans la démarche dès le 1<sup>er</sup> novembre 2013.</b></p> <p>L'accréditation d'un laboratoire de biologie médicale reposant sur les exigences des normes 15189 et 22870 permet de répondre positivement à l'ensemble des éléments d'appréciation de la procédure de certification HAS des établissements de santé.</p>	<p>Pour la région Centre, la liste des établissements devant inscrire cet objectif « accréditation des laboratoire de biologie médicale » sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 18 : CH de Bourges</li> <li>- 18 : CH de Vierzon</li> <li>- 28 : CH de Dreux</li> <li>- 28 : CH de Chartres</li> <li>- 28 : CH de Châteaudun</li> <li>- 37 : CHRU de Tours (2 sites : Bretonneau et Trousseau)</li> <li>- 37 : CHIC Amboise</li> <li>- 41 : CH de Blois</li> <li>- 45 : CHR Orléans (2 sites : La Source et porte Madeleine)</li> <li>- 45 : CH Pithiviers</li> <li>- 45 : CH Montargis</li> <li>- 45 : CH Gien</li> </ul>

## Orientations stratégiques PRIORITAIRES relatives à l'OPTIMISATION DU PILOTAGE INTERNE ET DES PROCESSUS

Thématiques	Orientations stratégiques PRIORITAIRES	Etablissements concernés
<p><b>Assurer la soutenabilité de la situation financière et patrimoniale</b></p>	<p>Les établissements de santé doivent être en mesure d'assurer, de manière pérenne, le financement de leur exploitation courante et les investissements nécessaires à la production de soins de qualité.</p> <p>Certains établissements qui connaissent des difficultés financières particulières sont déjà engagés dans une démarche de retour à l'équilibre structurel, dont les modalités de retour à l'équilibre sont définies dans un PRE /CREF (auquel cas, le CPOM y fera mention).</p> <p>Des <b>indicateurs financiers cibles</b> sont fixés au CPOM et feront l'objet d'un suivi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Indicateur 1</u> : Résultat comptable</li> <li>- <u>Indicateur 2</u> : Taux de marge brute &gt; = 6 %</li> <li>- <u>Indicateur 3</u> : Taux d'indépendance financière (cible &lt; 50 %)</li> <li>- <u>Indicateur 4</u> : Durée apparente de la dette (&lt; 10 ans)</li> <li>- <u>Indicateur 5</u> : Encours de la dette / total des produits (cible &lt; 30%)</li> </ul> <p><i>(Cf. décret du 14/12/11 relatif à la limitation du recours à l'emprunt des CH)</i></p>	<p>Etablissements publics et ex-PSPH</p>
<p><b>Optimiser le processus « achats »</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place une organisation interne permettant d'optimiser la fonction « achats »</li> <li>• Adhérer au GCS achats</li> </ul>	<p>Etablissements publics (et ex-PSPH volontaires)</p>
<p><b>Aller vers un système d'information cohérent et performant</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atteindre le socle prioritaire spécifié dans le cadre du programme hôpital numérique</li> <li>• Organiser les conditions de déploiement du DMP</li> <li>• Informatiser les urgences et produire de façon exhaustive les RPU</li> <li>• Alimenter et mettre à jour le ROR et l'observatoire des systèmes d'information de santé (oSIS) dans toutes ses composantes</li> </ul>	<p>Tous les établissements sauf structures autonomes d'EML et AMP/DPN</p>

## Orientations stratégiques PRIORITAIRES relatives à l'optimisation de la politique des ressources humaines

Thématiques	Orientations stratégiques PRIORITAIRES	Etablissements concernés
<b>Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences</b>	<p>S'inscrire dans un dispositif de GPEC mis en place par l'ARS avec les fonds FMESPP / FSE (formation des cadres de santé, équipement en matériel logiciels)</p> <p>Echéance : 2012-2013</p>	Etablissements publics et ex PSPH
<b>Amélioration des conditions de travail</b>	Inscrire les projets des établissements sur cette thématique, et de manière obligatoire pour les établissements ayant obtenu des crédits FMESPP au titre des « CLACT »	Etablissements publics et ex PSPH
<b>Prévention et réduction de l'absentéisme</b>	<p>Inscrire les moyens mis en place pour prévenir et réduire l'absentéisme dans l'établissement et prévoir un taux cible à atteindre.</p> <p>Incontournable pour les établissements ayant un taux d'absentéisme élevé selon l'enquête absentéisme en cours</p>	Etablissements publics et ex PSPH
<b>Maitriser le turn-over du personnel et favoriser l'attractivité de l'établissement</b>	<p>Inscrire les moyens mis en place pour maitriser le turn-over du personnel et favoriser l'attractivité de l'établissement et prévoir un taux cible à atteindre.</p> <p><b>Mode de calcul :</b>  la notion de départs ne prend en compte que les agents sortants de la structure. Elle ne tient pas compte des mouvements liés aux mobilités internes (mutation inter services etc.), mais seulement ceux liés aux sorties externes.  Départs : agents ayant quitté définitivement l'établissement, quel que soit le motif (retraite, fin de contrat, licenciement, disponibilité, détachement, démission, etc.). Les départs en promotion professionnelle, en CLM ou CLD ne doivent pas être comptés dans les départs car l'agent reste en position d'activité ; les agents mis à disposition ne doivent pas non plus être comptabilisés.</p>	Etablissements publics et ex PSPH