

## □ AXE 3 : AMÉLIORER L'EFFICIENCE

### / PROJET N°7 DEVELOPPER RESOLUMENT TOUTES LES PRISES EN CHARGE EN AMBULATOIRE

Le développement de toutes les alternatives à l'hospitalisation complète constitue un enjeu majeur, en permettant, à activité et moyens comparables :

▶ **D'organiser** en hôpital de jour, en anesthésie et chirurgie ambulatoire (ACHA), en HAD, voire en consultation externe, des prises en charge actuellement réalisées en hospitalisation complète (séjour supérieur à 24 h).

▶ **D'améliorer** la qualité de prise en charge du patient et son confort pour les pathologies en relevant.

▶ **De réorganiser** l'offre de soins à l'intérieur du CHU en mutualisant des ressources et en organisant mieux les activités, donc en réduisant les coûts en évitant des hospitalisations complètes et en diminuant les capacités correspondantes dont l'hôtellerie laisse fortement à désirer.

▶ **De former** les jeunes chirurgiens et médecins à cette pratique, très développée au sein de l'hospitalisation privée, d'innover par rapport aux prises en charge publiques traditionnelles, cette mission de formation et d'innovation est incontournable pour le CHU.

L'activité d'hospitalisation de jour en médecine et en gynécologie a augmenté de façon sensible ces dernières années mais reste à développer, en particulier dans la perspective de l'hôpital couple-enfant.

#### ▶ ① Développer l'anesthésie et la chirurgie ambulatoire (ACHA)

Réalisant déjà une activité significative en ambulatoire, le CHU disposera en 2006 de deux structures identifiées et autorisées en anesthésie et chirurgie ambulatoire (sur les 2 sites Nord et Sud), notamment pour les chirurgies de la Main, chirurgie maxillo-faciale, avec des possibilités d'extension à d'autres actes chirurgicaux que ce soit en orthopédie, en ORL ou en ophtalmologie.

Le patient doit être au centre de cette organisation particulière, afin d'optimiser le circuit des patients dont la durée de séjour n'est que de quelques heures. L'évolution des techniques chirurgicales en particulier mini-invasives, des techniques anesthésiques avec tout le champ de l'analgésie permet de proposer cette approche à un nombre croissant de patients.

**Afin de combler son retard dans ce type d'organisation, le CHU souhaite engager dans les prochaines années un développement volontariste des prises en charge ambulatoires dans toutes les disciplines, par la construction d'une culture de l'ambulatorio et des processus organisationnels particuliers de cette activité.**

La démarche institutionnelle s'appuiera sur les actions concrètes suivantes :

► **Elaboration d'un référentiel** : présentation générale de l'Unité et ses 4 secteurs spécifiques, modalités d'admission dans ce secteur, modalités des relevés d'activité, résumé de sortie anonymisé RSS/PMSI et CCAM, pathologies traitées, organisation des soins, répartition des tâches, plannings, moyens et liens avec les autres unités.

► **Rédaction d'une charte de fonctionnement type** et d'un règlement intérieur de la structure et des blocs opératoires concernés : missions du médecin coordinateur, organisation générale de la continuité des soins assurés par les personnels médicaux et paramédicaux, documents réglementaires.

► **Acquisition d'une véritable culture de la chirurgie ambulatoire** avec une approche commune et validée de la prise en charge de ce type de patient, à partir des procédures écrites interdisciplinaires et interprofessionnelles avec un développement important de la communication au sein de l'équipe.

► **Evaluation de la qualité de la prise en charge du patient** : elle sera systématique (questionnaire de satisfaction, appel du lendemain, questionnaire du cinquième jour).

► **Développement du partenariat entre la ville et l'hôpital**, le médecin traitant étant l'intermédiaire obligé entre l'Unité et le patient en pré ou post opératoire pour :

- ✓ l'éligibilité du patient compte tenu de critères psychosociaux et environnementaux stricts
- ✓ l'aide au remplissage du questionnaire pré anesthésie
- ✓ l'aide à la compréhension des consignes pré opératoires et post opératoires
- ✓ la participation au suivi post opératoire

► **Mise en place de formations interprofessionnelles**, permettant une appropriation du concept de l'ambulatorio par les différents acteurs et l'accompagnement au changement.

## ► 2 Développer les hôpitaux de jour

Plus largement, les structures actuelles (locaux, accès, flux) et l'organisation de la prise en charge (unités dispersées, équipement inadéquat, pratiques et formations insuffisantes) ont été insuffisamment repensées et modernisées depuis l'ouverture de l'hôpital Michallon.

Le CHU mettra en place pendant la période du projet d'établissement un véritable projet ambulatoire visant à mieux organiser, en les séparant chaque fois que possible de l'hospitalisation complète, les prises en charge ambulatoires (450.000 consultants externes, 40.000 séjours inférieurs à 24 heures en hôpital de jour et ACHA). Dans l'hôpital Michallon, outre les unités actuelles D et N, les unités E et F libérées fin 2008 par l'institut de biologie seront dédiées à l'ambulatoire et renouvelées avec des accueils et accès identifiés et séparés. Les accueils et accès actuels retrouveront ainsi une fréquentation permettant les opérations lourdes de maintenance et de restructuration.

**Le développement de l'ambulatoire dans la discipline médecine concernera en particulier 5 unités majeures d'hôpital de jour, avec mutualisation accrue des activités :**

- ✓ Transfert et extension de l'hôpital de jour de médecine rhumatologie à Sud
- ✓ Extension de l'hôpital de jour onco-hématologique suite à l'intégration d'activités cancérologiques d'organes (pneumologie, gastro entérologie)
- ✓ Extension et mise aux normes de l'hôpital de jour de cardiologie
- ✓ Création d'un hôpital de jour de suivi des patients transplantés
- ✓ Ouverture d'un hôpital de jour médico-chirurgical pédiatrique dans l'hôpital Couple Enfant (2<sup>ème</sup> tranche fin 2009)

Des bonnes pratiques d'organisation similaires à celles de l'ACHA seront développées : organisation type, définition des rôles, protocolisation, évaluation, TIC, démarche qualité, communication.

### 3 Développer l'HAD et rénover son organisation

Le CHU de Grenoble demeure le CHU le plus impliqué dans l'hospitalisation à domicile (HAD) et son développement : il gère la plus importante section d'HAD en CHU, après celle de l'AP-HP. Il dispose depuis plus de 30 ans d'une structure d'HAD couvrant toutes les disciplines de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique, pédiatrie). Structure exemplaire de coordination des professionnels de ville pour permettre l'hospitalisation du patient à son domicile, le département de médecine gériatrique et communautaire vient de mettre en place le premier diplôme universitaire de coordination en HAD.

Durant ces dernières années, le développement des réseaux ville hôpital, la création de structures de prise en charge à domicile a fait évoluer l'activité sur un plan quantitatif (moins de patients pris en charge) et qualitatif (patients lourds sur le plan des soins et de la dépendance). Cette baisse d'activité a été renforcée par le maintien d'une organisation logistique classique. Pour une capacité de 80 places autorisées, l'activité représente en 2005 environ 50 % d'occupation. **En conformité avec la politique nationale de développement de l'HAD, le CHU s'engage à revenir par étapes, sur la période du présent projet d'établissement, à une pleine utilisation des 80 places autorisées et à un accroissement significatif du nombre de nouveaux patients pris en charge.**

En outre le CHU organisera par convention ses relations avec les HAD en création dans le département (Voiironnais, Grésivaudan), notamment afin de développer une évaluation commune.

Les actions concernent :

- ▶ la diversification des prises en charge à des pathologies nouvelles (neurologie...),
- ▶ l'insertion plus forte de l'HAD obstétricale et pédiatrique dans le pôle Couple Enfant, permettant un développement de l'activité,
- ▶ l'optimisation du temps de travail des soignants recentré sur les soins, en améliorant les moyens logistiques,
- ▶ l'évolution en profondeur du mode organisationnel, avec l'introduction des technologies de l'information.

## **PROJET N°8 METTRE EN ŒUVRE LES POLES D'ACTIVITES**

Le CHU a engagé depuis plusieurs années une réflexion sur l'évolution de sa gouvernance qui s'est concrétisée par la mise en place dès 2001 d'un comité stratégique de 6 membres associant direction générale, présidence de la CME et doyen.

Celui-ci a décidé, dès 2003, d'intégrer le projet d'évolution du management comme un projet majeur du CHU à conduire avec l'élaboration du présent projet d'établissement : un groupe de réflexion sur la gouvernance élaborant la trame d'un premier cahier des charges puis un atelier participatif ont formulé des propositions concrètes sur les actions à mener.

La parution de l'ordonnance du 2 mai 2005 est venue conforter la dynamique engagée, qui se décline autour de la démarche suivante en deux phases :

### **Phase préparatoire et d'appropriation collective progressive sur 2006**

**1. Mise en place dès septembre 2005 d'un conseil exécutif provisoire de 16 membres**, auquel succédera le conseil exécutif définitif dont la composition intégrera des responsables de pôles dès la mise en place de ceux ci, au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2007 et le représentant du comité de la recherche en matière biomédicale et en santé.

**2. Constitution, sur proposition de «l'équipe projet pôles» et après concertation des responsables médicaux et soignants, de pré pôles en 2006, regroupant les CR existants** (services ou départements) et engagement d'une première contractualisation sur les activités et les ressources : phase d'appropriation collective du management futur et des nouvelles modalités de gestion des ressources.

**3. Constitués à partir des services et départements existants**, pour permettre cette première étape de contractualisation, ils sont appelés à se transformer pour laisser place aux pôles d'activités définitifs. En particulier, dans le cadre de l'approfondissement de la démarche, les contours des pré-pôles sont susceptibles d'être confirmés ou modifiés.

### **Première phase**

**Les pré-pôles cliniques et médico-techniques, définis pour l'année 2006 sont les suivants :**

1. Urgences - Anesthésie Réanimation - SAMU SMUR
2. Imagerie
3. Biologie
4. Couple Enfant
5. Cancérologie Hématologie
6. Appareil locomoteur sud
7. Rééducation et Physiologie
8. Cardiovasculaire et thoracique
9. Tête et Cou et chirurgie réparatrice
10. Gériatrie
11. Médecine
12. Uro Néphro endocrino et digestif
13. Pharmacie
14. psychiatrie neurologie
15. Centre de gestion des blocs
16. santé publique
17. Recherche

#### 4. Mise en place d'actions d'information et de formations sur la nouvelle gouvernance et ses enjeux.

5. Préparation en 2006 de la phase de mise en œuvre des pôles en finalisant les éléments de management des pôles dans un règlement intérieur. Devront être définis, en complément des dispositions réglementaires de base, **les aspects qualitatifs du management des pôles, de leurs structures internes et de leurs acteurs et notamment :**

- ▶ profils de postes du coordonnateur médical, du cadre de santé et du cadre administratif,
- ▶ modalités d'animation du pôle et place du conseil de pôle,
- ▶ missions des structures intermédiaires, aujourd'hui services, départements et UF et de leurs responsables,
- ▶ place des structures transversales.

Devront également être préparés les éléments stratégiques de la contractualisation 2007 sur le projet médical, à partir du présent projet d'établissement, mais aussi des questionnaires de services et départements élaborés en 2004, revisités à la lumière des futurs pôles.

### Mise en place des pôles

En 2006, la définition des pôles d'activités sera finalisée, s'appuyant sur une démarche de mutualisation des compétences, des plateaux techniques et des équipements, et sur une optimisation des filières de soins. L'organisation en pôles, disposant d'une masse critique (plusieurs services et/ou départements) répond à la volonté de faciliter le pilotage institutionnel, de permettre des développements et adaptations de l'organisation des activités médicales concertés, dans le cadre d'une gestion optimale des ressources.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2007 au plus tard, le CHU de Grenoble aura mis en place une quinzaine de pôles cliniques et médico techniques dont les contours seront, pour la majorité, assez proches des pré-pôles actuels.

Certains correspondront aux ensembles cohérents d'activités, tels qu'ils résultent des projets médicaux et architecturaux majeurs engagés ces dernières années, en intégrant la dimension de gestion des ressources et des compétences : hôpital Couple Enfant, Institut de biologie, appareil locomoteur – rééducation Sud, plateau technique.

Les pôles d'activités cliniques et médico-techniques contribueront à la mise en application des politiques institutionnelles, telles que définies dans le présent projet d'établissement, en particulier :

- ✓ Les orientations stratégiques et transversales du projet médical
- ✓ La politique qualité
- ✓ Le projet de prise en charge du patient
- ✓ Le projet de gestion

Le souhait institutionnel d'assurer, dès la mise en œuvre des pôles, la transversalité et la solidarité se concrétisera par la définition ou la confirmation les structures trans-polaires permettant de gérer des politiques communes, notamment :

- ✓ La politique de développement des prélèvements et des greffes
- ✓ La politique en faveur des soins palliatifs ou la lutte contre la douleur
- ✓ L'éducation thérapeutique
- ✓ La prise en charge des urgences.

L'ambition de mettre en œuvre des pôles hospitalo-universitaires nécessitera de préciser les modalités de contractualisation entre les pôles et le pôle recherche, fondée sur des projets et des moyens de recherche clairement identifiés.

Le projet de gestion détaillé plus loin vise notamment à :

- ✓ Préciser l'organisation des structures internes aux pôles
- ✓ Faciliter la désignation d'équipes projets et la déclinaison du projet d'établissement en projets de pôles
- ✓ Définir les formations des responsables de pôles et des cadres à la nouvelle gestion déléguée et ses outils

## **PROJET N°9 LE PROJET PHARMACEUTIQUE : LA SECURITE DE LA PRESCRIPTION A LA DISPENSATION**

L'institution hospitalière est vivement encouragée à s'organiser pour une meilleure transparence sur ce qu'elle produit et ce qu'elle dépense. C'est le sens de la réforme de la tarification à l'activité et de la mise en place d'une tarification à la pathologie en utilisant les Groupes Homogènes de Séjour. Les textes récents concernant la nouvelle gouvernance et l'organisation en pôle, la tarification à l'activité, le contrat de bon usage des médicaments, la chimiothérapie à domicile et la préparation des cytotoxiques, la sortie de certains médicaments de la réserve hospitalière, la nouvelle classification des médicaments à prescription restreinte, vont entraîner de profondes modifications de l'ensemble des pratiques professionnelles pharmaceutiques.

L'ensemble de ces textes place le plus souvent les services pharmaceutiques au centre des dispositifs sécuritaires et efficaces, conduisant à une réorganisation du pôle pharmaceutique.

### Les objectifs s'articulent autour :

► **D'une recherche de la sécurité et de l'efficacité thérapeutique médicamenteuse pour le patient.**

► **D'initiatives visant à assurer au médecin** la stérilité et la sécurité des dispositifs médicaux stériles que ces derniers soient produits en interne (stérilisation centrale) ou achetés à l'industrie pharmaceutique (UF Gestion des dispositifs médicaux stériles (DMS)).

► **De l'amélioration de la comptabilité analytique**, de l'analyse de gestion, du suivi régulier et pédagogique de la consommation des services à la fois pour les médicaments et pour les dispositifs médicaux stériles.

### Les grandes lignes du projet du futur pôle de pharmacie pour la période 2006/2010 concernent :

#### 1 La sécurisation du circuit des médicaments et des dispositifs médicaux

Elle suppose trois actions complémentaires :

- ✓ Accompagner l'achèvement de l'informatisation de la prescription des médicaments au CHU de Grenoble (objectif opérationnel du contrat de bon usage des médicaments)
- ✓ Pour les dispositifs médicaux stériles : développement et déploiement d'outils informatisés performants
- ✓ Utiliser les connaissances du pharmacien au niveau de l'unité de soins (médicaments et DMI) : l'exercice de la pharmacie clinique

Elle nécessite également la mise en œuvre opérationnelle, après les travaux et les acquisitions en cours, des fonctions suivantes, modernisées et mises aux normes :

- ✓ La stérilisation centrale unique (achèvement prévu en 2007)
- ✓ La pharmacotechnie (travaux de mise en conformité)
- ✓ La distribution des médicaments (acquisition d'un robot).

## ► 2 Le développement de la pharmacie clinique et du bon usage dans les pôles

**La fonction pharmaceutique doit être réorganisée au sein des futurs pôles d'activités et à proximité des unités de soins.**

Trois objectifs opérationnels peuvent être atteints en rapprochant le pharmacien du prescripteur et du patient au sein du pôle médical en général et des unités de soins en particulier :

- ✓ Améliorer la prévention des événements indésirables médicamenteux
- ✓ Participer positivement à la validation des thérapeutiques médicamenteuses
- ✓ Contribuer à l'efficacité de la prescription

**La création d'antennes de pharmacie communes à plusieurs unités de soins sera étudiée**, les résultats escomptés étant une meilleure maîtrise médicalisée des dépenses pharmaceutiques, un respect des référentiels scientifiques, une sécurisation des flux des médicaments et des DMS, une prévention des événements indésirables médicamenteux et une validation plus systématique des ordonnances.

**Le redéploiement progressif des préparateurs en pharmacie au niveau des unités de soins sera engagé**, grâce à l'automatisation des tâches de distribution du médicament.

**L'investissement dans des armoires à pharmacie sécurisées sera expérimenté puis évalué** avant un déploiement plus global. Cette action vise à répondre à la préoccupation de l'adéquation entre les prélèvements et les médicaments prescrits à un patient précis - du « coulage », de la péremption des produits, de la traçabilité des opérations de dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux, de l'optimisation des stocks au niveau de l'unité de soins et de la diminution de l'iatrogénie médicamenteuse.

**Pour améliorer le suivi des dépenses pharmaceutiques (T2A, contrat de bon usage) médicaments et dispositifs médicaux stériles, trois actions doivent être engagées en priorité :**

- ✓ L'amélioration des performances de la comptabilité analytique (facturation de prestations),
- ✓ La mise en place systématique de l'analyse et du suivi de gestion,
- ✓ La communication régulière de tableaux de bord pédagogiques et commentés prescripteurs.