



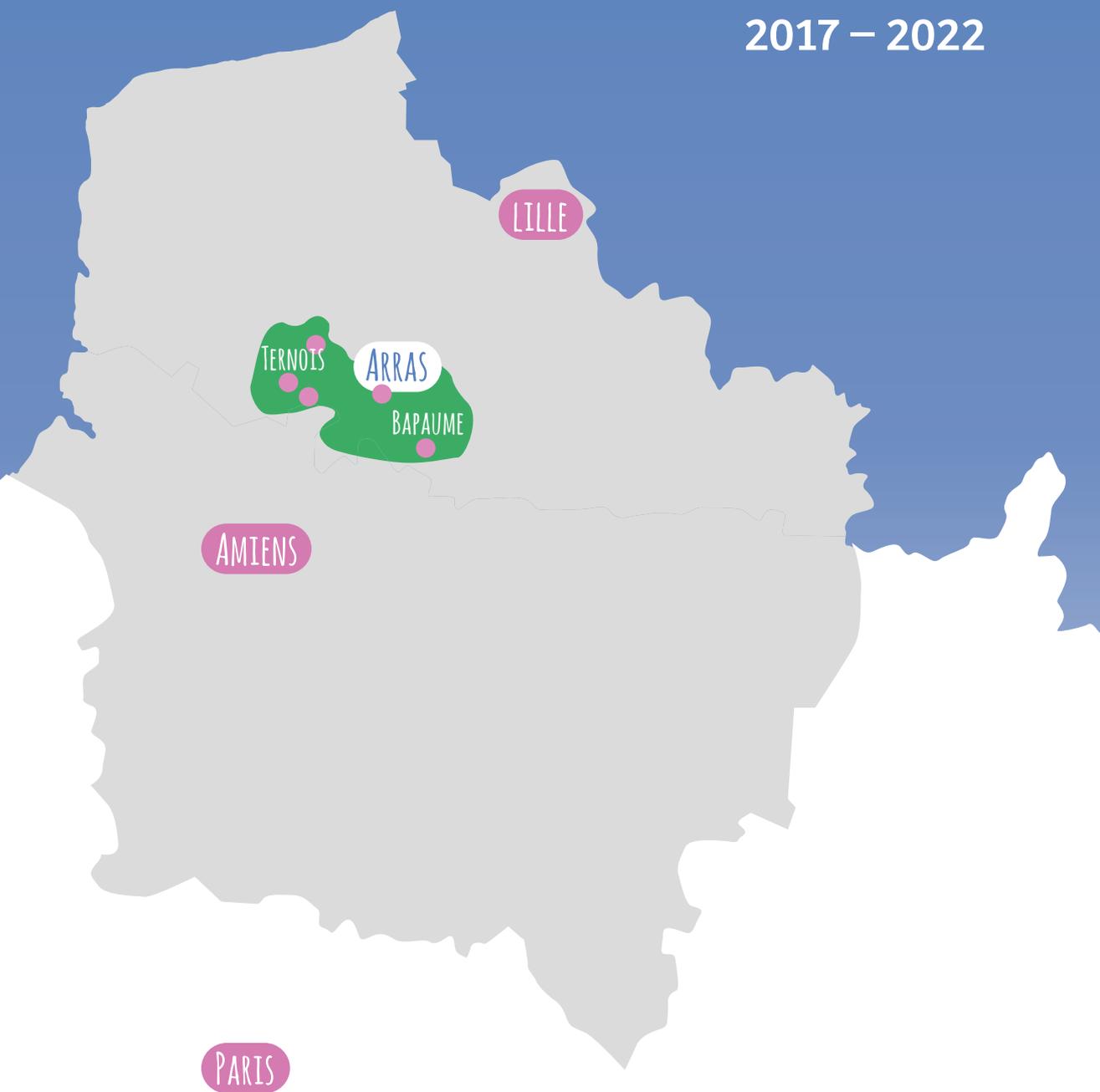
Groupe Hospitalier
Artois-Ternois

L'EXCELLENCE POUR TOUS

PROJET MÉDICAL

PARTAGÉ

GHT ARTOIS-TERNOIS
2017 – 2022



« INTRODUCTION »

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 crée les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) dans la continuité des réformes relatives aux modes de coopération hospitalière engagées dès 1970.

Créé le 1er juillet 2016 par arrêté du directeur général de l'ARS des Hauts de France, le **Groupement Hospitalier de l'Artois-Ternois (GHAT)**, composé de trois établissements (centre hospitalier d'Arras, établissement support, centre hospitalier du Ternois et centre hospitalier de Bapaume) repose sur l'engagement de garantir **l'excellence des soins pour tous** au regard de son périmètre d'activité et à l'échelle de son territoire.

Couvrant un bassin de population de plus de 260 000 habitants, il rayonne au cœur du territoire Arrageois et bénéficie d'un positionnement stratégique entre les CHRU de Lille et d'Amiens.

Parce que l'heure est au décloisonnement et à la coordination, le GHAT mène avec ambition une politique d'ouverture sur ses partenaires hospitaliers publics et privés, la médecine de ville et le tissu associatif.

Une double particularité le caractérise : d'une part, un mode de gouvernance en direction commune entre le centre hospitalier (CH) d'Arras et le CH du Ternois depuis janvier 2016 et entre le CH d'Arras et le CH de Bapaume depuis janvier 2017, d'autre part une offre de santé couvrant l'ensemble des champs sanitaire, social et médico-social. Cette singularité le positionne en **acteur de recours sur son territoire**.

Le **Projet Médical Partagé 2017-2022 (PMP)** est au cœur de la stratégie du GHAT. Il repose sur un travail important d'analyse et de diagnostic préalable¹. Son aboutissement est le fruit d'une démarche concertée avec l'ensemble de la communauté médicale, les partenaires extérieurs et les élus locaux concernés.

Articulée autour de **10 grands enjeux**, la stratégie médicale du groupement entend répondre aux défis démographiques, sociaux, épidémiologiques et managériaux de santé sur son territoire pour faciliter la coordination des parcours de soins au bénéfice des patients et de leur bien-être.

Conformément au troisième alinéa du I de l'article R. 6132-3 du code de la santé publique, notre projet médical partagé organise l'offre de soins du GHAT en **21 filières de soins** dont la mise en œuvre opérationnelle s'inscrit dans de **5 grands axes** :

- Axe 1 : Développer l'offre territoriale sur certains besoins insuffisamment couverts
- Axe 2 : Améliorer l'attractivité de l'offre MCO en déployant des stratégies ciblées territorialement
- Axe 3 : Soutenir le projet de renforcement de l'offre d'aval au MCO
- Axe 4 : Favoriser la collaboration médicale territoriale
- Axe 5 : Structurer les filières de soins non programmés

¹ Etude ORS Nord-Pas-de-Calais, « Evolution à 5 et 10 ans des besoins de la population du Ternois et de l'Arrageois, Adéquation à l'offre existante », Juillet 2016 ; Nordmann et PKCS « diagnostic territorial et d'activité du GHT Artois-Ternois », octobre 2016

SOMMAIRE

1. UNE STRATÉGIE MÉDICALE ARTICULÉE DE 10 GRANDS ENJEUX

1.1. Conforter nos pôles d'excellence	7
1.2. Poursuivre la structuration de nos filières de soins	10
1.3. Sortir l'hôpital de ses murs	12
1.4. Garantir l'accès aux soins pour tous	13
1.5. Garantir l'accès aux soins urgents	14
1.6. Conduire une stratégie de groupe public en bonne intelligence avec les partenaires privés	15
1.7. Concilier la maîtrise des dépenses avec la qualité des soins et l'efficacité du service	17
1.8. S'adapter à la médecine de demain	18
1.9. Développer la recherche clinique	19
1.10. Rénover notre politique managériale et de formation	20

2. UNE ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS PAR FILIERE

2.1. Prise en charge des pathologies cardiaques et pulmonaires	23
2.1.1. Détresse et infections pulmonaire, asthme, BPCO	23
2.1.2. Syndrome coronarien, insuffisance cardiaque, troubles du rythme et hypertension artérielle	25
2.1.3. Pathologies vasculaires (hors AVC)	28
2.1.4. Soins de suite et de réadaptation : réhabilitation respiratoire et cardiaque	30
2.2. Prise en charge des pathologies neurologiques	32
2.2.1. Prise en charge de l'AVC	32
2.2.2. Prise en charge des pathologies de neurologie générale (hors AVC)	34
2.2.3. Prise en charge des maladies neurodégénératives	36
2.3. Prise en charge des pathologies endocriniennes, du diabète et de l'obésité	38
2.3.1. Prise en charge du diabète et pathologies endocriniennes	38
2.3.2. Prise en charge des troubles nutritionnels, obésité et troubles du comportement alimentaire	41
2.4. Prise en charge des pathologies digestives	44
2.4.1. Hépatogastro-entérologie	44
2.4.2. Prise en charge chirurgicale des pathologies de la paroi, du tube digestif, du foie, des voies biliaires et de la vésicule	46
2.4.3. Prise en charge des urgences en hépatogastro-entérologie (hémorragie digestives, occlusions, pancréatite biliaire, angiocholite, corps étrangers,...)	48
2.4.4. Addictologie et toxicologie	50
2.5. Prise en charge en néphrologie	52
2.6. Prise en charge polypathologique	55
2.6.1. Pathologies en rhumatologie	55
2.6.2. Pathologies inflammatoires	58
2.6.3. Prise en charge des patients polypathologiques et médecine interne	60
2.6.4. Pathologies infectieuses	63
2.7. Prise en charge des pathologies en dermatologie et plaie chroniques (hors cancer)	65

2.8. Prise en charge de la douleur	67
2.8.1. Traitement de la douleur chronique	67
2.8.2. Fibromyalgie	69
2.9. Prise en charge de la santé mentale	71
2.9.1. Prise en charge de la pathologie psychiatrique	71
2.9.2. Pédopsychiatrie	74
2.10. Prise en charge des personnes âgées	77
2.11. Prise en charge des patients précaires	80
2.12. Soins d'aval	82
2.12.1. Soins de suite et de réadaptation	82
2.12.2. Soins palliatifs	85
2.12.3. Hospitalisation à domicile	86
2.13. Prise en charge en orthopédie et traumatologie	88
2.13.1. Traumatologie	88
2.13.2. Orthopédie (pathologies des os et des articulations non traumatiques)	90
2.13.3. Pathologies de la main	92
2.13.4. Pathologies du rachis	94
2.14. Prise en charge des pathologies en urologie (hors cancer)	96
2.15. Prise en charge des pathologies en ophtalmologie	98
2.16. Prise en charge des pathologies de la tête et du cou (hors cancer)	100
2.17. Prise en charge des pathologies tumorales	102
2.17.1. Cancers de la femme (sein et gynécologique)	105
2.17.2. Cancers thoraciques	109
2.17.3. Cancers digestifs	112
2.17.4. Cancers ORL	114
2.17.5. Cancers urologiques	116
2.17.6. Cancers hématologiques	119
2.17.7. Cancers neurologiques	122
2.17.8. Cancer de la peau	124
2.18. Prise en charge de la femme et de l'enfant	127
2.18.1. Prise en charge de l'enfant (médicale et chirurgicale)	127
2.18.2. Prise en charge gynécologique non tumorale	130
2.18.3. Maternité et Néonatalogie	132
2.18.4. Prise en charge des troubles de l'apprentissage	135
2.18.5. Procréation médicalement assistée	137
2.18.6. Diagnostic prénatal	140
2.19. Soins critiques et médecine d'urgence	143
2.19.1. Urgences / SAMU / SMUR	143
2.19.2. Anesthésie et réanimation	146
2.20. Fonctions médicotechniques	148
2.20.1. Biologie	148
2.20.2. Imagerie	150
2.20.3. Pharmacie	152
2.21. Réponses aux situations sanitaires exceptionnelles	154



1) UNE STRATÉGIE MÉDICALE ARTICULÉE AUTOUR DE 10 GRANDS ENJEUX



Enjeu n° 1 : Conforter nos pôles d'excellence

La gouvernance des hôpitaux publics a été profondément modifiée par la mise en place des pôles d'activité cliniques et médicotecniques en 2005. Les pôles du GHAT devront bénéficier à ce titre d'une délégation de gestion dans le cadre de la démarche de contractualisation interne.

Nos pôles doivent adapter leur organisation aux besoins des patients, développer une offre de soins pertinente, promouvoir l'efficacité et l'équilibre médico-économique et s'adapter à la médecine de demain. Ils doivent être soutiens et promoteurs du développement de la recherche clinique ainsi que des nécessités de réorganiser les services de soins (optimisation du capacitaire), de fidéliser et renforcer les équipes médicales, de former des internes de spécialités et nouer collaborations et partenariats (tant en interne qu'en externe) notamment pour **favoriser les prises en charge médico-chirurgicales.**

Pérenniser l'excellence de nos prises en charge de la femme et l'enfant

Regroupant les services de chirurgie gynécologique et carcinologique, maternité (niveau III), gynécologie obstétrique, pédiatrie, réanimation néonatale, soins intensifs et continus néo-nataux (néonatalogie de niveau III, unité Kangourou, unité Koala), urgences pédiatriques, l'hôpital dispose d'une unité d'orthogénie de 4 places, d'un Centre Gratuit, d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD). Il comprend une offre en consultations de génétique médicale et participe à une activité de procréation médicalement assistée en collaboration avec le CH de Lens. Ses équipes médicales et soignantes sont engagées dans la démarche de labellisation IHAB « Initiative Hôpital Amis des Bébé ».

Structurer le parcours de soins médico-chirurgical en carcinologie

Titulaire de bon nombre d'autorisations en chirurgie carcinologique, le CHA doit rendre plus lisibles et plus cohérentes ses filières médico-chirurgicales. Ce mouvement doit s'inscrire dans une stratégie institutionnelle contribuant ainsi à éviter les fuites vers d'autres établissements, y compris de la part de certains praticiens du CHA. Au regard des enjeux épidémiologiques du territoire, le CHA doit conforter et développer son offre.

Développer notre offre chirurgicale

L'hôpital d'Arras dispose de spécialités chirurgicales diversifiées en chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie plastique et reconstructrice, chirurgie esthétique (autorisée depuis 2016), chirurgie urologique, chirurgie vasculaire et polyvalente, chirurgie viscérale endocrinienne et digestive, consultation d'ophtalmologie, nutrition obésité, ORL et dispose d'un Centre Spécialisé Obésité (CSO).

La chirurgie carcinologique est un axe structurant de notre projet médical. Le CH d'Arras se nourrit également de nombreux partenariats avec les CHRU de Lille et d'Amiens, le Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille (GHICL) notamment en ORL, chirurgie digestive et chirurgie du rachis.

Les spécialités chirurgicales sont structurées autour du patient avec, outre le service d'anesthésie et la présence d'un médecin généraliste dans les services d'hospitalisation, une organisation fonction du parcours des patients :

- Unité d'accueil pré-interventionnelle ;
- unité de chirurgie ambulatoire ;
- unité de chirurgie conventionnelle.

Améliorer la prise en charge des maladies chroniques

Le pôle comprend une offre de soins en médecine polyvalente, hépato-gastroentérologie, hématologie, oncologie (unique service public d'oncologie médicale du territoire), pneumologie (écho-endoscope EBUS, éducation thérapeutique pour adulte asthmatique), néphrologie-hémodialyse, diabète-endocrinologie, HDS, HDJ, neurologie (UNV, USINV, consultation mémoire, télé-AVC), rhumatologie, équipe mobile de soins palliatifs, addictologie et SSR, consultations de sourds et malentendants, dermatologie, douleur.

Le développement d'une offre en médecine interne et infectiologie est en cours de structuration.

Fluidifier la filière de soins non programmés

Au côté des prises en charge programmées en médecine et chirurgie, la filière de soins non programmés irrigue tout l'hôpital et son optimisation ne peut être laissée qu'à la seule responsabilité des services d'urgences et de soins critiques. C'est sur ce point que notre projet médical des cinq années à venir devra être le plus ambitieux.

Ceci passe notamment par :

Une meilleure coordination des professionnels par :

- un recours accru aux spécialistes d'étage pour avis médicaux et chirurgicaux ;
- des réunions régulières avec les services de spécialités (services d'étage) ;

Une orientation optimisée du patient non programmé vers :

- les explorations fonctionnelles ;
- les consultations spécialisées ;
- les lits post urgence ou son intégration vers les lits d'hospitalisation de jour ou de semaine.

Une organisation fluidifiée grâce à :

- l'identification de référents urgentistes par spécialités médicales ; interlocuteurs privilégiés des services de spécialité permettant un accès directs entre les urgences et les unités de soins
- une communication priorisée entre les médecins du CH d'Arras et les médecins de ville par des lignes téléphoniques dédiées
- le développement du recours de la prise en charge à domicile par la HAD et le SSIAD
- la variation du capacitaire en fonction de la saisonnalité

Ancrer la filière santé mentale sur le territoire

Le pôle de santé mentale du CH d'Arras comprend une unité de soins attentifs, une unité de soins et d'accompagnement, un centre d'accueil et de crise, une unité de réhabilitation psycho-sociale, une unité protégée de réadaptation, une cellule d'urgence médico-psychologique, un secteur psychiatrie adulte extra hospitalier (hôpitaux de jour, CATTP, CMP, EMGP), la pédopsychiatrie (CMP, CATTP), un centre de soins psychothérapeutiques pour adolescents (hospitalisation de semaine, CMP/CAT, hôpital de jour, unité mobile de périnatalité arrageoise, pédopsychiatrie de liaison).

Afin d'assurer la continuité et l'égalité d'accès des soins dans le cadre du GHAT, un pôle inter établissement est mis en place entre les CH d'Arras et de Bapaume ; ce dernier disposant aussi d'une filière de prise en charge en santé mentale (CMP, CATTP, SAAS).

Améliorer la prise en charge des personnes âgées

Dans un contexte de vieillissement de la population, le département du Pas de Calais compte plus de 120 000 personnes âgées de plus de 75 ans (Insee, 2013). En juillet 2016, l'ORS met en évidence une baisse des naissances en parallèle d'une forte progression des plus de 65 ans (environ +8 % pour les 65 – 85 ans et + 68 % pour les + de 85 ans) d'ici 10 ans. Pour répondre aux besoins, la **filiale de soins gériatriques** du CH d'Arras s'inscrit dans une démarche de proximité et d'adaptation aux besoins d'une population ciblée.

Le pôle gériatrie du CH d'Arras offre 453 lits dont 30 lits de CSG, un hôpital de jour gériatrique, 24 lits de SSR, 10 lits d'UCC, 110 lits d'USLD, dispose d'une équipe mobile d'évaluation gérontologique (au cœur du processus d'adressage MCO-SSR), d'un PASA et de 3 EHPAD (Pierre Brunet 110 lits, Pierre Bolle 80 lits + 2 places, Dainville 150 lits).

L'offre médico-sociale du CH du Ternois est répartie sur trois sites : Auxi le Château (EHPAD les Varennes 60 lits, UVA l'Étincelle 18 lits + 2 places), Frévent (EHPAD Allart de Fourment 40 lits, EHPAD Les Pommiers 18 lits + 2 places, Foyers de vie La Pannerie 50 lits et Les Châtaigniers 40 lits) et Saint-Pol (EHPAD rue d'Hesdin 70 lits, EHPAD L'Oasis 82 lits, UVA Carpe Diem 27 lits + 6 places, USLD 10 lits, UHR l'Aquarelle 20 lits, SSR 55 lits).

Le CH de Bapaume compte quant à lui un EHPAD de 162 lits, un foyer de vie de 10 lits, 75 lits de SSR.

L'amélioration de la prise en charge des personnes âgées suppose de renforcer la structuration de la filiale gériatrique dans le territoire et développer une coordination territoriale notamment en SSR.

Renforcer la coordination des fonctions supports au service des pôles cliniques

Le pôle plateau technique d'intervention et de diagnostic met à disposition des pôles d'activités cliniques les moyens humains, techniques et matériels nécessaires à l'accomplissement de leurs missions. Il doit répondre à la nécessité d'une gestion optimisée des ressources (plages de consultations bloc endoscopique, bloc opératoire), d'une utilisation efficiente des plateaux techniques (imagerie médicale, explorations fonctionnelles), de promouvoir l'activité (consultations externes, rééducation).

Les collaborations du CH d'Arras avec le CH Bapaume et le CH Ternois sont à renforcer afin de **faciliter l'accès à l'imagerie** du CH d'Arras pour les patients du GHT.

Le **laboratoire de biologie médicale** du CH d'Arras qui couvre aussi les besoins des patients des CH de Bapaume et du Ternois affiche une activité en progression.

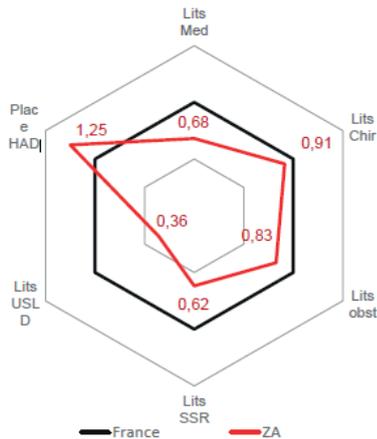
La pharmacie/stérilisation s'est nouvellement équipée d'un automate de dispensation nominative de dernière génération. Bénéficiant d'une bonne couverture en pharmacie, le GHAT doit veiller à garantir la continuité des traitements en cas de transferts de patients entre établissements (en ce sens, création d'un **pôle inter établissement en pharmacie** avec une équipe médicale commune au 3 sites et convergence des logiciels de prescription).

Développer une coordination territoriale en SSR

La prise en charge des personnes âgées emporte la double exigence de garantir la transversalité entre spécialités médicales et la coordination entre professionnels de santé. Doté d'une **filière gériatrique complète** (CSG, SSR, EMG, USLD), notre groupement se confronte à un important déficit d'offre en lits et places de SSR diagnostiqué sur l'Artois Ternois (moins 38% par rapport à la moyenne nationale notamment pour les SSR polyvalent, endocrinien et cardiologie) créant de surcroît un taux de fuite important (près de 40%).

Une offre en lits d'aval très inférieure à la moyenne nationale

Offres en lits de soins (SAE 2015)



Le CH d'Arras, a obtenu **deux nouvelles autorisations d'activité de SSR** cardio-vasculaires et SSR spécialisé dans la prise en charge des affections du système digestif, permettant de structurer plus avant la filière de prise en charge des pathologies endocriniennes, du diabète et de l'obésité.

Le GHAT doit développer une offre intersectorielle en créant par exemple des procédures d'articulation entre les professionnels de la gériatrie et de la psychiatrie dans l'objectif de développer sa **filière de gérontopsychiatrie**.

Développer la filière de santé mentale

Elle organise une offre de soins, exclusivement publique, dans l'objectif d'offrir aux patients des parcours de prévention, de réadaptation et de réinsertion sociale coordonnés et sans rupture. Dans cette perspective, un projet médical est en cours de finalisation afin d'assurer la prise en charge de patients de l'EPSM de Saint-Venant (qui assure la prise en charge psychiatrique du CH du Ternois) présentant certaines pathologies, pouvant être traitées par le biais de l'électro-convulsivothérapie. Egalement partie de la Communauté Psychiatrique de Territoire, le GHAT veut renforcer la territorialisation de sa filière en érigeant une équipe médicale commune aux trois sites.

Une augmentation du nombre d'admissions hospitalières pour les patients présentant une maladie neurodégénérative d'ici 5 à 10 ans (ORS, 2016) est attendue. Ce besoin futur doit conduire le CH du Ternois à conforter son rôle de premier plan en la matière, support d'une plateforme d'accompagnement et de répit en soutien des aidants et disposant d'une consultation mémoire, levier de prévention et du repérage de la perte d'autonomie. Il mène par ailleurs la réflexion sur le **parcours de la personne âgée fragile** et le **parcours de la personne âgée dénutrie** en lien avec les acteurs de santé extra hospitaliers.

Développer la filière oncologie et notre culture palliative

Si l'évolution épidémiologique des maladies révèle l'accroissement sensible des affections de l'appareil respiratoire, circulatoire et des pathologies cancéreuses d'ici à 2025, le CH d'Arras fait de l'organisation de sa **filière de soins oncologiques et palliatifs** une priorité.

L'offre publique en oncologie du CH d'Arras dispose des autorisations de chirurgie carcinologique pour les cancers mammaires, digestifs, urologiques, gynécologiques et pour la chimiothérapie ainsi que d'une bonne collaboration avec les acteurs du territoire (réseau Onco-Artois, 3C Artois, Centre Oscar Lambret).

Tributaire d'une progression d'activité en oncologie de 26% entre 2014 et 2015, un des objectifs d'évolution vise au déploiement des consultations avancées assurées par des praticiens du CH d'Arras aux CH de Bapaume et du Ternois afin de couvrir les besoins insuffisamment couverts en oncologie.

Face au diagnostic d'une sous consommation de soins et d'un taux de fuite importants, le GHAT doit renforcer son offre publique en soins palliatifs pour répondre aux besoins en élaborant un **parcours de soins palliatifs territorial** et développer sa culture palliative par une politique d'information et de sensibilisation adaptée.

Promoteur des thérapeutiques non médicamenteuses (Activité Physique Adaptée), le GHAT favorise aussi l'accès à la prévention et aux dépistages, notamment des cancers du sein et colorectal, à l'occasion d'évènements de santé publique organisés chaque année.

Pour l'ensemble des **21 filières de soins** qui composent notre projet médical, un enjeu demeure : celui de renforcer leur envergure territoriale.

Renforcer les liens avec la médecine de ville

Pour inscrire ces filières dans autant de **parcours de soins coordonnés** à l'échelle du territoire et au-delà, notre stratégie médicale vise à dépasser les logiques institutionnelles au bénéfice du **décloisonnement ville-hôpital**, notamment en favorisant l'implantation de deux Maisons de Santé Pluri Professionnelles (MSPP) sur les sites des CH du Ternois et de Bapaume.

« *Concilier la santé pour chacun et la santé pour tous, concilier le colloque singulier et le travail en réseau* », telles sont les valeurs partagées du GHAT avec les professionnels de santé libéraux. **Les objectifs ?** Améliorer l'adressage des patients aux CH notamment au service de l'activité de médecine et chirurgie, améliorer la réponse aux besoins de la population (cardiologie, diabétologie, gastro-entérologie, pneumologie, rhumatologie, stomatologie et ophtalmologie), garantir une offre de proximité, améliorer la permanence des soins.

Communiquer de façon efficace

Afin de favoriser l'accessibilité des soins le GHAT doit encore renforcer sa communication institutionnelle envers les usagers et la médecine de ville. C'est le sens de notre répertoire médical (version papier et numérique) élaboré à destination des professionnels qui rend l'offre de soins du groupement lisible et accessible facilement par la création de lignes téléphoniques dédiées aux médecins généralistes dans une logique de « guichet unique ». C'est le sens de notre présence depuis 2017 sur les réseaux sociaux (Facebook) et la possibilité pour les patients de prendre rendez-vous avec les praticiens hospitaliers directement depuis le site internet du CH d'Arras.

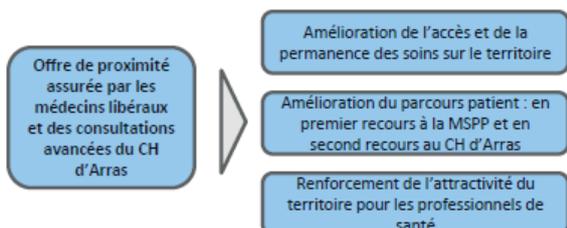
Un renforcement nécessaire des liens entre la médecine de ville afin d'augmenter l'adressage des patients vers les établissements du GHAT

Un renforcement des liens au service de l'activité

► Pour la médecine et la chirurgie, un adressage des patients à renforcer au CH d'Arras. En raison de délais de rendez-vous trop longs, les médecins généralistes adressent en grande partie dans le privé :

- « *Nous faisons un adressage régulier dans le privé car c'est plus facile et rapide (nous obtenons des rendez-vous dans les 8 à 15 jours, avec des retours rapides, tandis qu'il faut des mois à l'hôpital)* »
- « *Nous sommes en attente de réactivité de la part des services d'Arras.* »

Des projets qui associent établissements public et libéraux : projets de MSPP à Bapaume et Auxi-le-Château



7 sujets prioritaires pour améliorer la réponse aux besoins de la population avec l'offre de ville

Thématiques à aborder en priorité dans le cadre des liens GHT/ville :

1. La cardiologie
2. La diabétologie
3. La gastro-entérologie
4. La pneumologie
5. La rhumatologie
6. La stomatologie

Autre thématique identifiée, où la marge de manœuvre du GHT est néanmoins limitée :

7. L'ophtalmologie

De façon transversale, la question des délais de rendez-vous est à aborder.

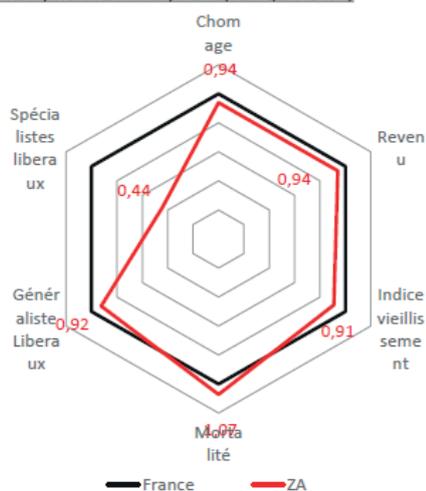
Enjeu n°4 : Garantir l'accès aux soins pour tous

Face à la désertification médicale (une densité inférieure de 56% à la moyenne nationale pour les spécialistes libéraux et de 8% inférieure pour les généralistes), aux spécificités géographiques du territoire (deux zones rurale et urbaine bien distinctes) et la mobilité réduite d'une certaine tranche de la population (notamment les personnes âgées dépendantes), le GHAT veut adapter ses modalités de prise en charge.

Développer la télémédecine

Une offre de spécialistes libéraux très faible

Caractéristiques socio-économiques comparées (INSEE 2015)



GHT Artois-Ternois – Diagnostic territorial
Comité stratégique du 17 octobre 2016

Nous devons saisir **le levier de la télémédecine** pour faciliter l'accès aux soins et lutter contre les inégalités géographiques et sociales de santé. Engagé dans le dispositif Télé-AVC Artois-Hainaut depuis 2012, le CH d'Arras inscrit son offre dans une **filière de soins neurologiques et de prise en charge de l'AVC** mutualisée grâce à la télémédecine avec les CH de Lens, Valenciennes, Maubeuge, Douai et Cambrai, couvrant ainsi les besoins d'un bassin de population de près de 2 millions d'habitants.

La mise en place de téléconsultations et télé-expertise entre le CH d'Arras et les unités sanitaires de Bapaume et d'Arras ainsi qu'entre le CH d'Arras et la MSSP Léonard de Vinci est en cours pour de nombreuses spécialités (anesthésie, diabétologie, néphrologie, cardiologie, urgences...).

Diversifier l'offre de consultations avancées

Il s'agira également de développer notre offre de consultations avancées aux CH de Bapaume et du Ternois et ainsi diminuer les délais de rendez-vous pour d'autres spécialités que celles déjà investies (gynécologie obstétrique, urologie, ophtalmologie, chirurgie orthopédique et traumatologie, chirurgie générale et vasculaire, angiologie-phlébologie, évaluation et traitement de la douleur, urologie, ophtalmologie, hépato gastro entérologie, néphrologie, neurologie, addictologie, diététique, consultation mémoire, neurologie, pneumologie et néphrologie).

Enjeu n°5 : Garantir l'accès aux soins urgents

Le CH d'Arras est le siège du SAMU 62 (700 000 appels entrants par an) et dispose d'une activité de SMUR terrestre et hélicoptérée. Le service des urgences comptabilise plus de 47 000 passages annuels (urgences adultes, pédiatriques, néonatales, gynécologiques et obstétriques) et se confronte à une augmentation toujours plus forte de la demande avec une démographie médicale insuffisante en urgentistes (recours à l'intérim pour 10 ETP environ).

Afin de répondre aux disparités territoriales qui entraînent une inégalité d'accès aux soins urgents pour une certaine frange de la population notamment dans l'ouest de l'Arrageois (temps d'accès > à 30 minutes), le GHAT doit renforcer son niveau de collaboration avec la médecine de ville en développant les formations pour les médecins de ville et les professionnels des EHPAD aux soins d'urgences, en incitant les jeunes médecins à participer au dispositif de médecins correspondants du SMUR.

Pour fluidifier sa **filière de soins non programmés**, charnière de nombreux parcours de santé, le GHAT doit agir :

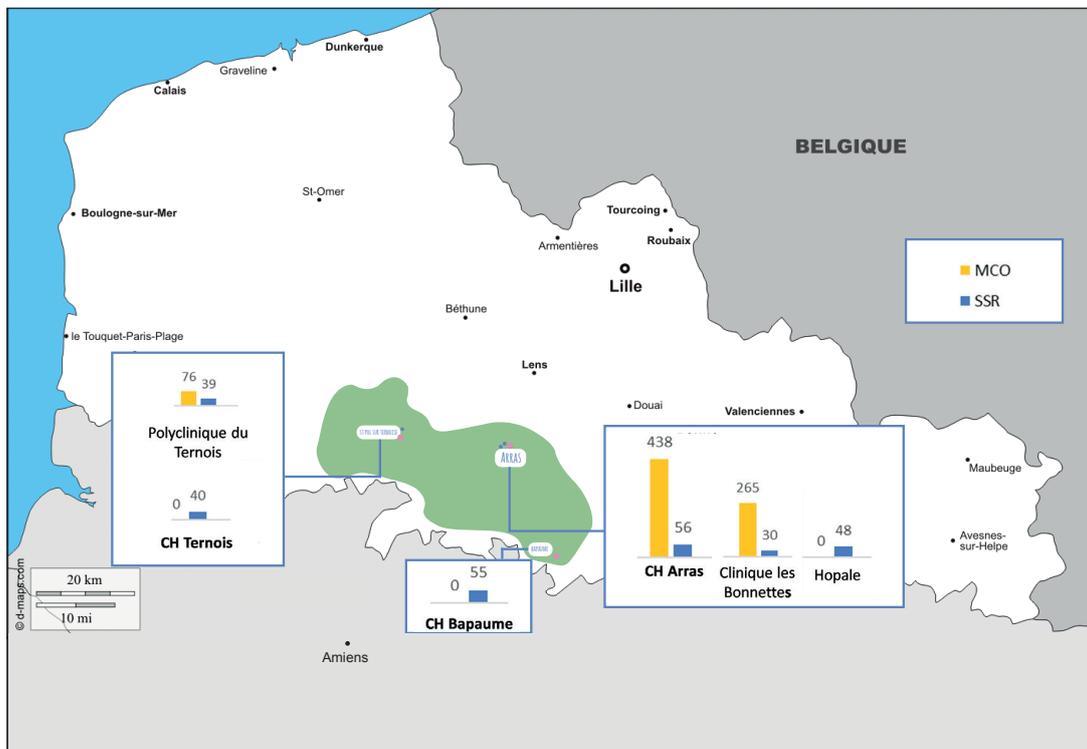
- En amont sur la régulation médicale (mettre en place un dispositif de télé expertise et téléconsultations d'urgence dans les EHPAD du GHAT et les EHPAD du territoire pour détecter les passages aux urgences évitables) ;
- en aval sur la pertinence et la qualité de l'orientation des patients en provenance des urgences vers le MCO, la psychiatrie, l'hébergement ou le domicile (UHCD, unité d'accueil post-urgences).

Ayant bénéficié d'un accompagnement de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) pour l'optimisation de la gestion de ses lits, le CH d'Arras a conduit de nombreux projets visant à l'ajustement de son programme capacitaire et à l'adaptation de ses modes de prises en charge pour maîtriser la gestion des flux d'entrée non programmés en fonction des jours, heures et saisons. Cette démarche doit se poursuivre par la **formalisation des protocoles** de prises en charge pour les filières les plus sensibles qui embolissent les urgences (gériatrie, addictologie, psychiatrie, traumatologie, pédiatrie).

Enjeu n°6 : Conduire une stratégie de groupe public en bonne intelligence avec les partenaires privés

Le GHAT couvre un territoire où trois établissements publics et trois établissements privés en MCO et SSR sont implantés.

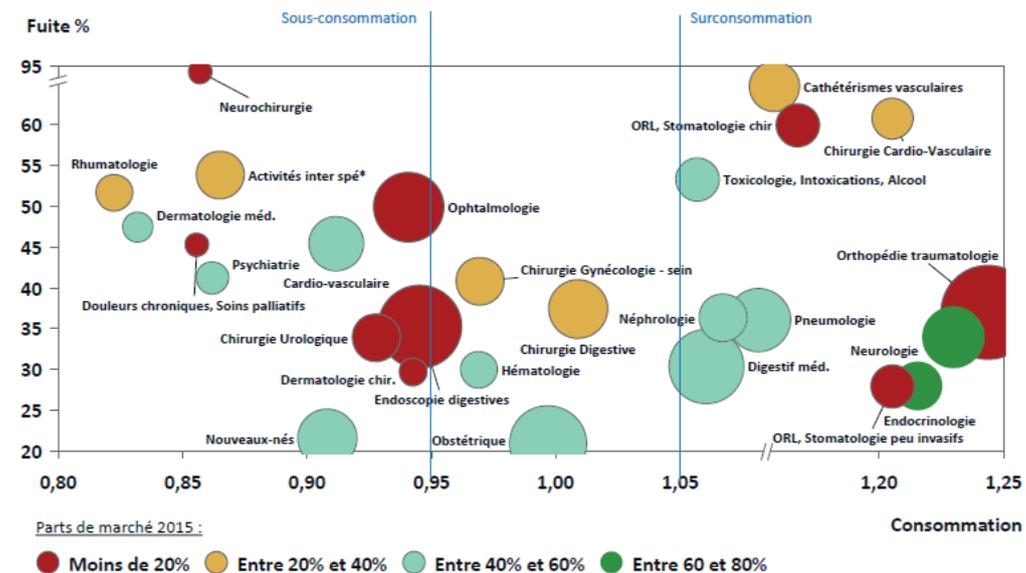
Le GHT Artois-Ternois couvre un territoire de 254 000 habitants, où trois établissements publics et trois établissements privés MCO et SSR sont implantés



Le diagnostic d'activité du GHAT met en avant une stagnation ou un retrait de son activité de soins sur certaines spécialités s'expliquant en partie par une baisse de ses parts de marché (notamment en dermatologie, intoxication, gastro-entérologie, cardiologie et pneumologie) et de recrutement en MCO du fait du renforcement des cliniques des Bonnettes et de bois Bernard, d'une augmentation des taux de fuite et de tendances à la sous-consommation de soins (soins palliatifs, douleurs chroniques).

Trois enjeux pour le GHT en MCO : répondre à la sous-consommation sur certaines spécialités, réduire la fuite et améliorer les parts de recrutement

Niveau de fuite et de consommation par spécialité MCO en 2015 (PMSI)



Au regard de ces constats, nous devons conduire **une stratégie de groupe public en complémentarité** plutôt qu'en concurrence avec nos partenaires hospitaliers privés et les inviter à articuler les orientations de leur projet médical avec le nôtre dans le cadre de coopérations.

C'est grâce à une collaboration avec cliniques privées et hôpitaux publics que la **filière de soins en cardiologie** du CH d'Arras s'inscrit dans un maillage territorial large destiné à couvrir les besoins de santé en cardiologie interventionnelle en mutualisant activités et matériels (angiographie, rythmologie, TAVI), temps médicaux et astreintes de sécurité dans le cadre du GCS de cardiologie interventionnelle de l'Artois. Partie au Groupement d'Imagerie Médicale de l'Artois (GIMA), le CH d'Arras développe aussi ses collaborations avec des professionnels de santé privés qualifiés en **radiodiagnostic, imagerie médicale et médecine nucléaire** pour garantir aux patients une offre complète.

Enjeu n° 7 : Concilier l'efficacité du service avec la qualité et la sécurité des soins

Répondre au défi d'offrir aux usagers, patients, résidents, des soins de qualité en toute sécurité c'est aussi faire le choix de mener une politique soucieuse de **préserver l'équilibre médico économique** des hôpitaux avec des axes forts tels que la maîtrise des dépenses de médicaments et la sensibilisation continue de nos praticiens à concilier « mise en œuvre du projet médical » avec « maîtrise des dépenses et valorisation des recettes ».

Des prises en charge performantes

Nous devons poursuivre la réflexion sur la performance de nos prises en charge (améliorer les taux de rotation et d'occupation, la DMS), repenser le fonctionnement des services et accompagner la mutation de nos organisations du travail. L'ANAP accompagne le CH d'Arras dans la poursuite de la **mise en œuvre du virage ambulatoire** notamment pour les HDJ pluridisciplinaire, de gériatrie, d'onco-hématologie et pédiatrie.

Labelliser nos filières de soins

La reconnaissance institutionnelle atteste de la qualité d'une offre de soins, la satisfaction des patients la légitime.

En mars 2017, le CH d'Arras obtient la **labellisation de son court séjour gériatrique** par l'ARS avec un objectif à terme : obtenir la labellisation de sa filière gériatrique complète. Il en est de même pour l'organisation de notre filière de prise en charge de l'obésité labellisée en 2010 et reconnu **Centre Spécialisé Obésité** (CSO) par la DGOS en 2012 parmi les 4 centres existants à ce jour dans les Hauts de France (CH de Boulogne sur Mer, CH de Valenciennes, CHRU de Lille).

Le GHAT accorde aussi une grande importance à l'évaluation du niveau de satisfaction des patients qui atteint plus de 90% dans la prise en charge des parturientes (maternité de niveau 3, IHAB) et doit continuer de recueillir régulièrement leur jugement sur la qualité des prises en charge.

Tirer les enseignements du rapport de certification de la HAS

Mobilisant toutes ses énergies au bon déroulement de la certification conjointe des CH d'Arras et de Bapaume en 2017, notre groupement devra **instaurer un véritable management par la qualité** et réajuster ses pratiques en fonction des orientations du rapport de certification. Il s'agira notamment d'améliorer la sécurisation du circuit du médicament et de développer notre culture de la bientraitance.

S'adapter à la médecine de demain signifie conforter l'excellence de nos prises en charge et asseoir une véritable **culture de l'innovation** avec pour objectif d'en faire une ligne de force de notre groupement.

Déployer une politique d'investissement ingénieuse

Le GHAT s'est doté d'un robot chirurgical, d'un automate de sur conditionnement et dispensation nominative des médicaments, d'un mammographe de dernière génération. Il doit poursuivre l'informatisation de l'ensemble de ses services de soins et rendre interopérables et convergents les systèmes d'information entre les trois CH.

La **sous-commission de la CME à l'innovation** créée en 2016 est la traduction opérationnelle de cette culture de l'innovation. Elle permet aux praticiens porteurs de projets innovants de disposer d'un espace de développement et de réflexion.

S'adapter à la médecine de demain, c'est aussi investir au bénéfice d'un accueil patient d'excellence (restructuration de l'EHPAD Pierre Brunet du CH d'Arras avec un transfert de lits d'EHPAD vers les établissements de la Vie Active pour accueillir une activité de SSR, reconstruction de l'EHPAD Henri Guidet et du Foyer de Vie du CH de Bapaume) et s'engager dès à présent dans le chantier de valorisation et d'optimisation de notre patrimoine hospitalier pour recentrer l'hôpital sur son cœur de métier.

Développer des pratiques innovantes

Par ailleurs nous ne pouvons distinguer la question de l'innovation de celle de l'organisation. Les innovations hospitalières ne relèvent pas seulement des domaines médical, thérapeutique ou informatique. Nous devons mener une réflexion continue quant aux **innovations organisationnelles** à insuffler à nos hôpitaux pour répondre aux besoins des patients et à l'efficience médico-économique (gestion prévisionnelle des lits et séjours, indicateurs de suivi en temps réels, réorganisation du capacitaire, optimisation des taux d'occupation et de rotation, pratiques avancées) avec pour objectif d'inscrire parfaitement nos prises en charge dans un parcours de soins fluidifié avec un patient « *au bon endroit, au bon moment, le temps qu'il faut* ».

Contribuer au progrès médical

La recherche est indispensable dans tous les domaines, que ce soit pour le développement d'outils diagnostics, pronostics et prédictifs toujours plus performants ou le développement de nouveaux traitements ou nouvelles stratégies thérapeutiques. Elle prend encore plus de sens pour les pathologies laissant des patients face à une impasse thérapeutique et constitue un **puissant facteur d'attractivité et d'épanouissement** professionnels pour nos médecins.

L'activité de recherche clinique du GHAT se concentre principalement au CH d'Arras qui dispose d'une unité de recherche clinique apportant le soutien nécessaire aux médecins et aux patients participant aux essais. L'établissement compte actuellement une trentaine d'études en cours qui sont des essais cliniques promus essentiellement par des centres hospitaliers universitaires et des industriels. Plusieurs spécialités sont concernées comme la neurologie, la cardiologie, l'hématologie, la chirurgie bariatrique, la pédiatrie, la réanimation adulte et néonatale et la dermatologie.

Se faire connaître

Valoriser les recherches réalisées au sein du GHAT, augmenter nos participations à des protocoles de recherche et inciter nos médecins à mettre en place leurs propres protocoles, telle est la feuille de route du GHAT.

Plus précisément, les **principaux axes de développement** de la recherche clinique pour les 5 ans à venir sont les suivants :

- Mettre en place une organisation dynamique de la recherche au sein de l'établissement grâce au développement de l'unité de recherche clinique ;
- conforter notre participation aux protocoles de recherche dans les spécialités pour lesquelles nous sommes déjà actifs ;
- se rendre visible aux yeux des promoteurs concernant les spécialités pour lesquelles nous disposons d'une importante file active de patients ;
- développer l'activité de promotion au sein du GHAT en incitant nos médecins à donner vie à leurs idées.

En ce sens, les valeurs et modes de management sont au cœur de la réussite d'une entreprise collective. Cette réussite suppose, immanquablement, de **savoir dépasser les querelles inter personnelles, d'apprendre à changer, d'apprendre à s'adapter** de façon à ce que chaque acteur contribue en premier lieu à la réalisation des missions du service public hospitalier.

Le GHAT doit aussi investir dans la formation des jeunes médecins et répondre à sa mission d'accueil et d'accompagnement des internes dans leur formation médicale.

Réfléchir à l'évolution du découpage des pôles

La mise en place des pôles d'activités cliniques et médicotechniques créés en 2005 répond au large mouvement qui veut décloisonner les logiques médicales, administratives et soignantes avec un fort impact sur les modes de production des soins et la gouvernance institutionnelle.

Le découpage polaire doit s'inscrire dans un processus continu adapté à la mise en œuvre des objectifs opérationnels de la stratégie médicale institutionnelle. Dès lors le GHAT doit faire clarifier ce découpage clinique afin de **garantir une logique de prise en charge axée sur la filière et le parcours de soins.**

L'organisation et le management des pôles doivent favoriser les prises en charge médico-chirurgicales d'une part et la territorialisation des parcours de soins d'autre part avec l'objectif de mettre en place des pôles inter établissements et équipes médicales communes en psychiatrie, SSR, soins palliatifs et pharmacie.

Plus qu'une association des médecins au pilotage de l'institution, il s'agit également de renforcer le dialogue entre la direction et les pôles par des temps dédiés (Assemblées générales de pôle).

Attirer et fidéliser les jeunes médecins

Les valeurs du management médical et soignant doivent reposer sur le souci de l'excellence des soins et des bonnes pratiques, l'ouverture inter professionnelle et le partage d'expertise, une démarche de responsabilité et de bienveillance tant envers nos patients qu'envers nos confrères, le dialogue et l'exemplarité.

Pour répondre à sa mission d'accueil et d'accompagnement des internes dans leur formation médicale, le GHAT doit **investir sur la génération future** et valoriser auprès d'eux :

- le service public hospitalier ;
- les opportunités de recrutement leur étant offertes post-internat ;
- la diversité des stages offerts ;
- les possibilités de mobilité entre les 3 centres hospitaliers et à terme au sein de la MSPP Léonard de Vinci qui tendra à se transformer en une MSPP universitaire ;

- un compagnonnage de qualité formalisé via une politique d'accueil et de formation des internes évolutive (Charte d'accueil et de formation des internes en médecine, pharmacie et odontologie) ;
- un contrat de formation notamment pour les internes de médecine générale ;
- l'amélioration de leurs conditions de travail ;
- leur implication dans la vie institutionnelle.



2) UNE ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS PAR FILIÈRE



2.1.1 - Détresse et infections pulmonaire, asthme, BPCO

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	15 lits HC 4 lits HN 15 places HDJ pluridisciplinaire 2 places SSR respiratoire HJ	-	-
Activité (nombre de séjours, 2016)	1 950 séjours	-	-
Temps médical	3,6 ETP pneumologues	-	-
Permanence des soins	Astreinte	-	-

561 séjours pour bronchites, bronchiolites et asthme

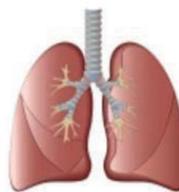
746 séjours pour infections respiratoires

157 embolies pulmonaires et détresse respiratoire

- 12 % de l'activité globale entre 2015 et 2016

Des parts de recrutement du CHA s'élevant à **59 % en 2015**

- **6%** entre 2014 et 2015



Une fuite significative en dehors du territoire : **36 %**

PMSI 2015

b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

<p>Contexte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Au sein du GHT, une offre large au CH Arras, comprenant des compétences spécifiques en allergologie grâce à la présence d'un assistant à temps partagé avec le CHRU de Lille. Pas de consultations avancées aux CH de Bapaume et du Ternois. • Une offre qui semble trop concentrée au regard de l'étendue du territoire, entraînant des difficultés d'accès et des délais de rendez-vous jugés trop longs (environ 3 mois). • Les délais de rendez-vous ne favorisent pas l'adressage des patients par la médecine de ville vers l'établissement. • Les parts de recrutement du CHA ont diminué de 6 % sur la période récente (2014-2015) et s'élevaient actuellement à 59 %. • L'établissement fait notamment face à la concurrence de la Clinique du Bois-Bernard, depuis l'ouverture d'un service de pneumologie en 2014.
<p>Principaux enjeux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer l'accès à l'offre sur le territoire. • Organiser le maillage territorial en prenant en compte les plateaux techniques existants sur le territoire • Consolider le rôle du CH Arras sur l'Artois-Ternois
<p>Pistes d'actions</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Axe 1 : Développer l'offre sur certains besoins insuffisamment couverts <ul style="list-style-type: none"> ○ Développer des consultations avancées en pneumologie à Saint Pol, avec la possibilité de réaliser certains examens radiologiques en proximité (existence d'un plateau techniques d'imagerie à la Polyclinique). • Axe 2 : Améliorer l'attractivité de l'offre MCO en déployant des stratégies ciblées territorialement <ul style="list-style-type: none"> ○ Réduire les délais de rendez-vous pour les consultations au CHA (environ 3 mois) en consolidant l'équipe médicale de pneumologues au CHA. ○ Adapter le capacitaire de Pneumologie HC à la saisonnalité de l'activité • Axe 3 : Soutenir le projet de renforcement de l'aval de l'hospitalisation <ul style="list-style-type: none"> ○ Fluidifier l'aval à l'hospitalisation, notamment pour les personnes âgées représentant une part importante des patients pris en charge. Renforcer le rôle et l'intervention de l'EMG et des assistantes sociales, pour une identification précoce des patients susceptibles de nécessiter un hébergement médico-social, des éventuelles problématiques sociales retardant les sorties. • Axe 4 : Favoriser la collaboration médicale territoriale <ul style="list-style-type: none"> ○ Renforcer les liens avec la médecine de ville, en particulier de Saint Pol, pour renforcer les adressages au CHA.

c) Indicateurs de suivi

- Délais de rendez-vous au CHA
- Evolution du nombre de séjours
- Parts de marché
- Taux de fuite

2.1.2 - Syndrome coronarien, insuffisance cardiaque, troubles du rythme, hypertension artérielle et cardiologie interventionnelle

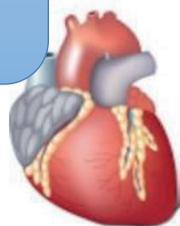
a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	24 lits HC cardio 6 lits soins intensifs cardio 2 lits SSR cardio-vasculaire	-	-
Activité (nombre de séjours, 2016)	1 272 séjours* La cardiologie interventionnelle est actuellement réalisée au CH Lens.	-	-
Temps médical	7 ETP cardiologues	-	-
Permanence des soins	Garde	-	-

* Comprend les groupes d'activités suivants réalisés au sein du CH d'Arras : stimulateurs/défibrillateurs cardiaques, affections cardio-vasculaires (hors varices, phlébites, troubles vasculaires d'origine veineuse, explorations et surveillance pour affections de l'appareil circulatoire) : coronaropathies, troubles du rythme/conduction, cardiopathies, valvulopathie, hypertension artérielle, endocardites, cardiologies autres. L'activité indiquée représente le nombre de séjours pour les activités mentionnées ci-dessus, et n'a pas vocation à retracer l'activité du service d'hospitalisation de cardiologie.

Une baisse d'activité pour les activités mentionnées ci-dessus de -14% entre 2015 et 2016. Pour ce qui concerne la prise en charge de l'insuffisance cardiaque et états de choc circulatoire, l'activité est plus importante en volume, avec **558 séjours en 2016 (+12,4% depuis 2015)**

PDM du CHA* : **43%**
- **2,5 %** entre 2014 et 2015
- **6 %** entre 2009 et 2014



Sous-consommation : un **taux d'hospitalisation à 0,8** en 2015

PMSI

Un taux de fuite important en 2015 : **53%**

b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

<p>Contexte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Au sein du GHT, une offre de soins au CH Arras : l'établissement ne réalise aucune consultation avancée à Bapaume et au Ternois. L'offre est insuffisante pour répondre aux besoins du territoire : une sous-consommation en soins de médecine cardio-vasculaire (taux d'hospitalisation de 0,8 en 2015), associé à un taux de fuite important (53%). • Des collaborations hors GHT bien établies avec le CH Lens, notamment pour une co-utilisation du plateau technique de Lens pour la pose de défibrillateur, la réalisation de coronarographies et de rythmologie interventionnelle. • Des délais pour les consultations à l'hôpital jugés trop longs (« de un à trois mois »), ce qui conforte la concurrence du privé, notamment de la Clinique du Bois Bernard. • Une problématique d'aval à l'hospitalisation : les deux lits orientés cardiologie du CHA ne sont pas suffisants, une partie importante des patients sont hospitalisés en SSR à Oignies.
<p>Principaux enjeux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer le maillage territoire, notamment à travers le recours à la télémédecine • Renforcer l'accessibilité à l'offre de soins • Renforcer l'offre d'aval spécialisée cardio-vasculaire • Renforcer les collaborations avec la médecine de ville (notamment sur les pathologies chroniques : insuffisance cardiaque, ...) • Positionner les lits de SSR Cardio-vasculaire • Emanciper les activités de SSR Cardio-vasculaire et SSR Insuffisance respiratoire des activités d'éducation thérapeutique réalisées sur le plateau de l'UPER • Développer l'activité programmée
<p>Pistes d'actions</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Axe 1 : Développer l'offre sur certains besoins insuffisamment couverts <ul style="list-style-type: none"> ○ Développer le partenariat avec les Cardiologues libéraux de Bapaume et Saint-Pol sur Ternoise. ○ Développer le recours à la télémédecine, notamment pour les suivis et le télédiagnostic d'électrocardiogramme, notamment avec les Maisons médicales et Maisons de retraite du territoire. • Axe 2 : Améliorer l'attractivité de l'offre MCO en déployant des stratégies ciblées territorialement <ul style="list-style-type: none"> ○ Améliorer la communication externe, auprès du territoire, afin de : <ul style="list-style-type: none"> ▪ faire connaître les médecins hospitaliers du CHA, notamment les nouveaux arrivants ▪ mieux informer les médecins libéraux et la population sur l'offre et le parcours de prise en charge en cardiologie. ○ Adaptation des plages de consultations à la demande mais aussi à l'offre en lien direct avec le nombre de médecins consultants, la présence des paramédicaux et des secrétaires. <ul style="list-style-type: none"> ▪ mettre en place des créneaux plus attractifs pour la population (par exemple le samedi matin, et même en début de soirée) ▪ réduire les délais de rendez-vous, à un mois maximum ○ Adapter le capacitaire de Cardiologie à la saisonnalité de l'activité ○ Porter une réflexion permettant de développer une organisation graduée avec le CH de Lens pour le développement de la cardiologie interventionnelle, afin que le CH d'Arras puisse développer une offre propre de consultation interne. • Axe 3 : Soutenir le projet de renforcement de l'aval de l'hospitalisation <ul style="list-style-type: none"> ○ Développer la télé-expertise entre cardiologues du CHA, médecins traitants et médecins en EHPAD • Axe 4 : Favoriser la collaboration médicale territoriale

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">○ Renforcer les collaborations avec les cardiologues libéraux à Bapaume et Saint Pol, notamment en mettant en place des e-mails et lignes téléphoniques dédiées aux médecins de ville pour des prises de rendez-vous plus rapides, diffusant les agendas (notamment les congés) des médecins hospitaliers afin de faciliter les adressages.○ Maintenir la collaboration avec le CH Lens |
|--|--|

c) Indicateurs de suivi

- Nombre de séjours
- Evolution du nombre de consultations au CHA et en télémedecine
- Délais de rendez-vous
- Parts de recrutement
- Taux de fuite

2.1.3 Pathologies vasculaires (hors AVC)

a) Chiffres clés

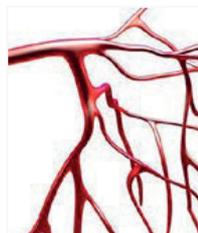
	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise charge en	55 lits HC chirurgie (toutes spécialités) 17 places HDJ chirurgie (toutes spécialités)	Consultations avancées	-
Activité (nombre de séjours, 2016)	1 316 séjours 1 427 séjours	-	-
Temps médical	1 ETP chirurgien vasculaire 1 ATP chirurgien vasculaire 0,3 ETP angiologue	-	-
Permanence des soins	Astreinte	-	-

* Comprend : explorations et surveillance pour affections de l'appareil circulatoire, phlébite, varices, autres troubles vasculaires d'origine veineuse, chirurgie vasculaire, cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels

Une augmentation de l'activité* au CHA :
+ 8 % entre 2015 et 2016 (**+ 13 %** pour la chirurgie vasculaire uniquement)
+ 59 % entre 2009 et 2015 (+ 45 % pour la chirurgie vasculaire)

Le CHA possède **31%** des PDM sur cette activité*, qui ont augmenté de **11%** depuis 2009

Une concurrence du privé :
24 % des PDM pour la Clinique Bois Bernard



Taux de fuite très élevé pour la chirurgie vasculaire : **61%**

b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

<p>Contexte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Au sein du GHT, une offre de chirurgie vasculaire au CH Arras. Des consultations avancées de chirurgie vasculaire et angiographie réalisées au CH Bapaume. • Une augmentation de l'activité d'angiologie, notamment du fait d'un meilleur adressage des cardiologues. • Des optimisations à réaliser quant à la prise en charge des patients au CHA. • Une offre publique insuffisante pour couvrir les besoins du territoire : un taux de fuite très élevé pour la chirurgie vasculaire (61 % en 2015) • Un potentiel de développement de prise en charge de la chirurgie vasculaire au CH Arras : en 2015, les parts de marché du CH Arras pour son activité vasculaire (hors AVC) étaient de 31%.
<p>Principaux enjeux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer l'attractivité du CH Arras pour consolider son activité et son rôle sur le territoire • Renforcer les collaborations au sein du GHT pour améliorer le maillage territorial • Consolider les collaborations avec la médecine de ville, angiologues pour favoriser l'adressage vers le CHA.
<p>Pistes d'actions</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Axe 1 : Développer l'offre territoriale sur certains besoins insuffisamment couverts <ul style="list-style-type: none"> ○ Renforcement de l'équipe médicale par l'arrivée d'un nouveau praticien • Axe 2 : Améliorer l'attractivité de l'offre MCO en déployant des stratégies ciblées territorialement <ul style="list-style-type: none"> ○ Améliorer la communication externe, auprès du territoire, afin de : <ul style="list-style-type: none"> ▪ faire connaître les médecins hospitaliers du CHA, notamment les nouveaux arrivants ▪ mieux informer les médecins libéraux et la population sur l'offre et le parcours de prise en charge des patients en chirurgie vasculaire. ○ Augmenter le nombre de FAV réalisées au CHA en lien avec l'activité de Néphrologie • Axe 4 : Favoriser la collaboration médicale territoriale <ul style="list-style-type: none"> ○ Développer les liens avec la médecine de ville à pour augmenter l'adressage des patients vers le CHA : mise en place d'e-mails et lignes téléphoniques dédiées aux médecins de ville pour des prises de rendez-vous plus rapides, diffusion des agendas (notamment les congés) des médecins hospitaliers. • Axe 5 : Structurer les filières de soins non programmées <ul style="list-style-type: none"> ○ Adressage des angiologues de ville pour hospitalisation en directe sans passage aux urgences. ○ Faciliter la ré hospitalisation des patients suivis au CHA

c) Indicateurs de suivi

- Nombre de séjours
- Parts de marché
- Taux de fuite

2.1.4 - Soins de suite et de réadaptation : réhabilitation respiratoire et cardiaque

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> Unité de réhabilitation respiratoire ambulatoire 2 lits SSR cardio-vasculaire 	30 lits HC polyvalent 25 lits HC PA dépendantes, dont 5 LISP	40 lits HC PA poly-pathologiques, dont 5 LISP
Activité SSR HC et HP (journées, 2016)	2 000 journées pour insuffisance respiratoire 1 772 journées pour insuffisance cardiaque	1 589 journées pour insuffisance respiratoire 2 235 journées pour insuffisance cardiaque	1 017 journées pour insuffisance respiratoire 905 journées pour insuffisance cardiaque
Temps médical	0,1 ETP pneumologue (SSR respiratoire) 0,2 ETP (SSR cardio)	-	-
Permanence des soins	-	-	-

* Données établissement

Au sein du GHT, une offre au CHA composée d'une unité de réhabilitation respiratoire ambulatoire et de **2 lits SSR cardio-vasculaire**

Sur le territoire, un niveau d'offre en lits et places SSR respiratoire et cardio-vasculaire inférieur à la moyenne nationale

Entre 2015 et 2016, une augmentation de l'activité du SSR pour insuffisance respiratoire (+ **10 %**) et SSR cardiaque (+**34 %**)

En SSR, un taux de fuite significatif pour la prise en charge des affections respiratoires : **29 % en 2015**

b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

<p>Contexte</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le territoire du GHT dispose d'une offre de soins limitée pour la réhabilitation respiratoire et cardiaque avec une unité de réhabilitation respiratoire ambulatoire et 2 lits SSR orientés cardio-vasculaire au CHA. Une problématique d'aval à l'hospitalisation suite à la prise en charge cardiaque et respiratoire aigüe réalisée au Centre Hospitalier d'Arras, accentuée par l'arrêt prochain de l'activité d'HOPALE à Fouquières-lès-Lens, qui assurait une offre en SSR pneumologique. Pour l'aval à la prise en charge cardio-vasculaire, les deux lits orientés cardiologie ne sont pas suffisants, une partie importante des patients sont hospitalisés en SSR à Oignies.
<p>Principaux enjeux</p>	<ul style="list-style-type: none"> Répondre aux besoins non couverts actuellement (notamment pour les patients trachéotomisés) Développer l'activité de SSR cardio-vasculaire et de réhabilitation respiratoire au sein du GHT afin de fluidifier l'aval à l'hospitalisation
<p>Pistes d'actions</p>	<p>Axe 3 : Soutenir le projet de renforcement de l'aval de l'hospitalisation</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifier et structurer une nouvelle filière SSR respiratoire et cardiaque, à travers la création au CHA d'une offre de soins de soins de suite et de réadaptation spécialisée dans la prise en charge des affections cardio-vasculaires et respiratoires de l'adulte, prenant en compte les différentes étapes de la maladie <ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'une hospitalisation conventionnelle SSR Respiratoire (autorisation actuellement détenue par la Fondation HOPALE) pour les affectations respiratoires (affection respiratoire aigüe après hospitalisation, post opératoire après chirurgie, maladie respiratoire chronique) Mise en place d'une hospitalisation conventionnelle SSR Cardiaque (conformément aux recommandations de la SFC et de la ESC) pour les patients porteurs d'une insuffisance cardiaque, la maladie coronaire à risque intermédiaire ou élevée, l'artérite des membres inférieurs, les porteurs de défibrillateurs, suite de procédure TAVI Restructuration des places d'HDJ SSR Cardiologie pour les patients porteurs de pathologies telles que l'insuffisance cardiaque, la maladie coronaire, l'artérite des membres inférieurs, les patients porteurs de défibrillateur, et les patients suite à une procédure TAVI. Restructuration des places d'HDJ SSR pneumologie pour les pathologies respiratoires auprès des patients stables (BPCO, asthme à dyspnée continue, troubles ventilatoires de l'obèse, suivi de pec tumorale, post chirurgie thoracique) La création d'une nouvelle offre de réhabilitation respiratoire et cardiaque nécessite notamment de recruter du temps médical diplômé (DU spécifique) et de garantir la présence de personnel paramédical kinésithérapeute.

c) Indicateurs de suivi

- Nombre de journées SSR
- Taux d'occupation
- Parts de marché
- Taux de fuite

2.2.1 - Prise en charge de l'AVC

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	17 lits UNV 5 lits USINV Consultation post- AVC labellisée	-	-
Activité (nombre de séjours, 2016)	481 AVC 238 AIT 21 autres affections cérébro-vasculaires	-	-
Temps médical	2 ETP neurologues en UNV et USINV	-	-
Permanence des soins	Garde territoriale mutualisée	-	-

740 séjours (AVC, AIT et autres) au CHA en 2016



+ 10% d'AVC sur le territoire entre 2011 et 2015

Évolution de l'activité significative du CHA entre 2011 et 2016 : **49 %**

78% des AVC du territoire pris en charge par le CHA en 2015

PMSI, 2015

b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

<p>Contexte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Au sein du GHT une offre de soins concentrée autour du CH d'Arras avec une prise en charge complète des AVC dans les UNV ou USINV ainsi que des consultations post-AVC labellisées par l'ARS. • Une prise en charge de l'AVC organisée autour d'un dispositif de télé-AVC sur le territoire de l'Artois-Hainaut, commun à six établissements : les CH d'Arras, de Lens, de Valenciennes, de Maubeuge, de Douai et de Cambrai. • Un système de garde mutualisée sur le territoire entre les CH d'Arras, de Lens, de Valenciennes et de Maubeuge, qui permet la permanence des soins. • Une collaboration avec les neurologues du CHRU de Lille, qui ont accès aux images IRM et émettent des avis quant à d'éventuels transferts au CHRU pour thrombectomie.
<p>Principaux enjeux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir la prise en charge de tout patient du territoire victime ou suspects d'AVC ; • Réduire les délais entre les premiers symptômes d'AVC et la prise en charge adaptée ; • Améliorer la prévention et l'information de la population avant, pendant et après l'AVC.
<p>Pistes d'actions</p>	<p>Axe 1 : Développer l'offre sur certains besoins insuffisamment couverts</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maintenir la participation au dispositif de télé-AVC sur l'Artois-Hainaut et de la garde mutualisée • Développer des téléconsultations pour le suivi des patients post-AVC en lien avec les services SSR des CH de Bapaume et du Ternois où sont adressés les patients, ainsi qu'avec les médecins libéraux du territoire pour un suivi post-hospitalier. • Mettre en place une politique de sensibilisation à la détection des symptômes de l'AVC, voire une politique de formation visant à actualiser les compétences des professionnels de santé (médicaux et paramédicaux) du GHT et libéraux, pour une identification précoce des AVC et adressage plus rapide vers les centres de recours. • Développer une offre de thérapie endo-perfusion neurovasculaire <p>Axe 3 : Soutenir le projet de renforcement de l'aval de l'hospitalisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fluidifier la filière d'aval afin de faciliter l'accès aux lits de SSR pour les patients ayant eu un AVC, notamment en définissant des protocoles d'adressage clairs.

c) Indicateurs de suivi

- Baisse du taux de mortalité
- Nombre d'AVC pris en charge
- Nombre d'alertes thrombolyses et de thrombolyses réalisées
- % AVC pris en charge en UNV
- % AVC transférés en SSR

2.2.2 - Prise en charge des pathologies de neurologie générale (hors AVC)

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	14 lits HC neurologie 15 lits HDS de médecine pluridisciplinaire 15 places HDJ de médecine pluridisciplinaire CS mémoire	-	CS mémoire
Activité (nombre de séjours, 2016)	1 175 séjours en neurologie (hors AVC et traumatismes crâniens)		
Temps médical	1,65 ETP neurologues (hors AVC) 0,2 ETP neurologues pour la mémoire		
Permanence des soins	Astreinte	-	-

Une diminution de l'activité du CHA sur la période récente :
- 8 % entre 2015 et 2016
+ 3 % entre 2011 et 2015

Des parts de recrutement du CHA de **56 %**
(séjours de neurologie en médecine sans acte classant)

+ 7 % de parts de marché entre 2011-
et 2015



Un taux d'hospitalisation à **0,92 %**, témoignant d'une sous-consommation de soins

Une forte fuite hors du territoire : **42 %**

PMSI 2015

b) Fiches descriptive de la filière et stratégie

Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • En neurologie générale, un rôle territorial du CH Arras, avec une offre d'hospitalisation au CH Arras : prises en charge de pathologies neurologie dégénératives comme la sclérose en plaque ainsi que des pathologies de la mémoire, et des consultations avancées à la Polyclinique du Ternois. • Le CHA prend en charge la moitié des patients de son territoire (56 % en 2015) ; le niveau de fuite élevé (42 % en 2015) et le taux d'hospitalisation (0,92) indiquent une sous-consommation de soins pour les pathologies neurologiques hors AVC. • La faible densité de neurologues sur le territoire complexifie le renforcement de l'offre sur le territoire.
Principaux enjeux	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer le maillage territorial pour améliorer l'accès à l'offre, notamment à Bapaume. • Développer l'offre de proximité, notamment pour les pathologies neurologiques des personnes âgées. • S'appuyer sur la télémedecine afin de pallier à la pénurie de neurologues sur le territoire.
Pistes d'actions	<ul style="list-style-type: none"> • Axe 1 : Développer l'offre sur certains besoins insuffisamment couverts <ul style="list-style-type: none"> ○ Développer des téléconsultations de neurologie et de mémoire sur le territoire notamment pour les réajustements de traitement, en lien avec les CH de Bapaume et du Ternois et les maisons de santé, mais aussi Hesdin, pour améliorer l'accès à l'offre de proximité. ○ Développer des consultations avancées de neuro-gériatrie à Bapaume, afin de renforcer l'offre de proximité et ainsi éviter les afflux aux urgences, réduire les délais de rendez-vous au CHA, estimés à plus de trois mois, et réduire les fuites hors territoire. ○ Fluidifier le parcours du patient neurologique au CH Arras, notamment permettant un accès plus rapide à l'imagerie. ○ Développer une activité d'épileptologie, par une prise en charge dès les urgences, voir dès la régulation • Axe 4 : Favoriser la collaboration médicale territoriale <ul style="list-style-type: none"> ○ Faciliter le contact des neuropsychologues du CHA avec la médecine de ville

c) Indicateurs de suivi

- Evolution du nombre de séjours
- Délais de rendez-vous
- Evolution des parts de recrutement du CHA
- Evolution du taux de fuite hors bassin de santé

2.2.3 - Prise en charge des maladies neurodégénératives

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	14 lits HC neurologie 15 lits HDS médecine pluridisciplinaire 15 places HDJ médecine pluridisciplinaire 10 lits SSR UCC Consultations mémoire	-	Consultation mémoire
Activité (nombre de séjours, 2016)	121 séjours pour affections dégénératives du SN	-	-
Temps médical	1,65 ETP neurologues (hors AVC) 0,2 ETP neurologues pour la mémoire (cf neurologie générale)	-	-
Permanence des soins	Astreinte	-	-

Sur les 121 séjours pour affections dégénératives du système nerveux, **35 séjours** concernent des patients âgés de 65 ans et plus

Au CHA, en 2015 : **40 séjours** pour sclérose en plaque et ataxie cérébelleuse en 2016

Le CHA détient en 2015 **54 % des parts de marché** pour la prise en charge des affections neuro-dégénératives. **Une fuite de 45 %** hors territoire.



Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Un rôle territorial du CH Arras, qui dispose d'une offre d'hospitalisation et de consultations pour la prise en charge des maladies neurodégénératives et apparentées : Alzheimer, pathologies de la mémoire, parkinson, maladies neuro-inflammatoires telles que les sclérose en plaque. Une offre d'aval pour les patients déambulant assurée au CHA, avec une unité cognitivo-comportementale de 10 lits. • Le CHA détient plus de la moitié des parts de marché du territoire pour les affections neuro-dégénératives ; l'autre moitié constitue une fuite hors du territoire, principalement vers le CHRU Lille (PDM de 19 %). • Un parcours patient bien structuré mais des délais de rendez-vous jugés trop longs en raison de la tension sur les effectifs neurologues : consultations sur rendez-vous ou semi-urgente, réalisation de bilan et examens complémentaires en programmé (IRM, électro-encéphalogramme, ponctions lombaires, expertise neuropsychologique), traitements. • Pour la sclérose en plaque, un programme d'éducation thérapeutique labellisé au CHA et un dispositif « alerte poussée » permettant d'accélérer la prise en charge des patients présentant des symptômes, et d'éviter les passages aux urgences. • Une collaboration avec des acteurs hors GHT : <ul style="list-style-type: none"> ○ Un recours au CHRU Lille pour certaines formes neuro-dégénératives du sujet jeune (moins de 60 ans) ou des formes familiales, et pour l'inclusion des patients du CHA dans les essais thérapeutiques ; ○ Un partenariat avec l'Espace Artois-Ternois pour la médecine nucléaire.
Principaux enjeux	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser un accès au diagnostic précoce sur le territoire, notamment grâce au développement de nouvelles techniques • S'appuyer sur la télémédecine afin de pallier à la pénurie de neurologues sur le territoire • Consolider les partenariats avec le centre de recours pour les essais thérapeutiques
Pistes d'actions	<ul style="list-style-type: none"> • Axe 1 : Développer l'offre sur certains besoins insuffisamment couverts <ul style="list-style-type: none"> ○ Améliorer le repérage des patients neuro-dégénératifs en réalisant des diagnostics précoces en âge à travers l'utilisation de biomarqueurs : investir dans la biologie des maladies neuro-dégénératives au CHA. ○ Développer des téléconsultations mémoire sur le territoire en lien avec le réseau Mémoire Alois, les CH de Bapaume et du Ternois et les maisons de santé du territoire pour améliorer l'accès à l'offre de proximité. ○ Faciliter l'accès aux services proposés par l'UCC du CHA aux patients des CH Bapaume et Ternois à travers la télémédecine, ainsi qu'aux EHPAD et structures médico-sociales du territoire. • Axe 4 : Favoriser la collaboration médicale territoriale <ul style="list-style-type: none"> ○ Maintenir la collaboration entre les différents spécialistes du GHT pour les patients en perte d'autonomie (psychiatres et gériatres particulièrement) : certaines consultations en première intention pour les patients âgés en perte d'autonomie peuvent être réalisées par des gériatres. ○ Consolider les liens avec le CHRU Lille pour l'inclusion des patients du GHT au sein des essais thérapeutiques. ○ Consolider les liens avec les médecins généralistes pour le suivi de pathologies une fois le diagnostic posé. Faciliter le contact des neuropsychologues du CHA avec la médecine de ville.

b) Indicateurs de suivi

- Evolution du nombre de séjours et consultations
- Délais de rendez-vous
- Parts de marché, taux de fuite

2.3.1 - Prise en charge du diabète et pathologies endocriniennes

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	6 lits HC Diabéto-endocrinologie 15 lits HDS pluridisciplinaire 15 places HDJ pluridisciplinaire	<i>Consultations avancées de Diabéto-endocrinologie jusqu'en novembre 2016</i>	-
Activité (PMSI 2016)	1 221 séjours* (médecine hors séance et chirurgie) 3 251 consultations externes de diabétologie	-	-
Temps médical	2,7 ETP diabéto-endocrinologues 0,8 ETP ophtalmologues pour toutes les filières	-	-
Permanence des soins	Astreinte partagée avec le service de rhumatologie et médecine polyvalente Astreinte pompe à insuline par les diabétologues	-	-

*Comprend : chirurgie de la thyroïde, parathyroïde, tractus thyroïdienne (hors interventions pour obésité), diabète, maladies endocriniennes, troubles métaboliques (hors troubles nutritionnels et obésité)

Une forte augmentation de l'activité* d'endocrinologie-diabétologie (hors obésité et troubles nutritionnels) entre **2015 et 2016 : + 50 %**

Une augmentation du nombre de consultations en diabétologie : **+ 4% entre 2015 et 2016**



Des PDM en **endocrinologie** s'élevant à **66 %** en 2015

Un taux de fuite à **28 %**

PMSI, données établissement

b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

<p>Contexte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Au sein du GHT, une offre en diabétologie endocrinologie proposée par le CH Arras. Des consultations avancées étaient assurées au CH Bapaume par un assistant du CH Arras jusqu'en novembre 2016 (elles ont cessé en raison du départ du médecin). • Des délais de consultations longs, estimés à quatre mois pour la diabétologie. • Une forte collaboration avec la médecine de ville : ligne directe des praticiens du CHA à disposition des médecins de ville ; présence d'un podologue de ville une fois par semaine au CHA. • Des collaborations avec le CHU de Lille sur le champ de la recherche : <ul style="list-style-type: none"> ○ Participation à un projet de recherche sur « Diabète et grossesse » (Dr BROCHOT – Dr FAYARD). ○ Participation aux RCP pathologie hypophysaire et RCP cancéro • Service classé parmi les 50 meilleurs établissements prenant en charge les patients atteints de Diabète (Le Point) • L'augmentation du taux de prévalence a été estimée en moyenne à 5.4 % par an sur les 10 dernières années dans le Nord-Pas-de-Calais La prévalence continue de progresser par le vieillissement de la population et l'augmentation du Diabète chez les femmes en âge de procréer.
<p>Principaux enjeux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer l'accès aux soins pour la population du territoire. • Consolider le lien ville-hôpital pour la prise en charge des patients diabétiques • Diminuer les délais de consultations au CHA • Optimiser le parcours de soins du patient diabétique • Participer à la réflexion liée à la prévention des perturbateurs endocriniens
<p>Pistes d'actions</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Axe 1 : Développer l'offre territoriale sur certains besoins insuffisamment couverts <ul style="list-style-type: none"> ○ Créer une équipe mobile transversale de diabétologie au sein du GHT, composé d'un temps médical, IDE, Diététicienne, Psychologue, EMS, Podologue : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consultations transversales au sein du CHA ▪ Téléconsultations sur Saint-Pol-sur-Ternoise ▪ Consultations avancées sur Bapaume ▪ Formation de référent Diabète et éducation thérapeutique au sein du GHT ▪ Permanences téléphoniques au sein des maisons de santé et cabinets libéraux du territoire, assurées par des infirmières et des diététiciennes pour des conseils d'adaptation thérapeutique ○ Elaboration ou adhésion à un protocole de coopération entre professionnels de santé ○ Renforcer la prise en charge des pathologies rétinienne du patient diabétique en renforçant le temps dédié à l'ophtalmologie (actuellement, des consultations au CHA et un adressage des patients vers le CH Amiens ou le CHU Lille en cas de besoin.) et intégrer au protocole de coopération existant • Axe 2 : <ul style="list-style-type: none"> ○ Répondre à la demande liée aux technologies innovantes pour les diabétiques (auto-surveillance glycémique connectée, capteur de glycémie, pompes à insuline...)

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pérenniser la chirurgie endocrinienne au CHA ○ Développer l'activité d'échographie et cytoponction thyroïdienne ○ Formaliser le parcours patient de la demande du médecin traitant jusqu'à la prise en charge hospitalière (formulaire type – logigramme...) en collaboration entre Diabétologues, Médecins de ville et la CHA-Line. ○ Raccourcir les délais de consultations : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mener la réflexion sur le parcours patient (critères d'adressage avec les Médecins de ville) ▪ Mettre en place des consultations assurées par l'interne de médecine ▪ Orienter certains patients vers l'IDE d'éducation thérapeutique ou l'équipe mobile Diabéto ● Axe 4 : Favoriser la collaboration médicale territoriale <ul style="list-style-type: none"> ○ Création de réunions multidisciplinaires : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour le Diabète multi-complicé : Diabéto – Cardio – Néphro – Gériatrie ▪ Pour le pied diabétique : Chirurgiens traumato, vasculaire, plasticien – infectiologue – dermato – radio – podologue ▪ Pour le diabète et grossesse : Obstétricien – Diabéto – diététicienne ○ Collaboration sur la transition pédiatrie / âge adulte ○ Renforcer les liens avec le SSR spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire ○ Participer aux formations des médecins libéraux
--	--

c) Indicateurs de suivi

- Délais de prise en charge
- Nombre de nouveaux patients prise en charge
- Nombre de personnels paramédicaux formés en diabétologie
- Parts de marché du CHA
- Taux de fuite

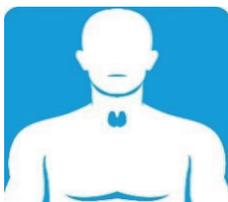
2.3.2 - Prise en charge des troubles nutritionnels, obésité et troubles du comportement alimentaire

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	15 lits HDS pluridisciplinaire 15 places HDJ pluridisciplinaire 2 places d'Obésité HJ		-
Activité (2016)	106 séjours chirurgicaux et 821 séjours médicaux 1107 consultations obésité (dont éducation thérapeutique) 409 consultations nutrition	-	-
Temps médical	2,2 ETP pour l'obésité et des troubles nutritionnels	-	-
Permanence des soins	Urgences (pour la chirurgie bariatrique et la dénutrition)	-	-

Le GHT dispose d'un « Centre Spécialisé Obésité » (CSO)

Entre 2015 et 2016 :
+ **23 %** de consultations obésité
+ **3 %** de consultations nutrition



106 interventions chirurgicales
pour obésité en 2016

PMSI 2016

b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

<p>Contexte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pour la prise en charge de l'obésité, le CH Arras dispose d'une unité médico-chirurgicale de nutrition labellisée par l'ARS et reconnue comme « Centre Spécialisé Obésité » (CSO). • Une prise en charge des patients en collaboration avec les acteurs du territoire : <ul style="list-style-type: none"> ○ Une collaboration avec le CH Douai : le CH Arras a assuré les interventions de chirurgie bariatrique issus d'une double filière Arras et Douai. RCP communes. ○ Détachement à 0,2 ETP d'un médecin nutritionniste et à 0,2ETP d'un chirurgien bariatrique ○ Conventions avec les centres partenaires des CSO présents sur le territoire (Béthune, Lens, Douai, Hénin-Beaumont). ○ Interclan Arras/Douai
<p>Principaux enjeux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer l'accès aux soins sur certaines zones du territoire • Améliorer la prévention concernant les troubles nutritionnels • Diminuer les délais de prise en charge et consolider l'activité de chirurgie du CHA
<p>Pistes d'actions</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Axe 2 : Améliorer l'attractivité de l'offre MCO en déployant des stratégies ciblées territorialement <ul style="list-style-type: none"> ○ Identification de personnes ressource en nutrition au CH Bapaume et à Saint Pol, villes accessibles pour les patients d'Auxi-le-Château et de Frévent, pour obésité, TCA et dénutrition. Ces personnes ressource, volontaires, seront formées par l'équipe de nutrition du CHA. ○ Professionnalisation et délégation de soins (protocoles de délégation de tâches) pour la dénutrition et la gestion de la nutrition artificielle. ○ Mise en place d'un accès direct en HDJ pour bilan métabolique et bilan éducatif partagé des patients du bapalmois et du ternois. ○ Création d'une équipe mobile d'éducation thérapeutique de territoire dédiée aux pathologies nutritionnelles. • Axe 3 : Renforcer l'aval de l'hospitalisation <ul style="list-style-type: none"> ○ Développer le SSR métabolique ambulatoire, qui devrait voir le jour au sein du GHT prochainement : 2 places « SSR métabolique ambulatoire » accordées par l'ARS ○ Suivi post-hospitalisation qui pourrait être assuré par l'équipe mobile d'éducation thérapeutique. • Axe 4 : Favoriser la collaboration médicale territoriale <ul style="list-style-type: none"> ○ Consolider les liens avec médecins et les diététicien(ne)s des centres hospitaliers de Bapaume et Saint Pol par leur intégration au CLAN du CHA ○ Communication auprès des médecins de ville sur les filières de soins proposées au CHA : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour améliorer la prévention des troubles nutritionnels ; ▪ Et renforcer les adressages vers le CHA des patients pour la chirurgie endocrinienne. ▪ Avec possibilités d'adressage direct et de filières courtes pour évaluation pluridisciplinaire en HDJ. ○ Proposition d'intégration des médecins libéraux aux RCP bariatrique ○ Sollicitation du bureau de la Formation Médicale Continue d'ARRAS

	pour les stratégies de communication territoriale
--	---

c) Indicateurs de suivi

- Nombre d'HDJ « bilan direct »
- Evolution de l'activité
- Parts de marché du CHA
- Taux de fuite

2.4.1 - Hepato-Gastro-Enterologie

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	21 lits HC, dont 4 LISP 15 lits HDS pluridisciplinaire 15 places HDJ pluridisciplinaire	Consultations avancées en gastro-entérologie	-
Activité (nombre de séjours, 2016)	2 273 séjours (hors cancer, ulcère et hémorragies digestives)	-	-
Temps médical	4,8 ETP gastro-entérologues	-	-
Permanence des soins	Astreinte dont endoscopie d'urgence	-	-

- **16 %** d'activité au CHA (entre 2011 et 2015)

En 2015, le GHT recrute **57%** des patients du territoire

- **6 %** des parts de recrutement du CHA entre 2009 et 2015



Une fuite élevée hors du territoire : **30 %**

PMSI 2015

b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Une offre complète au CH Arras et une équipe médicale disposant de compétences spécifiques (compétences pour les écho-endoscopie, MICI, endoscopies interventionnelles). L'établissement assure également des consultations avancées en gastro-entérologie au CH Bapaume. • Des parts de recrutement à récupérer sur le territoire : le CHA assure 57 % des parts de marché pour la prise en charge médicale des pathologies digestives, ce qui représente une diminution de 6 % par rapport à 2009. Une activité d'endoscopie digestive à développer, qui ne représente que 11% des parts de recrutement en 2015. • Pas de sous-consommation d'offre de soins, mais une fuite importante hors du bassin de santé pour cette activité (30 % en 2015). • Acquisition d'un Fibroscan en mai 2017 sous la responsabilité du Docteur PEREZ
Principaux enjeux	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement du maillage territorial • Consolidation du rôle du CHA sur son territoire à travers la récupération de parts de marché • Maintien des collaborations avec la médecine de ville
Pistes d'actions	<ul style="list-style-type: none"> • Axe 2 : Améliorer l'attractivité de l'offre MCO en déployant des stratégies ciblées territorialement <ul style="list-style-type: none"> ○ Maintenir les consultations avancées en gastro-entérologie mises en place au CH Bapaume en octobre 2016. ○ Développer de nouvelles consultations avancées à Saint Pol sur ternoise, voire Abbeville et Doullens ○ Renforcer le positionnement du CH ARRAS sur la prise en charge des MICI en devenant Centre de référence au sein du territoire ○ Participer à la réflexion en vue d'établir un partenariat avec la Polyclinique de La Clarence à Divion et la polyclinique de Saint-Pol sur ternoise – groupe AHNAC pour la réalisation de consultations et/ou d'actes endoscopiques ○ Renforcer la communication sur les praticiens et l'offre existante au CHA, notamment à travers l'organisation d'événements (journées portes ouvertes, points presse, ...) ○ Poursuivre la consultation réalisée par l'interne de spécialité (1/2 journée hebdomadaire = 5 consultations au CH ARRAS) • Axe 4 : Favoriser la collaboration médicale territoriale <ul style="list-style-type: none"> ○ Renforcer les liens avec la médecine de ville de Bapaume et de Saint Pol afin de renforcer les adressages vers le CH Arras.

c) Indicateurs de suivi

- Evolution de l'activité du CHA
- Evolution des parts de marché
- Taux de fuite

2.4.2 - Prise en charge chirurgicale des pathologies de la paroi, du tube digestif, du foie, des voies biliaires et de la vésicule

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	55 lits HC de chirurgie poly-pathologique 15 lits HDS pluridisciplinaire 15 places HDJ pluridisciplinaire	Consultations avancées en gastro-entérologie	-
Activité (nombre de séjours, 2016)	819 séjours, dont 31 % en ambulatoire	-	-
Temps médical	2,6 ETP chirurgiens viscéraux	-	-
Permanence des soins	Astreinte d'endoscopie / fibroscopie	-	-

819 séjours dont :

- **636** en chirurgie digestive et viscérale
- **183** en chirurgie hépato et pancréatique

Une augmentation de la part de prise en charge ambulatoire (27% en 2015, **31% en 2016**)



Concurrence de la **Clinique des Bonnettes**, qui recrute **36%** des patients du territoire, contre **24% pour le CHA**

37% de fuite hors du territoire

PMSI

Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Au sein du GHT, une offre complète (urgences, ambulatoire, chirurgie hépatobiliaire, pariétale, cancérologique, du tube digestif, proctologique, ...) mais concentrée au CH Arras. Des consultations de gastro-entérologie sont assurées au CH de Bapaume. • Le CHA assure une prise en charge performante, avec une bonne maîtrise des DMS (IPDMS de 0,88 en 2015) mais doit renforcer son activité : des parts de recrutement faibles (24% en 2015). Cependant, des difficultés de recrutement médical complexifient le développement de l'activité. • La Clinique les Bonnettes est le principal concurrent du CHA, avec 36 % des parts de recrutement en chirurgie digestive. • L'offre actuelle ne permet pas de couvrir l'ensemble des besoins du territoire (un taux de fuite important en chirurgie digestive : 37 % en 2015).
Principaux enjeux	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de l'activité du CHA et consolidation son rôle au sein du territoire • Développement de collaborations avec des acteurs hors GHT afin de pallier à la problématique de recrutement médical • Développer la chirurgie ambulatoire.
Pistes d'actions	<p>La prise en charge des pathologies de la paroi, du tube digestif, du foie, des voies biliaires et de la vésicule est en priorité concernée par les axes suivants :</p> <p>Axe 2 : Améliorer l'attractivité de l'offre MCO en déployant des stratégies ciblées territorialement</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Maintenir les travaux engagés (autodiagnostic ANAP) pour mettre en œuvre le virage ambulatoire, notamment pour la chirurgie digestive, et optimiser l'utilisation des places de l'HDJ multidisciplinaire. ○ Améliorer la communication externe, auprès du territoire, afin de : <ul style="list-style-type: none"> ▪ faire connaître les chirurgiens du CHA, notamment les nouveaux arrivants. ▪ informer les médecins libéraux et la population sur l'offre et le parcours de prise en charge. ○ Renforcer le temps médical de chirurgie viscérale et bariatrique ○ Envisager le développement de la collaboration avec le CHU Lille pour la mise en place de temps médicaux partagés. <p>Axe 4 : Favoriser la collaboration médicale territoriale</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Renforcer les liens avec la médecine de ville pour favoriser l'adressage des patients au CH Arras, notamment à travers la mise en place d'e-mails et lignes téléphoniques dédiées aux médecins de ville pour des prises de rendez-vous plus rapides et la diffusion des agendas (notamment les congés) des praticiens hospitaliers. ○ Collaborer avec les Gastroentérologues du territoire pour favoriser les parcours patients

c) Indicateurs de suivi

- Nombre de séjours en chirurgie orthopédique
- Evolution de l'activité
- Evolution des parts de marché
- Taux de fuite

2.4.3 - Prise en charge des urgences en Hepato-Gastro-Enterologie : Hémorragie digestives, occlusions, pancréatite biliaire, angiocholite, corps étrangers, ...

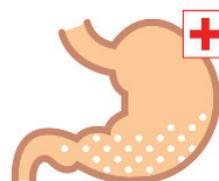
a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	N/A	-	-
Activité (nombre de séjours, 2016)	1 527 séjours en gastro-entérologie passés par les urgences	-	-
Temps médical	N/A	-	-
Permanence des soins	Astreinte d'endoscopie	-	-

144 séjours pour ulcères et hémorragies digestives en 2016

En 2015, le CHA est le premier acteur sur le territoire, avec **58 %** des parts de recrutements pour ces prises en charge

Une fuite importante pour la prise en charge des ulcères et hémorragies digestives : **29 %** en 2015



PMSI

b) Fiche descriptive et stratégie du projet médical partagé

Contexte	<ul style="list-style-type: none">• Une offre de prise en charge d'urgences gastroentérologiques au CH d'Arras, qui représente le centre de recours au sein du territoire. Le CHA dispose d'une offre complète et d'une équipe médicale disposant de compétences spécifiques (pour les fibroscopies digestives, écho-endoscopies, endoscopies interventionnelles, ...).• Une prise en charge structurée au sein du CHA.<ul style="list-style-type: none">◦ arrivée des patients par les urgences ;◦ appel des gastro-entérologues et réalisation de fibroscopie œsogastro duodénale et coloscopie si nécessaire ;◦ adressage au service d'Hepato-Gastro-Enterologie pour les hémorragies modérées ou opération chirurgicale ou adressage en surveillance continue ou réanimation pour les patients instables.• Des adressages aux urgences parfois non pertinents, concernant notamment les patients âgés : un parcours patient à améliorer, notamment en lien avec les EHPAD.• Une fuite importante des patients, dont presque un tiers sont pris en charge hors du territoire.• Le CH d'Arras est le seul établissement du territoire à assurer les urgences endoscopiques diagnostiques et thérapeutiques 24h /24 et 365 jours /365.
Principaux enjeux	<ul style="list-style-type: none">• Garantir l'accessibilité des soins sur l'ensemble du territoire• Fluidification du parcours patient• Développement de la télémédecine en lien avec les EHPAD pour éviter les passages aux urgences non justifiés
Pistes d'actions	<ul style="list-style-type: none">• Axe 1 : Développer l'offre sur certains besoins insuffisamment couverts<ul style="list-style-type: none">◦ Inciter les jeunes médecins à participer au dispositif de médecins correspondants du SMUR, permettant de pallier aux délais d'intervention liés aux distances importantes du territoire.• Axe 5 : Structurer les filières de soins non programmés<ul style="list-style-type: none">◦ Mettre en place un dispositif de télé-urgences, entre les urgences du CHA, les établissements du GHT et les EHPAD de Bapaume et du Ternois, permettant de réguler les flux des patients, notamment âgés, en cas d'urgence gastroentérologique.

c) Indicateurs de suivi

- Nombre d'appel au SAMU de la part des EHPAD pour des urgences gastroentérologiques
- Nombre de passages aux urgences pour des motifs gastroentérologiques
- Suivi du nombre de passage aux urgences « évitables »

2.4.4 - Addictologie et toxicologie

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	CSAPA Consultations Jeunes Consommateurs Centre de délivrance de méthadone 2 lits de sevrage simple alcool non programmé (en gastro-entérologie) 2 lits de sevrage simple programmé en HDS SSR alcoologie : 12 lits et 6 places HDJ	Consultation infirmière	Antenne du CSAPA du CHA
Activité (nombre de séjours, 2016)	821 séjours (médecine sans acte classant)	-	-
Temps médical	2 ETP (CSAPPA, SSR, équipe de liaison, centre éthadone) + ETP du service de gastro-entérologie	-	0,4 ETP du CHA
Permanence des soins	-	-	-

638 séjours de médecine en toxicologie, intoxication, alcool



- **40 %** (2009 – 2014)
- **22 %** (2015-2016)

CHA : **46 %** des PDM en toxicologie, intoxications, alcool (stable)

- **29 % PDM** (2009 – 2015)



Un taux de fuite de **53%**

PMSI 2015

b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Une offre en addictologie (alcool, toxicomanie, tabac, dépendances hors substances) bien structurée au CH d'Arras et au CH Ternois, permettant des délais de consultations courts (24h à une semaine) : 1 CSAPA dans chaque établissement et une équipe de liaison à Arras intra-hospitalière. Par ailleurs, le CH Arras a obtenu un nouvel agrément pour l'accueil d'internes en addictologie. • La prise en charge aigüe des intoxications à l'alcool est assurée au sein du service de gastro-entérologie du CH Arras, qui dispose de 2 lits de sevrage simple pour des accueils de patients non programmés. • Une collaboration bien structurée entre le CH Arras et le CH Ternois, notamment à travers la présence d'un CSAPA du CH Arras implanté au CH du Ternois. • Des parcours patients clairs : existence de protocoles pour la prise en charge de patients souffrant d'addictions à l'alcool, aux drogues et au tabac, dès les urgences du CHA et d'un système de repérage à travers Clinicom, permettant une bonne orientation des patients, et une collaboration avec le CHRU Lille (notamment pour les greffes de foie). • Mais des besoins très importants sur le territoire (taux de fuite de 55% et une mortalité prématurée par alcoolisme deux fois plus importante que dans la moyenne nationale), et une offre insuffisante au CH de Bapaume, où il n'existe qu'une consultation infirmière.
Principaux enjeux	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement du maillage territorial, en particulier sur Bapaume. • Développer une offre de prise en charge aigüe, notamment en HJ • Veiller à ce que les prises en charge aigües aient lieu en HJ ou HC et non en SSR • Harmonisation des logiciels d'accès aux dossiers patients entre les établissements du GHT • Renforcement des liens avec la médecine de ville, qui représente l'un des principaux adresseurs
Pistes d'actions	<ul style="list-style-type: none"> • Axe 1 : Développer l'offre sur certains besoins insuffisamment couverts, notamment la prise en charge aigüe <ul style="list-style-type: none"> ○ Consolider l'équipe d'addictologie, afin de : <ul style="list-style-type: none"> ▪ développer une offre de prise en charge aigüe ▪ développer des consultations avancées au CH Bapaume ▪ constituer une équipe mobile intervenant au sein de structures extérieures, notamment les foyers de vie (tels que le foyer de vie pour adultes handicapés La Pannerie du CHT). ▪ Couvrir une continuité des soins • Axe 4 : Favoriser la collaboration médicale territoriale <ul style="list-style-type: none"> ○ Maintenir les formations des équipes soignantes du CHA par l'équipe de liaison afin de développer une culture de l'addictologie et garantir une prise en charge de qualité. ○ Harmoniser les logiciels entre les établissements du GHT pour faciliter l'accès aux dossiers patients (actuellement, des pertes de temps sont constatées pour accéder aux dossiers en raison des différents logiciels : le CHA dispose de Clinicom tandis que le CHB et le CHT utilisent Osiris). ○ Mettre en place une ligne directe pour les médecins généralistes de ville, afin de faciliter le contact avec l'hôpital. ○ Développer des liens avec le CAARUD installé à Arras depuis décembre 2016 et avec les structures médico-sociales du territoire (foyers de vie, foyers d'urgence, ...). ○ Identifier les besoins des résidents des structures médico-sociales.

c) Indicateurs de suivi

- Nombre de séjours
- Parts de marchés / Taux de fuite
- Nombre de conventions avec le secteur médico-social

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	5 lits HC 15 lits HDS pluridisciplinaire 15 places HDJ pluridisciplinaire 20 postes de centre Lourd de Dialyse (+ 2 postes de secours) 12 postes d'UDM	-	-
Activité (nombre de séjours, 2016)	811 séjours 13 266 séances de dialyse	-	-
Temps médical	3 ETP néphrologues	-	-
Permanence des soins	-	-	-

Au CHA, un IPDMS satisfaisant : **0,91**

Taux d'occupation au CHA : **87,7 % en HC**

PDM du CHA : **47 %, - 6%** entre 2009 et 2015

Taux de fuite : **36 %**

- 7 % séances de dialyses entre 2014 et 2015

b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

<p>Contexte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Seul établissement au sein du GHT à assurer une offre complète en néphrologie (prévention, traitement des maladies rénales, dialyses péritonéales, ...), le CH d'Arras maille les zones d'Arras et de Saint Pol avec des centres de dialyse : le CHA dispose d'un centre lourd et d'une unité de dialyse médicalisée, ainsi que de centres d'auto-dialyse situés à Saint Nicolas (proche Arras) et à Saint Pol sur Ternoise. • Une activité au CHA qui peut être renforcée : taux d'occupation à 87 %. • Une offre en néphrologie sur le territoire qui semble insuffisante, nécessitant de renforcer la prise en charge de proximité sur le reste du territoire : le taux de fuite est élevé (36 % en 2015). • Des collaborations avec les acteurs du territoire, notamment l'Association pour le Développement de l'Hémodialyse pour le traitement de l'IRC, et les CHU d'Amiens et de Lille pour la préparation et le suivi de patients nécessitant une greffe rénale.
<p>Principaux enjeux</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consolider le rôle du CH Arras sur le territoire du GHT ▪ Développer le maillage territorial sur le territoire ▪ Renforcer les liens avec la médecine de ville
<p>Pistes d'actions</p>	<p>Axe 1 : Développer l'offre sur certains besoins insuffisamment couverts</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mettre en place des consultations avancées de néphrologie aux CH du Ternois et de Bapaume ○ Mener une réflexion sur l'opportunité de transformer le centre d'auto dialyse en UDM à ST POL <p>Axe 2 : Améliorer l'attractivité de l'offre MCO en déployant des stratégies ciblées territorialement</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Développer la file active des patients de néphrologie <ul style="list-style-type: none"> ▪ Collaborer avec les gériatres, cardiologues, endocrinologues ▪ Innover en proposant une consultation pluridisciplinaire type RCP gériatre, cardiologues, endocrinologues, néphrologues ▪ Informer les médecins libéraux et la population sur l'offre et le parcours de prise en charge en néphrologie : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Repérer les outils de communication afin de permettre à la population de suivre sa fonction rénale à l'aide des pharmaciens, des infirmiers libéraux... ▪ Repérer les patients insuffisants rénaux en stade précoce auprès des professionnels médicaux et diminuer l'arrivée des patients en démarrage des dialyses en urgences ▪ Développer la file active des patients en dialyse (en particulier en UDM) ○ Structurer et communiquer sur les parcours de l'insuffisance rénale chronique <ul style="list-style-type: none"> ▪ Formaliser les parcours patients des insuffisants rénaux du stade 1 au stade 4 ▪ Structurer le dispositif d'annonce à l'arrivée du patient en dialyse ▪ Structurer la traçabilité et la surveillance des patients avant en cours et en fin de dialyse (création d'une check liste, réalisation de logigramme de soins, organisation de suivi..) et communiquer ces éléments à nos partenaires de ville ▪ Développer les alternatives au centre lourd : auto dialyse, dialyse à domicile, dialyse péritonéale, développer la greffe (mise en place de staff mensuel) ▪ Mener une collaboration avec le SSR spécialisé cardiologie (HDJ- HC) ▪ Favoriser l'accès rapide à la création de FAV en collaboration avec les chirurgiens vasculaires : mettre en place un partenariat avec les chirurgiens spécialisés en FAV ▪ Mener une réflexion sur la création d'une IDE coordinatrice de territoire ▪ Acquérir un logiciel informatique commun de territoire pour les patients insuffisants rénaux (centre de dialyse, auto-dialyse.....) ▪ Optimiser le transport des patients dialysés

- Améliorer le confort des patients en cours de dialyse

Axe 4 : Favoriser la collaboration médicale territoriale

- Renforcer les liens avec la médecine de ville, notamment pour améliorer la prévention et le suivi des patients souffrant de maladies rénales, notamment d'insuffisance rénale
- Mettre en place des e-mails pour des prises de rendez-vous plus rapides : mise en place d'un numéro unique des médecins hospitaliers afin de faciliter les adresses.
- Développer une culture de prévention des insuffisances rénales sur le territoire, en associant l'ensemble des acteurs
- Mettre en place des actions de sensibilisation et de communication auprès des médecins et du personnel médical du GHT afin d'améliorer la connaissance de l'offre en néphrologie sur le territoire (réunions en FMC....)
- Mettre en place de la télémédecine avec téléconsultations et télé-expertise dans le cadre de de la GHT et suivre les progrès de la télésanté

c) Indicateurs de suivi

- Nombre de séjours
- Nombre de séances de dialyse
- Parts de marché taux de fuite

2.6.1 - Pathologies en rhumatologie

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	19 lits HC de médecine polyvalente 15 lits HDS pluridisciplinaires 15 lits HDJ pluridisciplinaires	-	-
Activité (nombre de séjours, 2016)	524 séjours rhumatologie	-	-
Temps médical	2,3 ETP rhumatologues	-	-
Permanence des soins	Astreinte	-	-

Activité de rhumatologie entre 2009 et 2016 : **+ 17 %**

CHA : **29%** des PDM en rhumatologie en 2015

Taux de fuite élevé sur le territoire en rhumatologie : **52 %** en 2015

Taux de recours indiquant une sous-consommation de l'offre de soins en rhumatologie en 2015 : **0,82**



PMSI 2015

b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Au sein du GHT, une offre en rhumatologie concentrée au CHA : HC HDJ HDSM Consultations • Une offre insuffisante pour répondre aux besoins du territoire : sous-consommation d'offre de soins en rhumatologie et un taux de fuite élevé. • Au CH Arras, un ralentissement de la dynamique d'activité entre 2014 et 2015. • Le CH Arras a un potentiel de développement sur la rhumatologie estimé entre 500 000 et 950 000 euros • Le renforcement de l'équipe médical est effectif depuis novembre 2016
Principaux enjeux	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de l'accès aux soins • Amélioration du maillage territorial • Consolidation du rôle de pivot du CH Arras • Améliorer le parcours patient • Maîtriser les durées de séjours en rhumatologie au CH Arras
Pistes d'actions	<p>La filière de prise en charge des pathologies en rhumatologies est en priorité concernée par les axes suivants :</p> <p>Axe 1 : Développer l'offre sur certains besoins insuffisamment couverts :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer la prise en charge des pathologies osseuses et arthropathies : <ul style="list-style-type: none"> ○ Rhumatismes Inflammatoires Chroniques conjonctif (polyarthrite rhumatoïde, poly myalgies rhumatismales, spondylarthrite ankylosante, spondylopathies inflammatoires, lupus, gougerot-sjogren) ○ fibromyalgies ○ Sciatiques et radiculopathies ○ Rachialgies ○ Pathologies du rachis, , canal lombaire étroit ○ Maladies osseuses et arthropathies spécifiques (gonarthrose, goutte, chondrocalcinose, hémarthrose) ○ Algo-neurodystrophies • Développer la prise en charge des Arthrites septiques • Développer la prise en charge des affections rhumatologiques : affections du tissu Tendinites, myosites, bursites (rhabdomyolyse, synovite, syndrome de la coiffe, capsule rétractile) • Développer la prise en charge des tumeurs de l'appareil musculo-squelettique du tissu conjonctif et fractures pathologiques : Tumeurs malignes primitives et secondaires des os, ostéoporose... <p>Axe 2 : Améliorer l'attractivité de l'offre MCO en déployant des stratégies ciblées territorialement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développement des techniques interventionnelles avec l'aide des radiologues • Développement de la filière ostéoporose au sein de la GHAT à partir des urgences et favoriser la collaboration avec la chirurgie orthopédique • Développement de la médecine du sport (rencontre avec les directeurs sportifs) • Poursuivre l'efficacité en termes de codage et de DMS <p>Axe 4 : Favoriser la collaboration médicale territoriale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les liens avec les acteurs du territoire : chirurgiens orthopédistes, radiologues.. et notamment la médecine de ville, afin d'améliorer le parcours patient et augmenter l'adressage vers le CH Arras • Mettre en place un numéro de téléphone unique

c) Indicateurs de suivi

- Nombre de séjours
- Durées de séjour
- Taux d'hospitalisation
- Parts de marché
- Taux de fuite

2.6.2 - Pathologies inflammatoires

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	Maladies de crohn (MC) Rectocolite hémorragique (RCH) Polyarthrite rhumatoïde Psoriasis	-	-
Activité (nombre de patients, 2015)	En 2015, <ul style="list-style-type: none"> • 146 MC • 23 RCH • 6 polyarthrites rhumatoïdes séronégatives • 90 polyarthrite rhumatoïde (autre ou sans précision) 	-	-
Temps médical	4.8 ETP de Gastro-entérologie 2.8 ETP Rhumatologue 0.2 ETP Dermatologue	-	-
Permanence des soins	astreinte de spécialités	-	-

b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

<p>Contexte</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le CH d'ARRAS assure la prise en charge et le traitement de plusieurs maladies inflammatoires, que ce soit au niveau : <ul style="list-style-type: none"> du système digestif (MICI : Maladies de crohn (MC) et rectocolite hémorragique (RCH) de l'épiderme : Psoriasis des articulations : Polyarthrite rhumatoïde L'épidémiologie sur ces maladies est particulière élevée dans les Hauts de France ; A titre d'exemple, les MICI sont en augmentation constante, avec un nombre de cas qui est passé de 100 000 cas à 200 000 cas en France en 10 ans, dont 70 % de cas chez les enfants et adolescents (entre 10 à 19 ans). Il s'agit bien souvent de maladies invalidantes qui peuvent entraîner un handicap et des retentissements socioprofessionnels et psychologiques prouvés. Présence de plusieurs spécialistes au CHA dont un praticien référent MICI et experte Possibilité d'entrées directes fréquentes sur appel des patients ou médecins traitants
<p>Principaux enjeux</p>	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer l'accès aux soins sur certaines zones du territoire Favoriser l'éducation thérapeutique Optimiser le recours à des bilans spécialisés avant la mise en place des biothérapies (Dermatologie, ophtalmologie...)
<p>Pistes d'actions</p>	<p>Axe 2 : Améliorer l'attractivité de l'offre MCO en déployant des stratégies ciblées territorialement</p> <ul style="list-style-type: none"> Renforcer l'éducation thérapeutique des patients dans l'objectif de rendre le patient autonome et améliorer sa qualité de vie Faciliter le dépistage Dermatologique des patients sous biothérapie en proposant des rendez-vous rapides Favoriser le recours aux traitements selon les recommandations en vigueur Favoriser l'observance pour éviter les complications graves : perforation, occlusion sur sténose, fistule, abcès, risque de stomie... Renforcer le suivi des patients en externe et ainsi diminuer le nombre de poussées et d'hospitalisation <p>Axe 4 : Favoriser la collaboration médicale territoriale</p> <ul style="list-style-type: none"> Aider à l'arrêt du tabac avec consultation de tabacologie <p>Axe 5 : Structurer les filières de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> Renforcer les liens entre la Gastro-entérologie (référent MICI) la Rhumatologie et la Dermatologie pour l'instauration des traitements Ecrire des parcours de soins communs

c) Indicateurs de suivi

- Nombre de séjours / séances réalisés en HDJ de Médecine pour traitement par Biothérapie (Infiximab Remicade ou Bio-similaire)
- Nombre de séances d'éducation réalisées pour Humira en HDJ

2.6.3 Prise en charge des patients poly pathologiques et médecine interne

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	30 lits HC de médecine polyvalente / Diabétologie / Néphrologie / Rhumatologie / Médecine interne 15 lits HDS pluridisciplinaires 15 lits HDJ pluridisciplinaires	-	-
Activité (2016)	15 518 séjours de médecine sans acte classant (toutes spécialités)	-	-
Temps médical	2 ETP médecins polyvalents + spécialistes médicaux (cf filières) 1 ETP hématologue – médecine interne 1 ATP en Médecine interne (nov. 2017)	-	-
Permanence des soins	Astreinte		

Un **TO à 100 %** des lits HC de médecine polyvalente au CHA et un IPDMS à **1,06** en 2015

497 séjours médecine interne HDJ et HDS en 2015
Activité HDJ : **-5%** entre 2014 et 2015

Une baisse de **55%** des parts de recrutement en 2009 à **52%** en 2015

Une offre de généralistes médicaux **8%** inférieure à la moyenne nationale



PMSI 2015

b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

<p>Contexte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Au sein du GHT, une prise en charge médicale des patients poly-pathologiques et en médecine interne concentrée sur le CH d'Arras, qui joue un rôle de recours sur son territoire. La prise en charge en aval est ensuite assurée au sein des SSR des CHA, CHB et CHT. • L'activité de médecine interne est assurée au sein du service d'hématologie. • Le CHA présente un bon niveau de performance en termes de gestion des lits HC de médecine polyvalente (TO affiché à 100,5%) mais peut améliorer la gestion des séjours (une légère augmentation des durées de séjours par rapport à 2014 actuellement avec un IPDMS à 1,06). • Sur le territoire, une tension sur les effectifs de médecins libéraux qui nécessite de renforcer le maillage territorial pour répondre aux besoins : l'offre de médecins libéraux sur l'Artois-Ternois est 8% inférieure à la moyenne nationale. • Des liens avec la médecine de ville sont déjà engagés, notamment avec la construction en cours, dans l'enceinte du CH Ternois, de la Maison de santé pluri-professionnelle Léonard de Vinci, où interviendront des praticiens du CHA aux côtés de médecins libéraux.
<p>Principaux enjeux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Récupérer des parts de marché pour les activités de médecine du CHA • Développer l'offre de proximité en médecine polyvalente pour répondre aux besoins de l'ensemble du territoire • Avoir recours à la télémédecine pour pallier à la pénurie médicale sur le territoire • Consolider des liens entre l'hôpital et la médecine de ville • Assurer un accès à l'offre pour la population du territoire
<p>Pistes d'actions</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Axe 1 : Développer l'offre territoriale sur certains besoins insuffisamment couverts : <ul style="list-style-type: none"> ○ Renforcer le temps médical en fonction des besoins (Généralistes, Médecine interne, ...) ○ Fluidifier les parcours ambulatoires en s'appuyant sur les résultats des travaux d'évaluation actuellement en cours <ul style="list-style-type: none"> ▪ Formaliser une typologie de patients (selon leur type de pathologies, la gravité, la douleur, ...) et faire correspondre des procédures de prises en charge adaptées tenant compte des possibilités d'ambulatoire • Axe 3 : Soutenir le projet de renforcement de l'aval de l'hospitalisation <ul style="list-style-type: none"> ○ Fluidifier l'aval MCO – SSR, notamment la définition de critères d'adressage vers les SSR en fonction de la pathologie et des besoins de suivi médical du patient (et non uniquement du lieu de vie). ○ Fluidifier l'aval au SSR pour les patients poly-pathologiques présents au sein des services SSR du CH Bapaume et CH Ternois, en facilitant l'accès au plateau technique et aux hospitalisations programmées du CHA • Axe 4 : Favoriser la collaboration médicale territoriale <ul style="list-style-type: none"> ○ Maintenir les collaborations déjà engagées avec la médecine de ville ○ Renforcer les liens avec la médecine de ville pour favoriser l'adressage des patients au CH Arras, notamment à travers la mise en place d'e-mails et lignes téléphoniques dédiées aux médecins de ville pour des prises de rendez-vous plus rapides et le développement d'un meilleur suivi du patient poly pathologique.

c) Indicateurs de suivi

- Durées moyennes de séjour
- IPDMS
- Parts de marché
- Taux de fuite

2.6.4 - Pathologies infectieuses

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	30 lits HC de médecine polyvalente 15 lits HDS pluridisciplinaires 15 lits HDJ pluridisciplinaires	-	-
Activité (nombre de séjours, 2016)	264 séjours	-	-
Temps médical	Vacations d'un médecin infectiologue du CH Douai 1 infectiologue (mai 2018)	-	-
Permanence des soins	-	-	-

En 2016 : 99 séjours pour maladies virales et fièvre inconnues, **123** septicémies, **28 maladies infectieuses** ou parasitaires, **10 décès** suites à une maladie infectieuse

Le CHA connu une augmentation de **+10,5%** des séjours pour maladies infectieuses entre 2014 et 2016

Les CH de Tourcoing, Lens, Lille et Béthune assurent des activités en infectiologie : **23%** des PDM cumulées en 2015



Un taux de fuite très important en 2015 sur les activités d'infectiologie : **39,5%**

PMSI

b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Le CH d'Arras ne dispose pas d'un service d'infectiologie ; un praticien du CH de Douai réalise des vacations sur site pour l'infectiologie. • En 2016, 264 séjours pour maladies infectieuses ont été recensés au CHA, principalement pour septicémies (23 séjours). • Des collaborations au-delà du GHT, avec : <ul style="list-style-type: none"> ○ le CH Douai : un praticien assure des vacations au CHA ; ○ le CH Tourcoing, qui dispose d'un Service Universitaire des Maladies Infectieuses et du Voyageur : des collaborations sur le champ de la recherche
Principaux enjeux	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer un accès à l'offre pour la population du territoire • Maintenir les collaborations existantes
Pistes d'actions	<ul style="list-style-type: none"> • Axe 1 : Développer l'offre territoriale sur certains besoins insuffisamment couverts : <ul style="list-style-type: none"> ○ Recrutement d'un infectiologue temps plein pour la CH Arras (prévu pour mai 2018) • Axe 4 : Favoriser la collaboration médicale territoriale <ul style="list-style-type: none"> ○ Maintenir la collaboration avec le CH Douai, pour assurer un accès à l'offre à la population du territoire, et avec le Service Universitaire des Maladies Infectieuses du CH Tourcoing

c) Indicateurs de suivi

- Nombre de séjours pour maladies infectieuses
- Nombre de consultations assurées par des praticiens extérieurs au CHA

2.7 - Prise en charge des pathologies en dermatologie et plaies chroniques (hors cancer)

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	55 lits de Chirurgie conventionnelles (toutes spécialités) 15 places de Médecine HDJ 17 places de Chirurgie ambulatoire	-	-
Activité (2016)	431 séjours (hors cancers)	-	-
Temps médical	0,2 ETP dermatologues 1 ETP chirurgiens reconstruction esthétique	-	-
Permanence des soins	-	-	-

En 2016 : **431 séjours**, dont **105** pour parages de plaies et greffes de la peau et **326** pour des affections et traumatismes de la peau

Entre 2014 et 2015 :
- **20 %** de consultations en hospitalisation
- **32 %** actes techniques

EN 2015, un taux de recours de **0,83 en dermatologie médicale**, témoignant d'une sous-consommation de soins



44 % de parts de recrutement du CHA en 2015 : baisse de **14%** entre 2009 et 2015 et un taux de fuite élevé : **47 %**

b) Fiche descriptive du parcours et stratégie du projet médical partagé

<p>Contexte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Des besoins en dermatologie (hors cancers) non couverts sur le territoire : une sous-consommation de soins de dermatologie hors cancer et une offre en dermatologie concentrée sur le CH Arras au sein du GHT. Pas de consultations avancées en dermatologie au sein des CH Bapaume et CH Ternois. • Un contexte de pénurie médicale sur le territoire au sein de la spécialité, et des tensions d'effectifs médicaux au CHA, qui complexifient le développement de l'offre en dermatologie. • L'établissement fait face à une forte concurrence de la Clinique des Bonnettes (chirurgie plastique) qui détient 60 % des parts de recrutement • De solides collaborations avec les différents acteurs du territoire, y compris la médecine de ville : <ul style="list-style-type: none"> ○ Vacances hospitalières d'un dermatologue libéral au CH d'Arras
<p>Principaux enjeux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer le maillage territorial • Pallier à la démographie médicale défavorable en utilisant la télémédecine • Consolider l'équipe médicale afin de pouvoir développer la prise en charge dermatologique non tumorale au CHA
<p>Pistes d'actions</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Axe 1 : Développer l'offre sur certains besoins insuffisamment couverts <ul style="list-style-type: none"> ○ Développer le recours à la télémédecine en lien avec la médecine de ville et les EHPAD, pour pallier au déficit de spécialistes sur le territoire : téléconsultations pour le suivi de plaies chroniques, télé-expertise pour des lésions cutanées. ○ Utiliser la télémédecine pour le diagnostic et le suivi des patients au sein des centres de détention de Bapaume et d'Arras, afin d'éviter les déplacements des détenus. ○ Structurer une activité de plaies chroniques ○ Répondre aux besoins de santé des secteurs de Béthune et Doullens, dépourvus de Praticiens spécialistes. ○ Développer le partenariat avec le service de Dermatologie du CH de Lens • Axe 2 : Améliorer l'attractivité de l'offre MCO en déployant des stratégies ciblées territorialement <ul style="list-style-type: none"> ○ Renforcer la communication externe sur l'offre de prise en charge des cancers de la peau au CHA, notamment sur l'offre de soins de support : mise en place d'outils de communication, journées d'échanges avec la médecine de ville, organisation et participation à des événements. ○ Structurer le codage des comorbidités dermatologiques suite aux avis spécialistes réalisés dans sur les patients hospitalisés ou aux urgences.

c) Indicateurs de suivi

- Nombre de séjours en dermatologie non tumorale
- Nombre de consultations dermatologiques
- Parts de marché du CHA
- Taux de fuite

2.8.1 – Traitement de la douleur chronique

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	Structure d'étude et de traitement de la douleur chronique labélisée par l'ARS	Cs avancée du CH d' Arras	-
Activité	1222 consultations réalisées en 2016 pour une file active de 663 patients 833 Cs IDE 274 Cs Psychologue	20 consultations réalisées en 2016 pour une file active de 9 patients	-
Temps médical	0.5 ETP Algologue 0.4 ETP comportementaliste 0.2 ETP Anesthésiste 0.2 ETP Neurologue	0.1 ETP Algologue	-
Permanence des soins	-	-	-

b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

Contexte	<ul style="list-style-type: none"> - Le GHT dispose d'une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique polyvalente labellisée par l'ARS, avec un plateau de consultations au CH Arras (Algologue, Anesthésiste, Comportementaliste, Neurologue,) et des consultations avancées CH Bapaume - Les patients hospitalisés au sein du CHA peuvent être orientés sur la filière douleur : consultation avec l'Infirmière Ressource Douleur et/ou le médecin algologue pendant l'hospitalisation puis convocation avec le médecin de la SDC en consultation - Système coupe-file avec plages libres pour recevoir les patients dans des délais court (pédiatrie, douleur et cancer, douleurs post zostérienne, névralgies faciales, SDRC) - Accès au bloc opératoire pour infiltrations, cathéter périmerveux - Participation au CLUD GHT - Participation à l'INTERCLUD existant entre les établissements : CH Arras, Douai, La Bassée, Lens, Hénin Beaumont, Béthune, Bapaume, St Pol/Ternoise - Collaboration avec les CETD CH de Béthune, Lille pour techniques neurostimulation - Participation de l'équipe au congrès SFETD.
-----------------	--

Principaux enjeux	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuer à l'optimisation de la prise en charge de la douleur au sein des différentes unités des établissements du GHT. • Améliorer la qualité de prise en charge avec les équipes pluridisciplinaires pour tous • Accessibilité à l'hospitalisation HDSM, HDJ si nécessaire
Pistes d'actions	<p>Axe 1 - Développer l'offre territoriale sur certains besoins insuffisamment couverts</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développement des consultations avancées au CH Bapaume et mise en place d'un agenda commun • Mise en place d'une téléconsultation avec St Pol-Ternoise (une des IRD de la SDC déjà un temps d'activité sur St Po) • Convention avec les EHPAD pour la prise en charge de la douleur <p>Axe 2 - Améliorer l'attractivité de l'offre MCO en déployant des stratégies ciblées territorialement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Création d'une consultation douleur et cancer • Développement de la filière pédiatrique : travail collaboratif avec les Neuro-pédiatres et les chirurgiens ; discussion des dossiers avec La Consultation pédiatrique du CHU Lille, JDF • Développement de la prise en charge rééducative pour les patients douloureux chroniques • Développement techniques autres : touché-massage, mésothérapie, ostéopathie, hypnose. <p>Axe 4 - Favoriser la collaboration médicale territoriale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formaliser le parcours patient présentant des douleurs chroniques dont le diagnostic étiologique est en cours : le patient est adressé par son Med Généraliste à différents spécialistes selon les symptômes décrits : <ul style="list-style-type: none"> - Médecine Interne : bilan/ maladie systémique - Rhumatologie : bilan/ rhumatisme inflammatoire - Neurologues : bilan /neuropathie, céphalées, ... - oncologues : douleur et cancer • Si le bilan étiologique a été réalisé : adressage vers l'algologue • Structurer le recours à une prise en charge pluridisciplinaire : Cs psychologue, sophrologie, relaxation, EFT, TENS, éducation thérapeutique par IRD, Kinésithérapie... • Si indication d'hospitalisation pour perfusion LAROXYL, ANAFRANIL, LIDOCAINE, KETAMINE : HDSM ou HDJ ; écrire des protocoles communs (une étude des protocoles KETAMINE est en cours à la SFETD) • Faire vivre au sein des différents services du GHT les protocoles communs réalisés par l'INTERCLUD • Poursuivre les réunions de Synthèse pluridisciplinaire (RSP) tous les 15jours et réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) à Béthune /3 mois • Poursuivre la collaboration avec l'HAD (cathéter péri nerveux) • Poursuivre la collaboration avec HOPALE (rééducation, kinésithérapeute, ergothérapeute) • Formation des professionnels de santé : référents douleur, service de chirurgie, PCA pour tous les soignants

c) Indicateurs de suivi

- Nb de RUM réalisé en HDJ/HDSM pour douleur chronique
- File active et Nb de CS douleur chronique : médicale, Infirmière Ressource Douleur, psychologue

2.8.2 - Fibromyalgie

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	Fibromyalgie	-	-
Activité	En 2016 : 468 séjours dont 71 en diagnostic principal	-	-
Temps médical	1.1 ETP Structure Douleur Chronique (SDC) 2.4 ETP Rhumatologue 1 ETP Neurologue 1 ETP Interniste	0.1 ETP Algologue	-
Permanence des soins	Astreintes de spécialité	-	-

b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Selon le rapport d'orientation de l'HAS Juillet 2010, la prévalence du syndrome fibromyalgique en population générale a été estimé à 2,2 % • La fibromyalgie et les autres symptômes douloureux idiopathiques représentent 10 % des types de problèmes pris en charge dans les structures douleur. • Au sein du GHT, une offre de prise en charge au CH Arras. Le parcours actuel s'organise de la façon suivante : <ul style="list-style-type: none"> ○ Patient présentant des douleurs diffuses dont le diagnostic étiologique est en cours : le patient peut être adressé par son médecin généraliste à différents spécialistes, notamment en médecine Interne, rhumatologie, neurologues, algologues ○ Le patient dont le diagnostic de fibromyalgie est posé peut être suivi par différents spécialistes au CHA : rhumatologue, neurologue, équipe pluridisciplinaire de la Consultation Douleur. ○ Les patients hospitalisés, suivis par les neurologues intègrent ensuite la filière douleur : consultation avec l'Infirmière Ressource Douleur pendant l'hospitalisation puis convocation avec le médecin de la SDC en consultation
-----------------	---

Principaux enjeux	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier le parcours de soin du patient présentant un syndrome douloureux diffus, dont le diagnostic évoqué est une fibromyalgie • Poser le diagnostic, rechercher les diagnostics différentiels avec un accès aux différents spécialistes • Améliorer la qualité de prise en charge avec une équipe pluridisciplinaire pour tous les patients dont le diagnostic est posé • Accessibilité à l'hospitalisation HDSM, HDJ si nécessaire
Pistes d'actions	<p>Axe 1 - Développer l'offre territoriale sur certains besoins insuffisamment couverts</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer l'accès aux soins par le biais de consultations avancées • Réfléchir à l'opportunité de mettre en place une consultation de télémédecine à St Pol sur Ternoise pour les consultations de suivi <p>Axe 2 - Améliorer l'attractivité de l'offre MCO en déployant des stratégies ciblées territorialement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre à disposition les protocoles communs sur le Google drive : INTERCLUD CH Arras, Douai, La Bassée, Lens, Hénin Beaumont, Béthune, Bapaume, St Pol/Ternoise <p>Axe 4 - Favoriser la collaboration médicale territoriale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participation à la RCP Artois – Douaisis • Formaliser le parcours patient présentant des douleurs diffuses : <ul style="list-style-type: none"> ○ dont le diagnostic étiologique est en cours : le patient est adressé par son médecin généraliste à différents spécialistes selon les symptômes décrits : <ul style="list-style-type: none"> - Médecine Interne : bilan/ maladie systémique - Rhumatologie : bilan/ rhumatisme inflammatoire - Neurologues : bilan /neuropathie, céphalées, ... ○ dont le diagnostic de fibromyalgie est posé : <ul style="list-style-type: none"> - si suivi en consultation par un rhumatologue ou neurologue, proposer un suivi conjoint à la SDC avec Dr VANDYSTADT pour techniques non médicamenteuses - si non suivi par un médecin spécialiste, proposer une première consultation à la SDC avec un médecin algologue • Structurer le recours à une prise en charge pluridisciplinaire : <ul style="list-style-type: none"> • consultation psychologue, sophrologie, relaxation, EFT, TENS, éducation thérapeutique par IRD, kinésithérapie • si indication d'hospitalisation pour perfusion LAROXYL, ANAFRANIL, LIDOCAINE, KETAMINE : HDSM ou HDJ ; • écrire des protocoles communs (une étude des protocoles KETAMINE est en cours à la SFETD)

c) Indicateurs de suivi

- Nb de RUM réalisés en HDJ/HDSM pour douleur chronique/fibromyalgie
- File active Dr VANDYSTADT

2.9.1 Prise en charge de la pathologie psychiatrique

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	<u>Adultes :</u> 98 lits HC 8 lits HN 36 places HDJ 10 places accueil familiale thérapeutique CMP CATT Psychiatrie de liaison	SAAS de 20 lits HC 4 places d'accueil familial thérapeutique CATT CMP	L'EPSM Saint Venant dispose de 20 lits HC sur Saint-Pol.
Activité d'hospitalisation du Pôle Santé Mentale (nombre de séjours, 2016)	1937	48	N/A
Temps médical	8.2 ETP psychiatres	2 ETP psychiatres	N/A
Permanence des soins	Astreinte ou garde sur place d'interne		N/A

Source : PMSI Pilote Module Psychiatrie

Une file active de **1 117 patients** pour l'activité d'hospitalisation et **5 958 patients** pour l'activité ambulatoire au sein du Pôle Santé Mentale du CHA, en 2016



Au CH Bapaume, une file active de **529 patients** dont **29 patients** à temps plein dans l'année et **13 patients** hospitalisés depuis plus d'un an en 2015

Au CHA, une file active stable pour les activités d'hospitalisation entre 2015 et 2016 **(-0.62%)**. Une diminution des journées des hospitalisations à temps plein **(-5 %)** mais une augmentation des hospitalisations de journées **(+10%)** et **+4%** de suivis Ambulatoires

b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

<p>Contexte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une offre en psychiatrie exclusivement publique sur le territoire, organisée selon la sectorisation psychiatrique (3 secteurs de Psychiatrie adulte fédérés en hospitalisation) • Une filière de prise en charge psychiatriques entre Arras –Bapaume • Le Centre Hospitalier d’Arras a validé l’intégration du pôle santé mentale au sein de la communauté psychiatrique de territoire Artois • Des difficultés en aval de l’hospitalisation sont constatées pour 2 types de population : population relevant du champ du handicap à orientation médico-sociale et population âgée et vieillissante. • L’EPSM Saint-Venant assure la prise en charge psychiatrique au CH Ternois. • Un recours possible de l’hospitalisation au CAC Arras pour les patients relevant du Ternois.
<p>Principaux enjeux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adapter l’offre de prise en charge psychiatrique aux besoins de la population • Développer d’une offre intersectorielle • Fluidifier l’aval à l’hospitalisation pour les patients relevant du champ du handicap et les populations âgées et vieillissantes • Répondre aux exigences légales relatives au recours et à l’alternative de la contention et l’isolement en Psychiatrie (développement SNOEZELEN)
<p>Pistes d’actions</p>	<p>Axe 1 : Développer l’offre sur certains besoins insuffisamment couverts</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Créer et intégrer une activité de sismothérapie au CH Arras, les patients ayant ce besoin étant plutôt orientés vers le CHRU de Lille. ○ Développer une offre intersectorielle, notamment dans le cadre de la géronto-psychiatrie avec mise en place d’une équipe géronto-psychiatrique sur le secteur de Bapaume. ○ Obtenir l’autorisation d’éducation thérapeutique de Psychiatrie ○ Conforter l’intervention de l’équipe mobile précarité au sein des foyers d’hébergement ○ Mettre en place le registre de suivi des isolements et des contentions <p>Axe 3 : Soutenir le projet de renforcement de l’aval de l’hospitalisation</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Pour les populations relevant du champ du handicap à orientation médicosociale : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Convention de partenariat avec MDPH. Le territoire d’Arras est identifié comme site pilote dans le cadre du rapport « PIVETEAU : 0 sans solution » ▪ Développer les liens avec les établissements médicosociaux du territoire ○ Participer à l’installation du conseil local en santé mentale avec la CUA ○ Pour les populations âgées et vieillissantes : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pérenniser les consultations avancées au sein des EHPAD conventionnées avec le CHA et à développer sur les EHPAD relevant du secteur de Bapaume. ▪ Renforcer la coopération avec les structures de la filière gériatriques (UCC : réflexion sur une animation conjointe gériatre / psychiatre) ▪ Réflexion sur l’implantation de lits dédiés géronto-psychiatrie ○ Pérenniser le dispositif de réhabilitation psycho-sociale en confortant le partenariat entre les associations (APAN et ESCALES) avec le Centre

	<p>Hospitalier d'Arras, ainsi qu'avec les autres établissements de post-cure thérapeutique</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Intégrer le SAAS comme structure d'aval à l'hospitalisation exclusive pour le CH Arras ○ Travailler sur le devenir des patients dit « inadéquats » avec des DMS très longue <p>Axe 4 : Favoriser la collaboration médicale territoriale</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Créer un pôle inter établissements entre le CH d'Arras et le CH de Bapaume de façon à structurer la filière psychiatrique en coordonnant les équipes pluridisciplinaires. ○ Formaliser l'intégration du CH Arras pôle santé mentale dans la communauté psychiatrique de territoire afin de développer des offres de recours sur le territoire dans les domaines de la prévention et la prise en charge du suicide, urgences et crise, la psychiatrie du sujet âgé, l'évaluation et la réflexion de la prise en charge des patients addicts ayant une comorbidité psychiatrique, les soins psychiatriques aux personnes placées sous main de justice, le parcours patient inter-établissement ○ Harmoniser les pratiques et développer des outils communs entre les équipes des établissements du GHT <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dossier patient informatisé commun entre Arras et Bapaume avec un logiciel spécifique à la psychiatrie de type CARYATIDE, en réflexion ▪ Développer les compétences et l'accès à des formations inter-établissement ▪ Préparer le passage à la valorisation de l'activité en psychiatrie : améliorer et harmoniser le codage au sein des UF du pôle inter-établissement ▪ Identifier des parcours patients et chemins cliniques communs, en partenariat avec la Direction qualité et les faire connaître auprès de l'ANAP ○ Pérenniser et développer au CH Arras et CH Bapaume des consultations infirmières de 1^{ère} intention dans le but de réduire le délai d'attente au CMP. <p>Axe 5 : Structurer les filières de soins non programmées</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Passer convention entre le centre d'accueil et de crise du CH ARRAS et le secteur psychiatrique de l'EPSM de Saint venant, secteur du ternois.
<p>Partenaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● MDPH ● CUA ● Foyers d'hébergement social ● SAMSAH ● SAVS ● Organismes tutélaires ● Tribunal de grande instance dans le cadre des audiences du JLD

a) Indicateurs de suivi

- Nombre de consultations
- Nombre de séjours
- File active
- DMS par UF
- Taux d'occupation des lits
- Délai de rendez-vous pour une consultation au CMP
- Nombre d'actes de sismothérapie
- Origine géographique des patients pris en charge pour de la sismothérapie
- Origine géographique des patients hospitalisés au CAC
- Rapport annuel sur les isolements et contention

2.9.2.1 Pédopsychiatrie

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	<p>Adolescents : CSPA 6 lits HC et 10 places HDJ CMP et CATTP Pédopsychiatrie de liaison</p> <p>Equipe Mobile</p> <p>Périnatalité : UMPA</p> <p>Petite enfance CMP - CATTP DOLTO Arras</p> <p>CMP de Recours 0-16 ans CMP Dolto BAPAUME et VITRY</p>	-	-
Activité (2016)	<p>528 RAA en Périnatalité</p> <p>4500 RAA en Petite Enfance</p> <p>5108 RAA au CSPA</p> <p>6818 RAA sur les CMP de Vitry en Artois et Bapaume</p>	-	-
Temps médical	4.6 ETP psychiatres	-	-
Permanence des soins	Astreinte ou garde sur place d'interne commune sur le pôle santé mentale	-	-

En 2016, une file active de **781 patients au Centre de Soins Psychothérapeutiques pour Adolescents** : 82 en HC, 42 en HJ 70 en CATTP et 587 au CMP



En petite Enfance, (0-11 ans) 442 patients pris en charge au CMP et 33 au CATTP (0-6 ans)

Aux CMP de Vitry-en-Artois et Bapaume, 638 patients pris en charge soit une augmentation de 8%

b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

<p>Contexte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le Centre Hospitalier d'Arras a validé l'intégration du pôle santé mentale au sein de la communauté psychiatrique de territoire Artois • L'EPSM Saint-Venant assure la prise en charge psychiatrique au CH Ternois. • Le Centre Hospitalier d'Arras dispose d'une offre diversifiée de soins allant de la périnatalité jusqu'à la prise en charge de l'adolescent (structure d'hospitalisation de semaine inter sectorielle)
<p>Principaux enjeux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adapter l'offre de prise en charge psychiatrique aux besoins de la population • Développer d'une offre intersectorielle • Fluidifier l'aval à l'hospitalisation pour les patients relevant du champ du handicap • Répondre aux exigences légales relatives au recours et à l'alternative de la contention et l'isolement en Psychiatrie (développement SNOEZELEN)
<p>Pistes d'actions</p>	<p>Axe 1 : Développer l'offre sur certains besoins insuffisamment couverts</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer une offre intersectorielle concernant la pédopsychiatrie • Construire le parcours global de prise en charge de l'anorexie de l'adolescent (chemin clinique) et établir un partenariat avec la pédiatrie et l'unité nutrition • Mise en place de l'EDAP (autorisation ARS obtenue en décembre 2016 pour installation au 1^{er} trimestre 2018) en partenariat avec les PEEP 62 et en concertation avec les Centres ressource autisme • Redynamiser la filière périnatalité • Créer un hôpital de jour petite enfance pour la prise en charge des troubles psychiques graves <p>Axe 3 : Soutenir le projet de renforcement de l'aval de l'hospitalisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Créer un partenariat avec la MDPH pour structurer la prise en charge des populations relevant du champ du handicap à orientation médico-sociale • Structurer un réseau de prise de collaboration avec l'éducation nationale afin de répondre à la prise en charge de patients à risque de déscolarisation ou de rupture scolaire • Développer les visites à domicile afin de favoriser l'adhésion des patients et des familles à la fréquentation d'un dispositif de prise en charge adaptée (CMP / CATTP et hôpital de jour) <p>Axe 4 : Favoriser la collaboration territoriale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maintenir le réseau pluridisciplinaire « ado complexes » en place sur l'arrageois depuis le travail amorcé par l'ARS • Favoriser l'intégration du CH ARRAS de la pédopsychiatrie du pôle au projet médical de territoire dans le cadre de la CPT traitant de : <ul style="list-style-type: none"> ○ L'accès aux soins de périnatalité ○ Les troubles envahissants de développement ○ L'accès aux soins de l'adolescent : pathologies de l'agir, suicides, harcèlement scolaires ○ Contribution à la prise en charge du risque suicidaire, urgence et crises • Harmoniser les pratiques et développer des outils communs entre les équipes de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie du pôle santé mentale du CH ARRAS : <ul style="list-style-type: none"> ○ Dossier patient informatisé commun et unique au pôle santé mentale ○ Développer les compétences et l'accès à des formations inter-établissement ○ Préparer le passage à la valorisation de l'activité en psychiatrie : améliorer et harmoniser le codage au sein des UF du pôle inter-établissement ○ Identifier des parcours patients et chemins cliniques communs, en partenariat avec la Direction qualité et les faire connaître auprès de l'ANAP

	<ul style="list-style-type: none"> • Pérenniser et développer des consultations de 1^{ère} intention dans le but de réduire le délai d'attente au CMP. <p>Axe 5 : Structurer les filières de soins non programmées</p> <ul style="list-style-type: none"> • Installation du centre d'accueil et de crise pour adolescent (autorisation ARS obtenue en décembre 2013) • Poursuivre le travail d'évaluation diagnostic et d'orientation au sein du service d'urgence pédiatrique et de pédiatrie
Partenaires	<ul style="list-style-type: none"> • MDPH • CUA • ASE • Education nationale • Protection judiciaire de la jeunesse • PMI • PEEP 62 • Etablissement médico-sociaux (La vie active) • Juges des enfants • Procureur de la république

a) Indicateurs de suivi

- Nombre de consultations
- Nombre de séjours
- File active
- DMS par UF
- Taux d'occupation des lits
- Délai de rendez-vous pour une consultation au CMP
- Nombre de mineurs hospitalisés en psychiatrie adulte (secteur Arras ou autre secteur) soit la semaine par manque de place, soit le week-end pour assurer une continuité des soins
- Rapport annuel sur les isolements et contention

2.10 Prise en charge des personnes âgées

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	30 lits en CSG 1 place HDJ gériatrique 5 lits SSR polyvalents 19 lits SSR PA dépendantes 10 lits SSR UCC 110 lits USLD 1 équipe mobile d'évaluation gériatrique <u>Médico-social :</u> 343 lits/places EHPAD dont 25 lits d'UVA 15 lits d'UHR et 15 lits d'hébergement temporaire installés 1 consultation mémoire	30 lits SSR polyvalent 25 lits en SSR PA dépendantes (dont 5 LISP) <u>Médico-social :</u> 162 lits EHPAD 1 consultation mémoire	40 lits SSR personnes âgées polypathologiques (dont 5 LISP) 30 lits USLD (dont 20 lits UHR) <u>Médico-social :</u> 388 lits EHPAD /UVA/UVPHA 7 lits hébergement temporaire UVA 10 places accueil de jour UVA 1 consultation mémoire
Activité (nombre de séjours,)	4 512 séjours en médecine pour patients de 75 ans et plus (2016)	521 séjours en SSR pour patients de 75 ans et plus (2015)	330 séjours en SSR pour patients de 75 ans et plus (2015)
Temps médical	7,1 ETP gériatres (sanitaire et médico-social)	1 ETP gériatre 0,60 ETP généraliste	5,5 ETP gériatres 0,4 ETP généralistes (sanitaire et médico-social)
Permanence des soins	Astreinte en USLD et EHPAD Astreinte les week-ends en CSG	Astreinte	Astreinte

Taux d'occupation de **98%** en CSG au CHA en 2015

1 seul lit en HDJ gériatrique au CH d'Arras

0,4% de taux de rotation en HDJ en 2015

Une augmentation de l'indice de vieillissement de **+3,3%** entre 2007 et 2012 à proximité d'Arras



PMSI, données établissement

b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

Contexte	<ul style="list-style-type: none">• Un renforcement nécessaire de la filière, pour proposer une offre de proximité dans un contexte de vieillissement de la population• Une offre en hospitalisation qui maille le territoire mais un problème de rotation des patients âgés qui embolissent les lits.• Sur le dépistage des personnes âgées fragiles, un parcours structuré autour de la « plateforme de la fragilité » au CHA a pour but d'optimiser la prise en charge.• Une prise en charge de la personne âgée sur le territoire en collaboration avec le Réseau gérontologique Artois-Ternois.• Au CHA, des délais de rendez-vous longs pour les soins programmés et l'HDJ gériatrique, en raison d'une augmentation des besoins et du temps médical dédié.
Principaux enjeux	<ul style="list-style-type: none">• Renforcer la prise en charge de proximité• Développer l'intersectoriel pour améliorer la prise en charge psycho gériatrique des patients âgés• Favoriser les hospitalisations directes et éviter les adressages aux urgences non nécessaires• Fluidifier l'aval à l'hospitalisation et l'aval au SSR

Pistes d'actions	<p>Axe 1 : Développer l'offre sur certains besoins insuffisamment couverts</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organiser et développer les consultations mémoire existantes sur le territoire, au regard des délais d'attente (5 mois) • Développer l'évaluation des troubles comportementaux par le biais de la télé-médecine pour les personnes âgées en SSR et avec les EHPAD conventionnés. • Développer un parcours psycho gériatrique par la constitution d'une équipe pluridisciplinaire (médecins, psychologues, neuropsychiatres), en association avec le Réseau gérontologique de l'Artois-Ternois. • Développer l'alternative à l'hospitalisation complète, à travers la mise en place de solutions visant à pallier les contraintes d'éloignement géographique (navettes, télé-médecine en lien avec les maisons de santé pour des consultations pré-opération) et éviter l'hospitalisation non requise pour les personnes âgées • Renforcer le capacitaire du CSG du CHA afin de répondre à l'augmentation de l'activité. • Ouvrir davantage de créneaux de consultation gérontologique pour répondre davantage aux besoins et difficultés de prise en charge rencontrés par les Médecins généralistes. <p>Axe 2 : Améliorer l'attractivité de l'offre MCO en déployant des stratégies ciblées territorialement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoriser et communiquer davantage sur la ligne directe qui a été mise en place en janvier 2016 pour faciliter les admissions directes en CSG • Développer des critères d'admission directe en SSR <p>Axe 3 : Soutenir le projet de renforcement de l'aval de l'hospitalisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Placer l'équipe mobile de gériatrie (EMEG) au cœur du processus d'adressage MCO – SSR afin d'éviter les séjours en SSR injustifiés. • Développer la télé-médecine en EHPAD pour la gestion des plaies chroniques (notamment escarres) • Profiter du transfert de places d'EHPAD de Pierre Brunet pour y installer et développer les capacités du SSR gériatrique et polyvalent du CH ARRAS. • Développer l'activité du réseau gérontologique, dont les missions sont d'aller à domicile dans les 10 jours de sortie d'un établissement de santé. • S'appuyer sur l'HAD dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées (séjours alternés, télé-médecine, prévention) afin de diminuer les ré-hospitalisations et les passages aux urgences. <p>Axe 4 : Favoriser la collaboration médicale territoriale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer des partenariats avec d'autres EHPAD et structures médico-sociales du territoire en mettant en avant les spécificités de la prise en charge du GHT (notamment proposer un accès facilité aux services de l'UCC + UHR et UVA). • Faire un repérage précoce des patients et améliorer la prise en charge par le biais du renforcement des collaborations intersectorielles : liens entre la gériatrie et l'oncologie, la médecine polyvalente, la diabétologie ; la cardiologie. • Anticiper les tensions sur la démographie médicale à venir sur le CHT, CHA et CHB, notamment en proposant un projet médical structuré et en rassemblant l'offre sur le territoire. <p>Axe 5 : Structurer les filières de soins non programmés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un dispositif de télé-urgences entre les urgences du CHA, les maisons de santé et EHPAD de Bapaume et du Ternois, afin d'éviter les passages aux urgences non nécessaires des personnes âgées.
-------------------------	--

c) Indicateurs de suivi

- Taux de rotation des lits
- Taux d'occupation des lits
- Activité
- Nombre de patients suivi par télé-médecine

2.11 - Prise en charge des patients précaires

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Présence d'une PASS	Oui	Non	Non
Activité	3 875 séjours CMU/AME en court séjour en 2015 492 consultations assistantes sociales à la PASS	-	-
Personnel	<u>Dédié à la PASS :</u> 0,5 ETP d'Assistants sociaux 0.2 ETP Médical 0.2 ETP Psychologue <u>Assistants sociaux :</u> 11.6 ETP	<u>Assistants sociaux :</u> 3 ETP	<u>Assistants sociaux :</u> 0.6 ETP
Présence d'une PASS	Oui	Non	Non

+ 19 % de consultations assistantes sociales à la PASS entre 2015 et 2016

Une augmentation de 23 % de la file active de la PASS : de 125 patients en 2015 à **154 patients** en 2016 (+23 %)



413 consultations assistantes sociales en 2015, représentant une augmentation de **67 %** par rapport à 2014

SAE 2015, données établissement 2016

b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

<p>Contexte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un territoire présentant une fragilité socio-économique (un taux de chômage élevé notamment- 17,1 %), et une surmortalité par rapport à la moyenne nationale (+ 32 % selon l'ORS). • Le CH d'Arras dispose d'une Permanence d'accès aux soins de santé (PASS), située aux urgences du CH Arras, pour l'accès aux soins des patients en situation de précarité. • Un lien solide avec le tissu associatif de la ville d'Arras, pour l'adressage de patients précaires, ainsi qu'avec les réseaux, tels que le Réseau « Précarité - Santé Mentale » • Une augmentation du repérage des patients en situation de précarité passé par la PASS et la file active : 131 en 2015 à 158 patients en 2016. • Les patients précaires sont davantage exposés à certaines pathologies que la moyenne de la population. C'est notamment le cas pour les pathologies bucco-dentaires, la malnutrition, les cancers, les troubles psychiatriques et les addictions. Il est ainsi nécessaire d'accentuer la prévention et l'accès aux soins autour de ces pathologies.
<p>Principaux enjeux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer le repérage des patients en situation de précarité • Garantir la prise en charge et le suivi des patients précaires du territoire • Assurer la pluridisciplinarité de la prise en charge transversale et des patients précaires, qui présentent des risques de cumul de plusieurs pathologies • Consolider les collaborations avec les acteurs associatifs et les structures médico-sociales du territoire.
<p>Pistes d'actions</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer le repérage des patients en situation de précarité <ul style="list-style-type: none"> ○ Maintenir le travail engagé par le CH Arras pour améliorer le repérage dès l'accueil des patients précaires : des fiches navettes ont notamment été mises en place aux Urgences et au bureau des entrées pour mieux suivre les patients et faciliter leurs démarches au sein de l'établissement. ○ Réaliser une évaluation du dispositif de repérage. • Améliorer la prise en charge, le suivi et la continuité des soins des patients en situation de précarité : <ul style="list-style-type: none"> ○ Maintenir le dispositif de communication à destination des patients : des documents de sortie ont été créés par le CHA rappelant les étapes à suivre pour la suite des traitements ; • Engager une politique de sensibilisation auprès du personnel hospitalier et des patients concernant les facteurs de risque auxquels sont exposés les patients en situation de précarité : actions de communication et de prévention • Axe 4 : Favoriser la collaboration médicale territoriale : <ul style="list-style-type: none"> ○ Consolider les liens avec les associations et les structures d'hébergement social du territoire pour les patients nécessitant des soins suite à leur passage aux urgences ou à une hospitalisation au CH Arras (par exemple, liens avec le foyer Le Petit Âtre, disposant de 8 lits destinés aux personnes sans domiciles, nécessitant des soins.)

c) Indicateurs de suivi

- *Nombre de patients passés par la PASS*
- *Création d'une Equipe mobile précarité en psychiatrie*
- *Nombre de partenariat avec les associations et structures d'hébergement social*

2.12.1 - Soins de suite et de réadaptation

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	4 lits HC polyvalent 12 lits HC addictologie 20 lits HC PA dépendantes 10 lits HC UCC 2 places HP cardio-vasculaire 2 places HP respiratoire 6 places HP addictologie	30 lits HC polyvalent 25 lits HC PA dépendantes, dont 5 LISP	40 lits HC PA poly-pathologiques, dont 5 LISP
Activité (nb de journées 2016)	19 467	18 599	13 565
Temps médical	1,9 ETP médecins SSR 0,2 ETP cardiologues 0,1 ETP pneumologues 0,1 ETP diabéto-endocrinologue 0,5 ETP addictologues 1 ETP chirurgien plastique	0,7 ETP médecins généralistes 1,1 ETP de l'EMSP	2 ETP gériatres
Permanence des soins	Astreinte	Astreinte	Astreinte

Diversité des pathologies sur les 3 sites, avec quelques orientations (2016):

- troubles mentaux au CHA : **5 875 journées**
- traumatolo/ostéo-articulaire aux CHB (**4 819**) et CHT (**5 136**)

L'offre SSR de l'Artois-Ternois est **inférieure de 38 %** à la moyenne nationale

PDM du GHT : **37 %**

PDM du privé : **24 %**



Une fuite élevée en SSR : **40 %**

PMSI 2015

b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

<p>Contexte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un déficit d'offre d'aval en lits de soins de suite et de réadaptation sur le territoire : l'offre de l'Artois-Ternois est 38 % plus faible que la moyenne nationale, en particulier pour le SSR polyvalent, cardio-vasculaire et endocrinien. • Le faible niveau d'offre en lits SSR, associé aux distances importantes entre les établissements du GHT, complexifie l'adressage des patients entre établissements avec des délais de réponses longs et ne permet pas toujours une prise en charge en proximité. • Au sein du GHT, des collaborations satisfaisantes au sein du GHT, notamment à travers des consultations avancées dans différentes spécialités (gynécologie-obstétrique, gastro-entérologie, chirurgie orthopédique, angiologie, addictologie, ...) assurées par le CHA aux CH Bapaume et Ternois. • Des liens solides avec la médecine de ville, notamment grâce à la présence de médecins libéraux au SSR du CH Bapaume (consultations avancées de gériatrie notamment) et au CH Ternis (participation aux astreintes). • Une concurrence du privé : Clinique Les Bonnettes à Arras et Polyclinique du Ternois, qui dispose de lits de SSR gériatrique et a récemment ouverts des lits de SSR polyvalents.
<p>Principaux enjeux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir une offre de proximité, en particulier pour les personnes âgées • Améliorer la structuration de l'offre publique SSR et renforcer la lisibilité des parcours • Renforcer la fluidité des parcours patients : fluidifier l'aval à l'hospitalisation MCO, et l'aval au SSR • Consolider l'attractivité des services SSR du GHT, face à la concurrence du privé • Distinguer les activités qui relèvent de l'éducation thérapeutique et celles qui relèvent des activités de SSR ambulatoire pour l'insuffisance respiratoire et les pathologies cardio-vasculaires • Concernant l'addictologie, distinguer les activités qui relèvent de la prise en charge aiguë, de celles qui relèvent du SSR • Positionner l'offre d'HJ au sein des filières non programmées
<p>Pistes d'actions</p>	<p>Axe 1 : Améliorer l'attractivité de l'offre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veiller à consolider l'attractivité de ses services SSR, face à la concurrence du privé. <ul style="list-style-type: none"> ○ Favoriser la collaboration avec les établissements de santé, les Maisons de santé. • Maintenir l'offre de soins de proximité, et identifier l'orientation spécifique de chaque

SSR.

- Demander la reconnaissance de lits de SSR spécialisés
- Développer la télémédecine, en lien avec les professionnels médicaux et paramédicaux
- Partager les compétences des expertises médicales et paramédicales/consultations avancées au sein des SSR
- Favoriser les temps d'échanges professionnels médicaux
- Etendre les consultations mémoire – consultations chutes
- Diversifier les axes de prévention en éducation thérapeutique

Axe 2 : Soutenir le projet de renforcement de l'aval de l'hospitalisation

- Définir et formaliser les critères d'orientation des patients vers les SSR.
- Informer les familles/ proches des modalités d'orientation des patients vers un SSR
- Communiquer auprès de la population sur l'offre de soins des SSR
 - Améliorer la fluidité MCO / SSR :
 - Instaurer l'EMG pour les personnes âgées, pour déterminer l'orientation de leur sortie de MCO
 - Favoriser un retour à domicile avant le séjour en SSR
 - Recours à l'HAD ou autre alternative de prise en soins à domicile
 - Optimiser l'utilisation de l'outil Trajectoire
 - Développer le Dossier Patient informatisé Partagé
 - Développer le logiciel d'aide à la gestion des lits
 - Améliorer la fluidité de l'aval au SSR, en particulier pour les personnes âgées :
 - Organiser des admissions directes des patients âgés en SSR vers le Court Séjour Gériatrique
 - Faciliter et programmer l'accès des patients des SSR CH Bapaume et CH Ternois au plateau technique du CH Arras
 - Programmer précocement l'EMG, pour définir l'orientation de la personne âgée et prévoir les modalités de sorties : domicile- aides à domicile- hébergement médico-social
 - Maintenir et renforcer les actions avec le RGTA
 - Recourir à l'HAD ou autre alternative de prise en soins à domicile
 - Développer les liens avec les professionnels des Maisons de santé
 - Renforcer les échanges professionnels entre assistants sociaux du GHAT pour faciliter la sortie des prises en charges des patients en situation complexe
 - Développer des partenariats avec les SSR du territoire pour fluidifier les parcours
 - Création d'un Pôle Inter-établissement
 - Optimiser la coordination des lits par une équipe de territoire composée de Médecins, cadres soignants, assistantes sociales Développer une culture SSR

c) Indicateurs de suivi

- Nombre de journées SSR
- Taux d'occupation
- DMS
- Parts de marché

2.12.2 - Soins palliatifs

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	9 LISP, dont : <ul style="list-style-type: none"> ▪ 4 au service hépato-gastro-hépatologie ▪ 4 au service d'oncologie. ▪ 1 en long séjour 	5 LISP au sein des services SSR	5 LISP au sein des services SSR gériatriques
Activité	66 séjours (PMSI 2016) 269 patients pris en charge par l'EMSP au cours de l'année 2015	57 séjours (PMSI 2016) 195 patients pris en charge par l'EMSP en 2016	-
Temps médical	0,2 ETP EMSP LIPS = 0,5 ETP	1 ETP EMSP	-
Permanence des soins	-	-	-

2 équipes mobiles de soins palliatifs dans le GHT, dont une seule extrahospitalière (CHB)

1 unité de soins palliatifs privés (les Bonnettes)

Un faible taux d'hospitalisation en 2015 : **0,86**

Un taux de fuite hors bassin élevé en 2015 : **45 %**



PMSI

b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Une offre publique et privée existante au sein du territoire mais insuffisante pour couvrir les besoins, comme en témoigne la sous-consommation importante de soins palliatifs (un taux de recours à 0,86 en 2015) et le taux de fuite élevé (45 % en 2015). L'offre hospitalière est complétée par l'existence de différents réseaux liés aux soins palliatifs. • Au sein du GHT, chaque établissement possède des Lits Identifiés Soins Palliatifs mais aucun des sites ne dispose d'une unité fixe de soins palliatifs. Seuls les CH d'Arras et de Bapaume possèdent une équipe mobile de soins palliatifs, celle du CH Bapaume étant intra et extrahospitalière. • Des collaborations sont engagées entre praticiens du GHT pour l'amélioration des pratiques médicales, en vue d'une meilleure qualité des soins et une harmonisation des protocoles entre établissements. • Une concurrence de la Clinique des Bonnettes, qui dispose d'une unité de soins palliatifs de 10 lits.
-----------------	--

Principaux enjeux	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer l'offre publique pour répondre aux besoins du territoire • Développer une culture palliative sur le territoire du GHT • Renforcer les liens avec l'ensemble des acteurs du territoire, notamment la médecine de ville, l'HAD, les EHPAD
Pistes d'actions	<p>La prise en charge des soins palliatifs est en priorité concernée par les axes suivants :</p> <p>Axe 1 : Développer l'offre sur certains besoins insuffisamment couverts</p> <ul style="list-style-type: none"> • Créer une unité de soins palliatifs commune aux établissements du GHT • Créer un réseau soins palliatifs au sein du territoire <p>Axe 2 : élaborer un parcours de soins palliatifs territorial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formaliser un parcours patients soins palliatifs communs aux 3 structures • Améliorer la prise en charge des patients en LISP au sein des SSR ou MCO • Améliorer l'orientation des patients en cancérologie vers les professionnels de soins palliatifs dès la RCP • Améliorer la prise en charge des patients en soins palliatifs au sein des structures d'hébergement • Mieux coordonner le parcours du patient palliatif et renforcer la communication auprès des familles et des médecins afin d'éviter les passages par les urgences. • Harmoniser les protocoles entre les établissements, sur les aspects technoscientifiques ainsi que sur les aspects relationnels et éthiques. • Développer le temps des bénévoles auprès des patients en soins palliatifs • Sensibiliser les équipes médicales et paramédicales du territoire au repérage des patients de soins palliatifs <p>Axe 3 : Favoriser la collaboration médicale territoriale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer une culture palliative sur le territoire, en associant l'ensemble des acteurs : <ul style="list-style-type: none"> ○ Mettre en place des actions de sensibilisation et de communication auprès des médecins et du personnel médical du GHT afin d'améliorer la connaissance de l'offre en soins palliatifs existante (EMSP, LISP, consultations douleur...) ○ mettre en place une politique d'information de la population au sein du territoire (directives anticipées...)

c) Indicateurs de suivi

1. Nombre de patients pris en charge par l'EMSP
2. Nombre de patients admis sur un LISP
3. Nombre de convention avec les EHPAD

2.12.3 – Hospitalisation à domicile

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	Hospitalisation à domicile avec des temps IDE de coordination		
Activité	474 séjours en 2016 Soit 347 patients	18 séjours en 2016 Soit 15 patients	6 séjours en 2016 Soit 6 patients
Temps médical	1 ETP Médecin coordonnateur HAD quel que soit la provenance		
Permanence des soins	Astreinte Cadre + IDE		

b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • L'HAD est un acteur transversal qui peut s'insérer dans pratiquement toutes les filières de soins • L'HAD est un établissement sanitaire qui répond à la certification HAS. • L'HAD dispose d'une équipe de soins de support : psychologue, diététicienne, assistant social, stomathérapeute, ... • L'HAD propose des programmes d'éducation thérapeutique basée sur une activité physique adaptée (programme agréé par l'ARS) • L'âge médian en HAD est de 67 ans avec 36 % des patients ayant plus de 75 ans. • Les soins palliatifs représentent près de 40 % de l'activité de l'HAD, comme les pansements et plaies complexes. • Plus de 65 % des patients en HAD présentent des pathologies cancéreuses. • la Cellule d'Aide au Retour et Maintien A Domicile (CARMAD) permet de trouver des solutions d'aval lorsque le patient ne satisfait pas aux exigences réglementaires de l'HAD. • Des demandes de prise en charge en ville prégnantes • Une demande très regroupée sur Arras en termes de recrutement, alors que le territoire de l'HAD s'étend sur le Ternois et sur Bapaume
Principaux enjeux	<ul style="list-style-type: none"> • Répondre aux besoins du territoire • Clarifier le rôle de l'HAD dans la prise en charge en ville • Renforcer le partenariat avec tous les services du GHT, dans le but de créer de véritables parcours de soin, clairs pour des adressages précoces vers l'HAD. • Poursuivre la structuration des filières de soins du GHAT • Renforcer le lien ville hôpital • Développer la télémédecine
Pistes d'actions	<p>Axe 1 - Développer l'offre territoriale sur certains besoins insuffisamment couverts</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soutenir les acteurs de ville dans le cadre des prises en charges palliatives • Assurer une prise en charge des plaies complexes continue et coordonnée • Intervenir dans les situations nécessitant des soins techniques lourds
	<ul style="list-style-type: none"> • Proposer un relai des prises en charges complexes en ville de manière efficace / efficiente dans un délai le plus court possible • Favoriser le recours à l'HAD en post-chirurgical afin de fluidifier le parcours patient et diminuer les DMS (sorties précoces) • S'appuyer sur l'HAD dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées (séjours alternés, télémédecine, prévention) afin de diminuer les ré-hospitalisations et les passages aux urgences. <p>Axe 3 - Soutenir le projet de renforcement de l'aval à l'hospitalisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer avec l'HAD une culture palliative sur le territoire en renforçant les liens entre les équipes (télémédecine, retour d'infos). • Proposer une solution de sortie vers le domicile quelle qu'elle soit, coordonnée avec les acteurs libéraux, ou l'HAD. • Renforcer le partenariat existant dans les prises en charge Mère/Enfant • Développer le recours à l'HAD dans le cadre des maladies chroniques afin de diminuer les DMS (séjours alternés, télémédecine) <p>Axe 4 - Favoriser la collaboration médicale territoriale</p> <ul style="list-style-type: none"> • En mettant en avant le cœur de métier de l'HAD : la coordination

c) Indicateurs de suivi

- Nombre de sorties réalisées en HAD par service
- Nombre de séjours écourtés par une sortie HAD
- DMS des patients sortis avec l'HAD ramenée à la sévérité du séjour. (GHM)

2.13.1 - Traumatologie

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	55 lits HC poly-pathologiques 17 places de chirurgie ambulatoire poly-pathologiques	Consultations avancées d'orthopédie - traumatologie	-
Activité (nombre de séjours, 2015)	167 séjours (traumatologie hors main et rachis)	-	-
Temps médical	3 ETP traumatolo-orthopédistes	-	-
Permanence des soins	Astreinte	-	-

66 % des séjours de traumatologie (hors main et rachis) sont passés par les urgences en 2015

PEC traumatologique hors rachis (méd. et actes peu invasifs) en 2015 :

CHA : **45 % PDM**

La Clinique les Bonnettes prend en charge **7,5%** des patients du territoire

Un taux de fuite élevé en 2015 :

45 %



PMSI

b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Le CH d'Arras est l'acteur principal dans la prise en charge traumatologique sur le territoire. • Au sein du GHT, une collaboration entre le CHA et le CH Bapaume, à travers des consultations avancées d'orthopédie – traumatologie assurées deux fois par mois par un praticien du CHA. Absence de consultations avancées au CH Ternois, mais des interventions de praticiens du CHA à la Polyclinique du Ternois. • Un enjeu d'accessibilité aux soins : sur l'Artois-Ternois, le taux de fuite est significatif (45 % en 2015). • Un potentiel de développement de l'activité du CHA pour la prise en charge traumatologique : ses parts recrutements sur le territoire s'élèvent à 45 % pour la prise en charge traumatologique (médicale et actes peu invasifs).
Principaux enjeux	<ul style="list-style-type: none"> • Consolider le rôle du CH Arras sur le territoire du GHT • Renforcer l'accès aux soins • Développer les liens avec la ville pour renforcer l'attractivité du CHA
Pistes d'actions	<ul style="list-style-type: none"> • Axe 1 : Développer l'offre sur certains besoins insuffisamment couverts <ul style="list-style-type: none"> ○ Maintenir les consultations avancées du CHA actuellement en place au CH Bapaume pour le suivi des patients et en développer au CH Ternois ou à la MSPP Léonard de Vinci (à étudier avec le porteur du projet MSPP, en cours de construction dans l'enceinte du CH Ternois). • Axe 2 : Améliorer l'attractivité de l'offre MCO en déployant des stratégies ciblées territorialement <ul style="list-style-type: none"> ○ Améliorer la communication externe, auprès de la médecine de ville pour renforcer l'attractivité, afin de : <ul style="list-style-type: none"> ▪ faire connaître les spécialistes de traumatologie et orthopédie du CHA ; ▪ mieux informer les médecins libéraux et la population sur l'offre et le parcours de prise en charge traumatologie.

c) Indicateurs de suivi

- Nombre de séjours
- Parts de marché
- Taux de fuite

2.13.2 - Orthopédie (pathologies des os et des articulations non traumatiques)

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	55 lits HC de chirurgie poly-pathologique 17 places de chirurgie ambulatoire poly-pathologiques	Consultations avancées d'orthopédie - traumatologie	-
Activité (nombre de séjours, 2016)	1 479 séjours orthopédiques (hors traumatologie, main, rachis)		-
Temps médical	3 ETP chirurgiens traumatolo-orthopédistes (<i>cf traumatologie</i>)		-
Permanence des soins	Astreinte	-	-

Evolution activité CHA :
2009 – 2014 : **+ 10 %**
2015 – 2016 : **+13,6 %**

Une fuite élevée en 2015
: **37 %**

PDM en orthopédie en
2015 :

Cl. les Bonnettes : **39**

38 % des séjours sont
réalisés en ambulatoire



PMSI

c) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

<p>Contexte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une offre privée et publique sur le territoire qui nécessite d'être renforcée : sur l'Artois-Ternois, un taux de fuite significatif (37% en 2015) mais qui reste cependant inférieur à la moyenne sur le territoire (40%) <ul style="list-style-type: none"> ○ au sein du GHT, une offre en hospitalisation assurée par le CHA et des consultations avancées d'orthopédie – traumatologie assurées à CH Bapaume ○ absence de consultations avancées au CH Ternois, mais des interventions de praticiens du CHA à la Polyclinique du Ternois. • Une forte concurrence du privé (Clinique Les Bonnettes et Bois Bernard) à proximité d'Arras, disposant d'équipes de chirurgiens orthopédistes importantes. • Un parcours hospitalisation – aval fluide, avec un IPDMS au CHA de 0,83 en orthopédie-traumatologie. • Fragilité à anticiper en termes de ressource médicale par le recrutement d'internes et le remplacement futur d'un praticien, voire le renforcement de l'équipe médicale. • L'unité met en œuvre le programme d'accompagnement du retour à domicile des personnes hospitalisées après une intervention orthopédique
<p>Principaux enjeux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consolider le rôle du CH Arras sur le territoire du GHT en renforçant son attractivité • Développer le maillage territorial, notamment à travers la mise en place de consultations avancées en orthopédie – traumatologie au CH Ternois
<p>Pistes d'actions</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Axe 1 : Développer l'offre sur certains besoins insuffisamment couverts <ul style="list-style-type: none"> ○ Maintenir les consultations avancées du CHA actuellement en place au CH Bapaume et en développer à Saint Pol. • Axe 2 : Améliorer l'attractivité de l'offre MCO en déployant des stratégies ciblées territorialement <ul style="list-style-type: none"> ○ Elargir les plages de consultations au CHA, pour des créneaux plus et attractifs pour la population (samedi matin, début de soirée). ○ Maintenir les travaux engagés (autodiagnostic ANAP) pour mettre en œuvre le virage ambulatoire, notamment pour la chirurgie orthopédique, et optimiser l'utilisation des places de l'HDJ multidisciplinaire. ○ Renforcer la communication auprès de la ville (support de communication, journées portes-ouvertes, ...) afin de mieux faire connaître les chirurgiens orthopédistes et le parcours de prise en charge. ○ Favoriser une rééducation rapide après intervention chirurgicale • Axe 4 : Favoriser la collaboration médicale territoriale <ul style="list-style-type: none"> ○ Renforcer les liens avec la médecine de ville et les établissements du GHT, permettant un meilleur adressage vers les établissements du GHT

d) Indicateurs de suivi

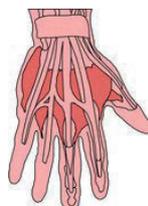
- Nombre de séjours
- Nombre de nouveaux patients pris en charge
- Parts de marché
- Taux de fuite

2.13.3 - Pathologies de la main

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	55 lits HC de chirurgie poly-pathologique 17 places de chirurgie ambulatoire poly-pathologiques	Consultations avancées – 2/mois par le Dr Blondeau	-
Activité	186 séjours en 2016 (chirurgie de la main/poignet ; traumato main)	360 consultations par an en 2015 (à raison de 15 patients en moyenne par jour)	-
Temps médical	1 ETP chirurgiens traumato-ortho	-	-
Permanence des soins	Astreinte	-	-

PDM du CH d'Arras :
11,70% (en chirurgie de la main et du poignet)



Taux de fuite important (en chirurgie) : **42,83%**

Forte concurrence du privé (en chirurgie) :
PDM de la clinique des Bonnettes :
37,2%
PDM de la polyclinique du Bois Bernard : **12%**

PDM de Lille Sud – SOS mains : **9,4%**

PMSI 2015

b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

<p>Contexte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une offre privée et publique sur le territoire, mais des compétences médicales limitées au CHA pour la prise en charge de la main (seul un praticien possède une formation), qui entraîne un adressage des patients arrivés aux urgences du CHA au SOS Main de Lille • Au sein du GHT, une collaboration entre le CHA et le CH Bapaume, à travers des consultations avancées d'orthopédie – traumatologie assurées par un praticien du CHA possédant une formation pour la prise en charge de la main. • Une concurrence forte du privé (Clinique Les Bonnettes et Bois Bernard)
<p>Principaux enjeux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Développer l'offre publique pour la prise en charge de la main sur le territoire en vue d'éviter un adressage à SOS Main de Lille. • Développer le maillage territorial, notamment à travers la mise en place de consultations avancées en orthopédie – traumatologie au CH Ternois
<p>Pistes d'actions</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Axe 1 : Développer l'offre sur certains besoins insuffisamment couverts <ul style="list-style-type: none"> ○ Développement de la prise en charge des plaies de la main au CH d'Arras, en vue d'éviter l'adressage de patients au SOS Main de Lille ○ Favoriser la formation d'un chirurgien orthopédique du CH d'Arras aux pathologies de la main en vue de renforcer les compétences médicales permettant de développer la prise en charge de la main à Bapaume ○ Renforcement des équipes orthopédiques avec un plan de recrutement d'au-moins un chirurgien orthopédique spécialiste de la main (réflexion à mener sur les conditions d'attractivité). • Axe 2 : Améliorer l'attractivité de l'offre MCO en déployant des stratégies ciblées territorialement <ul style="list-style-type: none"> ○ Maintenir le rythme de 2 consultations avancées par semaine à Bapaume ○ Développement de consultations avancées à St Pol de Ternois ○ Réfléchir à l'opportunité des développer une activité de microchirurgie

c) Indicateurs de suivi

- Taux de fuite
- Evolution des parts de marché
- Evolution du nombre de consultations à Bapaume
- Nombre de nouveaux patients

2.13.4 - Pathologies du rachis

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	Consultations avancées (GHICL)	-	-
Activité (nombre de séjours, 2015)	68 séjours	-	-
Temps médical	<i>Consultations assurées par des praticiens extérieurs</i>	-	-
Permanence des soins	-	-	-

Au CHA : **68 séjours** pour les traumatismes du rachis (médecine sans acte classant)

Une augmentation de l'activité médicale de traumatologie du rachis : **24%** entre 2011 et 2016

Chirurgie du rachis :
 - 1^{er} acteur : CHRU Lille, **38 % PDM**
 - 2^e acteur : Polyclinique du Bois Bernard (**33%**) PDM



PMSI 2015

b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Au sein du GHT, le CH d'Arras dispose de consultations de chirurgie du rachis, assurées par deux chirurgiens orthopédiques du Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille. • Il n'existe actuellement pas d'offre de prise en charge chirurgicale du rachis au sein du CHA. • Un rôle prépondérant du CHRU de Lille et de la Polyclinique du Bois Bernard pour la chirurgie du rachis, qui assurent respectivement 38 et 33 % des parts de recrutement sur le territoire Ternois-Arrageois.
Principaux enjeux	<ul style="list-style-type: none"> • Développer des collaborations avec les centres de références • Avoir recours à la télé-expertise en lien avec le CHRU Lille pour renforcer l'accès aux soins sur le territoire
Pistes d'actions	<ul style="list-style-type: none"> • Axe 1 : Développer l'offre territoriale <ul style="list-style-type: none"> ○ Renforcer nos collaborations avec le GHICL et le CHRU de Lille ○ Etudier l'opportunité de réaliser une activité de cimentoplastie • Axe 2 : Améliorer l'attractivité de l'offre MCO <ul style="list-style-type: none"> ○ Ouvrir des plages opératoires de chirurgie du rachis • Axe 4 : Favoriser la collaboration médicale territoriale <ul style="list-style-type: none"> ○ Maintenir les consultations avancées actuellement assurées par des praticiens extérieurs.

c) Indicateurs de suivi

- Nombre de consultations au CH Arras
- Nombre de nouveaux patients vus en consultation

2.14 - Prise en charge des pathologies urologiques non carcinologiques

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	55 lits HC chirurgie (toutes spécialités) 15 places HDJ chirurgie ambulatoire (toutes spécialités)	Consultations avancées d'urologie par un praticien du CHA	-
Activité (nombre de séjours, 2016)	1 633 séjours hors affections tumorales	-	-
Temps médical	3 ETP chirurgiens urologues	-	-
Permanence des soins	Astreinte	-	-

391 séjours de chirurgie urologique et de l'appareil génital masculin (hors affections tumorales)

Une augmentation de l'activité de chirurgie urologique entre 2015 et 2016 : **+ 9 %**

16% de parts de marché en chirurgie urologique du CHA en 2015



Taux de fuite en chirurgie urologique : **34%** en 2015

PMSI

b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Le CH Arras, centre de recours sur l'Artois-Ternois, maille son territoire à travers des consultations avancées au CH Bapaume et à la Polyclinique du Ternois. • Le privé occupe également bien son territoire, avec la présence de médecins de la Clinique Les Bonnettes à Bapaume. • Une augmentation de l'activité urologique sur la période récente, liée à l'arrivée d'un nouveau praticien (alors que l'activité de chirurgie urologique a diminué de 34% entre 2014 et 2015 en raison du départ de deux urologues ainsi que la forte présence du groupe AHNAC sur le territoire - 4 praticiens exerçant à Hénin-Beaumont et Divion). • Un potentiel de gains de parts de recrutement du GHT en chirurgie urologique : un taux de fuite significatif (34 % en 2015) associé à de faibles parts de recrutement (16 % en 2015).
Principaux enjeux	<ul style="list-style-type: none"> • Développer le rôle du CHA au sein de son territoire, notamment en matière de chirurgie urologique • Renforcer les collaborations territoriales
Pistes d'actions	<ul style="list-style-type: none"> • Axe 2 : Améliorer l'attractivité de l'offre MCO en déployant des stratégies ciblées territorialement <ul style="list-style-type: none"> ○ Améliorer la communication externe, auprès du territoire, afin de : <ul style="list-style-type: none"> ▪ faire connaître les médecins hospitaliers du CHA, notamment les nouveaux arrivants ; ▪ mieux informer les médecins libéraux et la population sur l'offre et le parcours de prise en charge en urologie. ○ Maintenir les consultations avancées des praticiens du CH d'Arras au CH de Bapaume ainsi que dans les cliniques. ○ Elargir les créneaux de consultations au CHA pour les rendre flexibles et attractifs pour la population. • Axe 4 : Favoriser la collaboration médicale territoriale <ul style="list-style-type: none"> ○ Consolider les liens avec les médecins de ville pour renforcer l'adressage vers le CHA, notamment à travers la mise en place d'e-mails et lignes téléphoniques dédiées pour des prises de rendez-vous plus rapides, et la diffusion des agendas (notamment les congés) des médecins hospitaliers.

c) Indicateurs de suivi

- Evolution de l'activité
- Nombre de patients vus en consultation avancée
- Evolution des parts de marché
- Taux de fuite

2.15- Prise en charge des pathologies en ophtalmologie

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise charge en	55 lits HC chirurgie (toutes spécialités) 15 places HDJ chirurgie ambulatoire (toutes spécialités)	Consultations avancées (CHA)	-
Activité (nombre de séjours, 2016)	75 séjours	-	-
Temps médical	0,8 ETP	-	-
Permanence des soins	-	-	-

0,8 ETP ophtalmologues au CH d'Arras

Parmi les établissements du territoire, la CI. les Bonnettes prédomine en 2015, avec **42 % des PDM**



Un taux de recours de **0,94**, indiquant une légère sous-consommation (en 2015)

Taux de fuite en 2015 : **50 %**

PMSI, données établissement

b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Une offre publique en ophtalmologie insuffisante sur l'Artois-Ternois, entraînant une sous-consommation de soins et une fuite importante hors du territoire (fuite de 50 %) : <ul style="list-style-type: none"> ○ des consultations et activités de dépistage, et de suivi de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) concentrées au CH Arras mais une absence d'offre en chirurgie ; ○ une consultation avancée au CH Bapaume. • Une pénurie d'ophtalmologues sur le territoire, notamment libéraux, qui limite le développement de l'offre.
Principaux enjeux	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement du maillage territorial • Développement de collaborations avec des acteurs hors GHT pour structurer la filière de prise en charge ophtalmologique • Consolider l'équipe médicale du CHA afin de renforcer l'activité au CHA
Pistes d'actions	<p>La prise en charge en ophtalmologie est concernée par les axes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Axe 1 : Développer l'offre sur certains besoins insuffisamment couverts <ul style="list-style-type: none"> ○ Mettre en place une stratégie de recrutement permettant de renforcer le temps médical au CHA et sur le territoire, notamment à dans le cadre du dispositif d'Assistant temps partagé, mais aussi via des partenariats avec les CHU de Lille et Amiens ○ Maintenir les consultations avancées au CH Bapaume et en développer au CH Ternois, sous réserve de disposer des ressources médicales nécessaires. ○ Améliorer l'équipement en matériel médical ○ Renforcer l'offre ophtalmologique pour la prise en charge des pathologies rétinienne du patient diabétique.

c) Indicateurs de suivi

- Nombre d'ETP ophtalmologues
- Nombre de séjours
- Parts de marché
- Fuite

2.16 - Prise en charge des pathologies de la tête et du cou (hors cancer)

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	55 lits HC chirurgie (toutes spécialités) 17 places HDJ chirurgie ambulatoire (toutes spécialités)	-	-
Activité (nombre de séjours, 2016)	743 séjours	-	-
Temps médical	0,3 ETP ORL 1 ETP Chirurgie dentaire 0,2 ETP en stomatologie 0.5 ETP en chirurgie maxillo faciale	-	-
Permanence des soins	-	-	-

En 2015, au CHA, **212** séjours pour des affections de la bouche et des dents

- **16%** activité d'ORL et stomatologie entre 2009 et 2014

+ **4%** chirurgie ORL entre 2015

Faibles PDM du CHA :

18% pour les actes peu invasifs en 2015



Un taux de fuite de **60 %** en chirurgie ORL et stomatologie, de **28%** pour les actes peu invasifs en 2015

PMSI

b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Une offre en ORL et prise en charge des pathologies de la bouche et des dents proposée au sein du GHT concentrée au CH d'Arras ; les CH de Bapaume et du Ternois ne disposent pas de consultations avancées sur place. • Une part importante de patients en situation de précarité bénéficie de l'offre de prise en charge bucco-dentaire du CHA, tout comme les patients souffrant de troubles psychiatriques (en raison des effets secondaires de certains traitements sur le système bucco-dentaire). • L'offre publique est insuffisante pour répondre à la demande du territoire : un taux de fuite très élevé pour la chirurgie ORL et stomatologie (60 % en 2015) et significatif pour les actes peu invasifs (28 %). • Un positionnement du CHA à renforcer sur le territoire, qui détient 18% de parts de recrutement pour les actes peu invasifs et seulement 7 % pour la chirurgie ORL et stomato. • Un temps médical au CH Arras limité, complexifiant les possibilités de développement du maillage territorial
Principaux enjeux	<ul style="list-style-type: none"> • Consolider les équipes médicales du CHA pour <ul style="list-style-type: none"> ○ favoriser le développement de l'activité au CHA ○ améliorer le maillage du territoire • Développer des liens au sein du GHT et avec la médecine de ville pour favoriser les adressages vers le CHA • Favoriser la prise en charge des patients en situation de précarité
Pistes d'actions	<ul style="list-style-type: none"> • Axe 1 : Développer l'offre sur certains besoins insuffisamment couverts <ul style="list-style-type: none"> ○ Malgré des besoins sur le territoire en ORL, les effectifs médicaux actuels ne semblent pas permettre la mise en place de consultations avancées à Bapaume et Saint Pol. ○ Consolider les équipes médicales du CHA, notamment par la mise en place d'un partenariat avec le CHU d'Amiens en ORL • Axe 4 : Favoriser la collaboration médicale territoriale <ul style="list-style-type: none"> ○ Approfondir les liens avec les acteurs du territoire (le CH Bapaume, le CH Ternois et la médecine de ville), afin de renforcer le positionnement du CHA comme hôpital de recours ○ Développer des actions de prévention en lien avec le secteur associatif sur les affections bucco-dentaires à destination des patients précaires, présentant des facteurs de risque particuliers.

c) Indicateurs de suivi

- Nombre de séjours
- Taux de fuite
- Evolution des parts de marché

2.17 – Prise en charge des pathologies tumorales

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	14 places HDJ Onco-Hématologie 14 lits d'HC	-	-
Activité (2016)	4 622 séjours (séances de chimiothérapie et chirurgie carcinologique à seuil) <u>Activité d'IDE coordinatrice</u> - File active : 195 - Nb d'appels patients inter-cure et pré-cure: 580 - Nb de cs de fin de traitement : 7 - Nb de cs pré-greffe : 8 <u>Accompagnement paramédical</u> Nb de consultations : 297 <u>Activité de soins de support :</u> - onco-psychologue : 838 - onco-esthéticienne : 1517 - diététicienne : 1557 - assistante sociale : 47 - nb de patients ayant bénéficié de l'APA : 32 - nb de patients en ateliers soins de support : 296	-	-
Temps paramédical	1 ETP IDE coordinatrice 1.4 IDE d'accompagnement 1 Onco-psychologue 1 Onco-esthéticienne Temps dédié diététicienne et assistante sociale Aire Cancer Bénévoles	-	-

En 2016, 4 622 séjours, dont **4 343 séances** de chimiothérapie

+ 20 % d'activité entre 2014 et 2016

En chirurgie carcinologique à seuil, la chirurgie mammaire est celle qui génère le plus grand nombre de séjours sur la zone d'attractivité, avec **plus de 300 séjours**

En 2016, pour les séances de **chimiothérapie**, le CH d'Arras présente des parts de marché de **31 %** sur sa zone d'attractivité, en deuxième position derrière la Cl. les Bonnettes (35 %)

Entre 2010 et 2016, la demande en séances de chimiothérapie a progressé de **44 %**

b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

<p>Contexte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Malgré une diminution de la mortalité standardisée pour cause tumorale sur les dernières décennies (-16% entre 1981 et 2013), le Pas de Calais est le département où la mortalité pour cause tumorale est la plus forte. La surmortalité dans le département concerne en premier lieu les pathologies pulmonaires, digestives (colon, pancréas, œsophage), sein et ORL. • Le CHA connaît une forte augmentation de l'activité de cancérologie entre 2009 et 2016, en raison du développement des séances de chimiothérapie, pour lesquelles il représente le second acteur sur le territoire, avec 31 % des parts de marché, derrière la Clinique les Bonnettes. • Des innovations médicales engagées au CHA, qui dispose notamment d'un robot chirurgical et d'équipements cytostatiques. • En cancérologie, une bonne collaboration entre les acteurs du territoire : <ul style="list-style-type: none"> ○ Le CH Arras est membre du Centre de coordination en cancérologie de l'Artois (3C Artois) et du réseau Onco-Artois ; ○ Une collaboration avec le Centre Marie Curie pour la radiothérapie ; ○ Participation à des essais cliniques avec la collaboration d'une attachée de recherche. ○ Le CHA participe aux réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) ONCOARTOIS, Rosa+, du Centre Oscar Lambret et travaille également en collaboration avec le CHU de Lille • Un partenariat avec la médecine nucléaire de l'Espace Artois Santé • La prise en charge des patients atteints de cancers au sein du GHT Artois-Ternois s'appuie sur des approches thérapeutiques performantes, un plateau technique innovant et un accompagnement pluridisciplinaire. • Au-delà de la prise en charge médicale, les équipes de soins de supports proposent un accompagnement entièrement centré autour du patient et de ses proches: accompagnement social, ateliers d'esthétiques, psycho-oncologie, onco-diététique, APA, consultations douleur, accompagnement en soins palliatifs, groupes de parole ...
<p>Principaux enjeux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer le dépistage des cancers sur le territoire • Maintenir le positionnement du CHA sur le territoire • Garantir un accès rapide et efficace au diagnostic • Développer la pluridisciplinarité • Développer la recherche clinique • Renforcer la communication avec la médecine de ville
<p>Pistes d'actions</p>	<p>Axe 1 - Développer l'offre territoriale sur certains besoins insuffisamment couverts</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Faciliter l'accès à la consultation et ainsi réduire les délais de rendez-vous pour améliorer l'accès au diagnostic : <ul style="list-style-type: none"> ○ Transmettre un répertoire médical complet aux médecins libéraux, avec des lignes directes par spécialité, ▪ Mettre en place un numéro unique (coordination IDE) à destination de la médecine de ville afin de faciliter l'intégration du patient dans le parcours de soins ▪ Réactiver le suivi Oncogériatrique à l'échelle du territoire <p>Axe 2 - Améliorer l'attractivité de l'offre MCO en déployant des stratégies ciblées territorialement</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcer les liens avec les cabinets privés de radiologie, notamment avec le centre de radiothérapie Marie CURIE pour : <ul style="list-style-type: none"> ○ élargir l'offre de soins ○ contribuer à une prise en charge complète quel que soit le traitement proposé (radio - médico - chirurgical), et au travers d'innovation médicale (robot chirurgical)

- proposer un parcours de formation médicale pluridisciplinaire
- développer un projet de recherche clinique commun
- Assurer un dispositif d'annonce complet : annonce médicale / discussion du dossier en RCP / projet de soins personnalisé / accompagnement paramédical / suivi inter-cure / prise en charge multidisciplinaires avec l'équipe de soins de support / cs de fin de traitement / projet personnalisé après cancer ; tout en intégrant le médecin traitant à chaque étape du parcours patient
- Compléter la prise en charge en cancérologie grâce aux équipes douleur et soins palliatifs
- Déployer une nouvelle unité de reconstitution des cytostatiques
- Optimiser les prises en charge en chirurgie ambulatoire des cancers (des travaux sont déjà engagés pour optimiser l'HDJ onco-hématologie)

Axe 3 - Soutenir le projet de renforcement de l'aval à l'hospitalisation

- Accompagner les patients traités par de nouvelles thérapeutiques en particulier et renforcer le recours à l'HAD
- Structurer la prise en charge des soins palliatifs
- Développer les partenariats avec les structures d'aval (SSR – USP – HAD)

Axe 4 - Favoriser la collaboration médicale territoriale

- Développer le lien ville-hôpital pour la prévention et le dépistage précoce des cancers :
- Développer un système de visioconférence avec les centres de références et les médecins de ville, lors des RCP.
- Proposer les alternatives thérapeutiques dans le cadre de protocoles de recherche clinique
- Renforcer les liens avec les cabinets anatomopathologiques pour réduire les délais de réception de compte-rendu suite aux bilans.

Axe 5 - Structurer les filières de soins non programmées

- Limiter le recours aux Urgences grâce :
 - au répertoire téléphonique par spécialités médicales
 - au numéro unique relié à l'IDE coordinatrice

c) Indicateurs de suivi

- Evolution du nombre de consultations d'accompagnement IDE
- Délais de consultations
- Parts de marché du CHA
- Taux de fuite

2.17.1 - Cancers de la femme (sein et gynécologique)

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	55 lits de chirurgie HC (<i>toutes spécialités</i>) 14 places HDJ onco-hématologie	Consultations avancées de gynécologie du CHA (<i>cf pec gynécologique</i>)	Consultations avancées de gynécologie du CHA (<i>cf pec gynécologique</i>)
Activité (2016)	103 séjours chirurgie mammaire 40 séjours chirurgie gynécologique	-	-
Temps médical	2 ETP chirurgiens gynécologues, cancérologique 0,9 ETP oncologue (pour toute l'onco hors hémato) Equipe mobile de soins palliatifs	-	-
Permanence des soins	Astreinte de gynécologie	-	-

Dans le Pas-de-Calais, une surmortalité concernant le cancer du sein : indice de **25 %**, pour 19 % en France

Au CHA, le cancer du sein est le cancer le plus opéré (**37 % en 2016**)

307 séjours en chirurgie de cancer du sein sur le territoire en 2015 :

Cl. les Bonnettes : **44 %** PDM

CHA : 24 % PDM

Chimiothérapie cancer mammaire (2015) :

Cl. Bonnettes : **61 %** PDM

CH Arras : **18 %** PDM



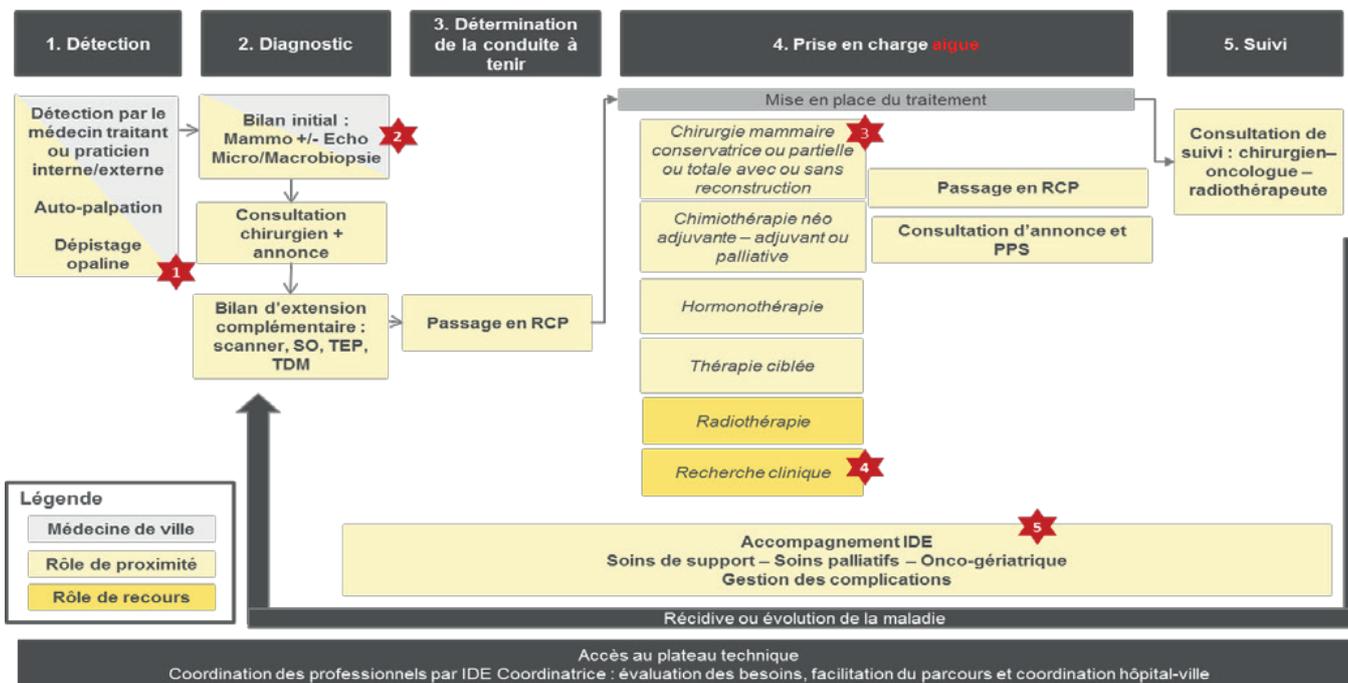
Chirurgie cancer gynécologique (2015):

CH Arras : **43 %** PDM

PMSI

b) Parcours de prise en charge du cancer du sein

Description du parcours de prise en charge du cancer du sein, aux différentes étapes :



c) *Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé*

<p>Contexte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une offre publique complète au CHA, qui détient des autorisations en chirurgie carcinologique mammaire et gynécologique et assure une activité de chimiothérapie. Des consultations avancées de gynécologie sont assurées aux CHB et CHT. • Un rôle territorial du CHA à renforcer : en 2016, le CHA dépasse largement les seuils en chirurgie des cancers du sein (103 séjours) et gynécologique (40 séjours), mais fait face à une forte concurrence de la Cl. des Bonnettes sur le cancer du sein, aussi bien en chirurgie carcinologique qu'en chimiothérapie. En chirurgie gynécologique, le CHA est le premier acteur sur le territoire. • Un parcours du cancer du sein marqué par la collaboration entre les acteurs : <ul style="list-style-type: none"> ○ Le CH Arras est membre du Centre de coordination en cancérologie de l'Artois (3C Artois) et du réseau Onco-Artois. ○ Les dossiers sont traités lors de la RCP du réseau Onco-Artois et du Centre O. Lambret pour la chimiothérapie. ○ Les radiothérapies réalisées en partenariat avec Marie Curie ○ Un partenariat est mis en place avec la médecine nucléaire de l'Espace Artois Santé
<p>Principaux enjeux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer le dépistage des cancers sur le territoire • Conforter le positionnement du CH Arras sur son territoire pour le cancer du sein • Renforcer les liens avec la médecine de ville avant d'augmenter la visibilité de l'offre existante au CHA • Développer la recherche clinique
<p>Pistes d'actions</p>	<p>La prise en charge des cancers de la femme est en priorité concerné par les axes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Axe 2 : Améliorer l'attractivité de l'offre MCO en déployant des stratégies ciblées territorialement <ul style="list-style-type: none"> ○ Renforcer le dépistage du cancer du sein par mammographie au CHA : une nécessité de réduire les délais de rendez-vous qui sont estimés à trois semaines. ○ Renforcer l'orientation des patientes vers l'IDE d'accompagnement spécialisée dans la prise en charge en sénologie. ○ Optimiser la prise en charge en chirurgie ambulatoire des cancers de la femme (des travaux sont déjà engagés pour optimiser l'HDJ onco-hématologie). ○ Renforcer la communication, notamment sur les soins de support, auprès des médecins libéraux autour de l'offre existante afin d'augmenter l'attractivité du CHA (outils de communication, journées d'échanges avec la médecine de ville, organisation et participation à des événements autour des cancers de la femme). ○ Développer le recours à la chirurgie robotisée • Axe 4 : Favoriser la collaboration médicale territoriale <ul style="list-style-type: none"> ○ Consolider les liens avec la médecine, notamment les gynécologues de ville pour la prévention des MST et le dépistage précoce des cancers gynécologiques. ○ Développer un système de visioconférence avec les centres de références et les médecins de ville, lors des RCP. ○ Renforcer les liens avec les cabinets anatomopathologiques pour réduire les délais de réception de compte-rendu suite aux bilans. • Par ailleurs, il est envisagé de développer la recherche clinique en oncologie en interne (peu d'essais en chirurgie) et accroître la participation aux essais cliniques des centres référents.

d) Indicateurs de suivi

- Evolution du nombre de séjours en chirurgie carcinologique mammaire et gynécologique.
- Evolution du nombre de séances de chimiothérapies
- Parts de marché du CH

2.17.2 - Cancers thoraciques

a) Chiffres clés

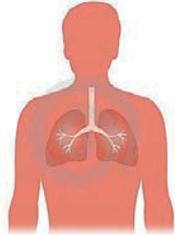
	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	55 lits de Chirurgie HC (toutes spécialités) 14 places HDJ onco-hématologie	-	-
Activité	4 séjours chirurgies carcinologiques (2016) 71 PEC médicale des tumeurs (2016) 501 séances de chimiothérapie (2015)	-	-
Temps médical	3,6 ETP pneumologues (cf pec respiratoire) 0.1 ETP Chirurgien thoracique 0,9 ETP oncologue (pour toute l'onco hors hémato) Equipe mobile de soins palliatifs	-	-
Permanence des soins	Astreinte de pneumologie	-	-

Dans le Pas-de-Calais, une surmortalité concernant les pathologies tumorales thoraciques : taux de mortalité de 58, pour 49 en France

Au CHA : 501 séances de chimiothérapies pour les cancers thoraciques en 2015

Chimiothérapies cancers thoraciques = **11 %** de l'activité chimiothérapie du CHA en 2015

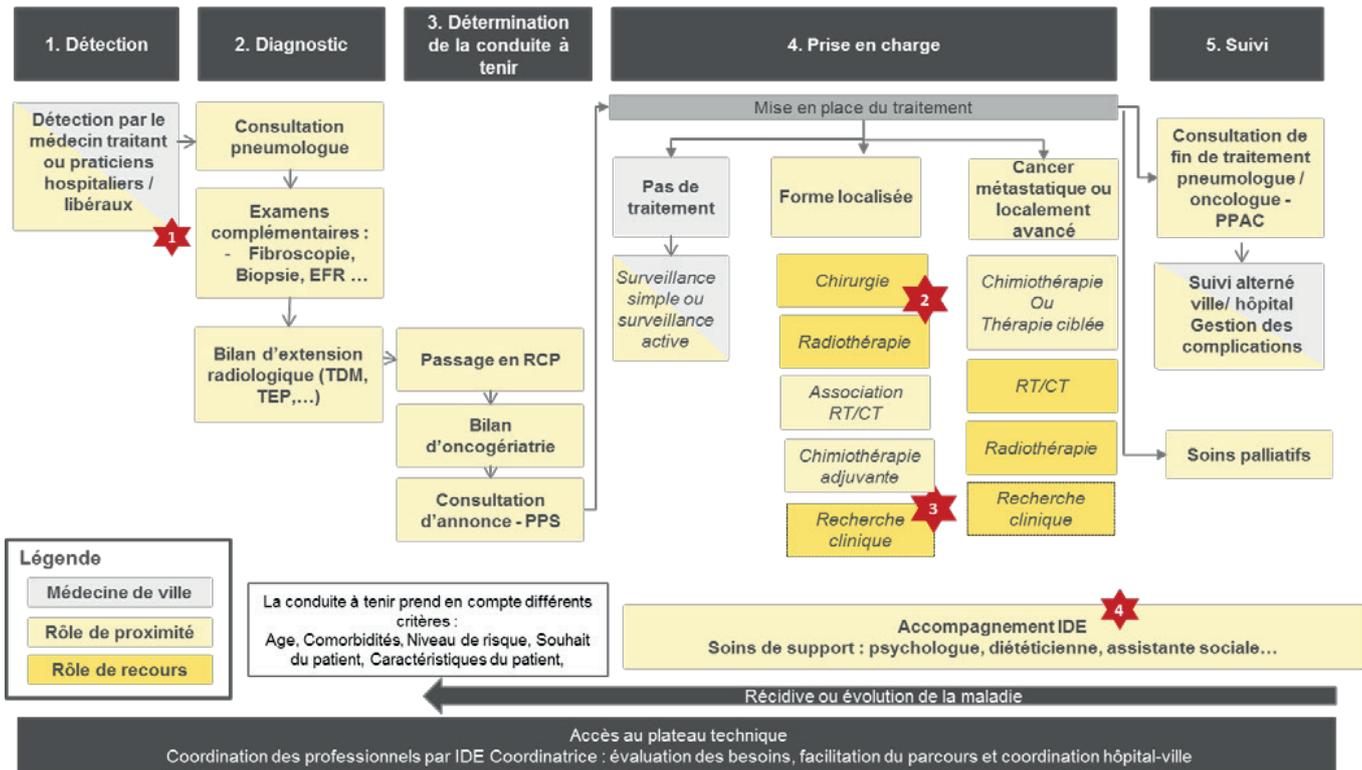
Chimiothérapie, en 2015 :
 1^{er} : CHA (**51 % PDM**)
 2nd : Cl. Bonnettes (**26 %**)



PMSI

b) Parcours de prise en charge du cancer thoracique

Description du parcours de prise en charge du cancer du sein, aux différentes étapes :



c) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

<p>Contexte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Au sein du GHT, le CH Arras dispose d'une autorisation en chimiothérapie pour les cancers thoraciques ; l'établissement ne dispose plus d'autorisations en chirurgie carcinologique thoracique depuis 2013. L'offre chirurgicale carcinologique est concentrée sur les établissements privés. • Pour l'activité de chimiothérapie, le CH Arras a un rôle important sur le territoire, avec plus de la moitié des parts de recrutement (50, 7%), suivi par la Clinique Les Bonnettes (25,6 %). • Un potentiel de développement de l'activité de chimiothérapie, estimé à 50-100 séances supplémentaires. • Un parcours du cancer thoracique marqué par la collaboration avec les acteurs du territoire : <ul style="list-style-type: none"> ○ Présentation des dossiers sur la RCP Thorax Onco-Artois et RCP Neuro-oncologie sur le CHRU Lille (cancers bronchiques métastatiques) en lien avec les neurologues du CH d'Arras ○ Coopération avec la Clinique les Bonnettes pour la prise en charge chirurgicale ○ Coopération avec le centre Marie Curie pour la radiothérapie.
<p>Principaux enjeux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Développement l'activité de chimiothérapie au CHA pour le traitement des cancers thoraciques. • Renforcement de l'attractivité du CHA. • Développement de la recherche clinique
<p>Pistes d'actions</p>	<p>Axe 2 : Améliorer l'attractivité de l'offre MCO en déployant des stratégies ciblées territorialement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consolider les équipes médicales du CHA : chirurgiens thoraciques et pneumologues, mais également radiologues afin d'améliorer les délais de prise en charge pour les examens radiologiques. • Renforcer la communication auprès de la ville autour de l'offre existante (outils de communication, journées d'échanges avec la ville, participation à des événements autour de la prévention du cancer du poumon). • Renforcer le temps de consultation d'accompagnement IDE, notamment suite aux consultations d'annonces médicales. <p>Axe 3 : Soutenir le projet de renforcement de l'aval de l'hospitalisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Structurer la prise en charge des soins palliatifs et renforcer le recours à l'HAD. <p>Axe 4 : Favoriser la collaboration médicale territoriale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les liens avec des cabinets privés de radiologie, afin d'améliorer l'accès au diagnostic sur le territoire. • Améliorer les interfaces avec les cabinets anatomopathologiques pour réduire les délais de réception de compte-rendu suite aux bilans et proposer un compte rendu type. • Développer la communication via visioconférence avec les médecins généralistes lors des RCP. • Développer la visioconférence avec la RCP Neuro-oncologie au CHRU de Lille (patients présentant des métastases). <p>Par ailleurs, il est envisagé de développer la recherche clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer le recrutement de patients pour les études des centres référents • Développer de nouvelles études cliniques, notamment avec la collaboration de réseau régional de cancérologie.

d) Indicateurs de suivi

- Evolution du nombre de séances de chimiothérapies
- Evolution du nombre de consultations d'accompagnement IDE
- Parts de marché du CHA

2.17.3 - Cancers digestifs

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	21 lits HC, dont 4 LISP 14 places HDJ onco-hématologie	Consultations avancées de gastro-entérologie du CHA	-
Activité (chirurgie à seuil, 2016)	56 séjours	-	-
Temps médical	4,1 ETP gastro-entérologue (cf HGE) 0,9 ETP oncologue (pour toute l'oncologie hors hémato) Equipe mobile de soins palliatifs 2 ETP de chirurgie digestif	-	-
Permanence des soins	Astreinte chirurgie digestive	-	-

Une activité légèrement en baisse en chirurgie carcinologique digestive au CHA : 62 interventions en 2013 et 2014, **56 en 2016**

Avec 624 séances, la chimiothérapie, les cancers digestifs représentent **13 %** de l'activité globale de chimiothérapie du CHA en 2015

Chirurgie du cancer digestif en 2015

⋮

- 1^{er} acteur : Cl. les Bonnettes (**45,7 %** PDM)
- 2^e acteur : CH Arras (**26,7 %**)

Une surmortalité concernant le cancer de colon dans le Pas-de-Calais, avec un taux de mortalité de **23%** (19% au niveau national).



b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

<p>Contexte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Au sein du GHT, le CH Arras dispose d'autorisations en chirurgie carcinologique des cancers digestifs et assure une activité de chimiothérapies ainsi que des consultations avancées de gastro-entérologie au CH Bapaume. Au sein du service Hepato-Gastro-Enterologie, quatre lits sont dédiés aux soins palliatifs. • En chirurgie carcinologique, le CHA dépasse largement les seuils, avec 56 interventions en 2016, réparties parmi une large palette de prise en charge : colon-rectum pour la majorité des prises en charge, rétro péritoine et péritoine, vésicules et voies biliaires, pancréas, œsophage, intestin grêle, estomac et autres. • Une concurrence de la Clinique des Bonnettes pour la chirurgie carcinologique digestive et la chimiothérapie, qui recrute respectivement 45,7% et 67 % des patients sur le territoire, contre 26,7 % et 18 % pour le CH Arras. • Des collaborations avec les acteurs du territoire pour la prise en charge des cancers digestifs, notamment dans le cadre du réseau Onco-Artois. • Des difficultés de recrutement médical (chirurgiens digestifs) complexifient le renforcement de l'activité du CHA. • Collaboration avec le CHRU de Lille dans le cadre du réseau cirrhose/cancer du foie/transplantation hépatique, avec la participation occasionnelle d'un Hépatogastro-entérologue aux RCP « tumeurs du foie et des voies biliaires »
<p>Principaux enjeux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidation du rôle du CH Arras sur l'Artois-Ternois. • Amélioration de l'attractivité du CHA pour renforcer son activité • Renforcement la collaboration avec la médecine de ville
<p>Pistes d'actions</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Axe 1 : Développer l'offre sur certains besoins insuffisamment couverts <ul style="list-style-type: none"> ○ Renforcer le dépistage sur le territoire en lien avec la médecine de ville, en particulier pour le cancer du côlon, pour lequel on observe une surmortalité dans le Pas-de-Calais (taux de mortalité en 2013 de 23 % au lieu de 19 % en France). • Axe 2 : Améliorer l'attractivité de l'offre MCO en déployant des stratégies ciblées territorialement <ul style="list-style-type: none"> ○ Renforcer la communication auprès des médecins libéraux autour de l'offre existante au CH Arras afin de renforcer son attractivité et son activité. ○ Développer le recours à la chirurgie robotisée ○ Développer la chirurgie hépatobiliaire en lien avec le CHRU Lille (Drs PEREZ SEQUIER et MENCIER) ○ Maintenir la présence chirurgicale à la RCP d'oncologie digestive ○ Discuter de l'opportunité de réaliser cette RCP au sein du CH ARRAS • Axe 4 : Favoriser la collaboration médicale territoriale <ul style="list-style-type: none"> ○ Renforcement des liens avec des cabinets privés de radiologie, afin d'améliorer l'accès au diagnostic sur le territoire en renforçant l'accès à l'imagerie.

c) Indicateurs de suivi

- Taux de mortalité associé aux cancers digestifs, en particulier cancers du côlon
- Nombre d'interventions chirurgicales carcinologiques
- Nombre de séances de chimiothérapie
- Parts de marché du CHA

2.17.4 - Cancers ORL

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	55 lits HC de chirurgie (toutes spécialités) 14 places HDJ onco-hématologie	-	-
Activité (nombre de séjours)	10 séjours chirurgie (2016) 63 séances de chimiothérapie (2015)	-	-
Temps médical	0,3 ETP ORL 0,9 ETP oncologue (pour toute l'oncologie hors hémato) Equipe mobile de soins palliatifs	-	-
Permanence des soins	-	-	-

Dans le Pas-de-Calais, une surmortalité liée aux cancers ORL, avec un **taux de mortalité de 10%**, contre 6% en France (2013)

Une faible demande sur le territoire en chirurgie carcinologique (**72 séjours**) et de 300 séances en chimiothérapie)

En chirurgie carcinologique, la Clinique les Bonnettes est l'acteur principal du territoire, avec **44 %** de PDM.



Le CLCC O. Lambret assure la majorité des séances de chimiothérapie ORL (**73%** de PDM), suivi du **CH Arras (16 %)**

PMSI, données établissement

b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Au sein du GHT, le CH Arras dispose d'une activité offre de chimiothérapie pour les cancers ORL. • Un développement de l'activité de chimiothérapie du CHA pour les cancers ORL est envisageable (les parts de recrutements sont actuellement faibles : 16 %) : un potentiel estimé à + 100 à 150 séances. • Une offre de chirurgie carcinologique proposée par le privé uniquement et un rôle prédominant de la Clinique les Bonnettes, qui recrute 44 % des patients (en 2015), suivie par le CLCC Oscar Lambret, dont les parts de recrutements s'élèvent à 14 %. • Une collaboration entre les acteurs du territoire, inclusion des dossiers en RCP dans le cadre du réseau Onco-Artois.
Principaux enjeux	<ul style="list-style-type: none"> • Développer l'activité de chimiothérapie ORL du CHA • Maintenir les liens avec les centres de référence pour la chirurgie carcinologique • Développer la recherche clinique
Pistes d'actions	<ul style="list-style-type: none"> • Axe 1 : Développer l'offre sur certains besoins insuffisamment couverts <ul style="list-style-type: none"> ○ Renforcer le dépistage sur le territoire en lien avec la médecine de ville, face au constat d'une surmortalité dans le Pas-de-Calais (taux de mortalité en 2013 de 10 %, pour 6 % en France). ○ Consolider les équipes médicales du CHA, notamment par la mise en place d'un partenariat avec le CHU d'Amiens • Axe 2 : Améliorer l'attractivité de l'offre MCO en déployant des stratégies ciblées territorialement <ul style="list-style-type: none"> ○ Renforcer la communication auprès des médecins libéraux autour de l'offre existante au CH Arras afin de renforcer son activité de chimiothérapie • Axe 4 : Favoriser la collaboration médicale territoriale <ul style="list-style-type: none"> ○ Renforcer les liens entre la médecine de ville et les médecins du GHT, via une ligne dédiée, l'identification d'interlocuteurs pour une prise de rendez-vous rapide et un engagement quant aux délais de rendez-vous. ○ Renforcement des liens avec des cabinets privés de radiologie, afin d'améliorer l'accès au diagnostic sur le territoire en renforçant l'accès à l'imagerie.

c) Indicateurs de suivi

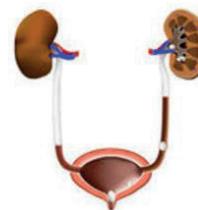
- Taux de mortalité associé aux cancers ORL
- Nombre de séances de chimiothérapie
- Parts de marché du CHA

2.17.5 - Cancers urologiques

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	55 lits HC de chirurgie (toutes spécialités) 14 places HDJ onco-hématologie		
Activité	66 séjours chirurgie cancer urologiques (2016) 137 séances de chimiothérapie (2015)		
Temps médical	3 ETP urologues (<i>cf pec urologie</i>) 0,9 ETP oncologue (pour toute l'oncologie hors hémato) Equipe mobile de soins palliatifs		
Permanence des soins	Astreinte d'urologie		

Une forte augmentation de l'activité –de chirurgie des cancers urologiques entre 2015 et 2016 : **+ 50 %** (44 séjours en 2015)



En chirurgie carcinologique à seuil, en 2016, les cancers des voies urinaires sont les seconds à être opérés au CHA (**24%**), après les cancers du sein (**37%**)

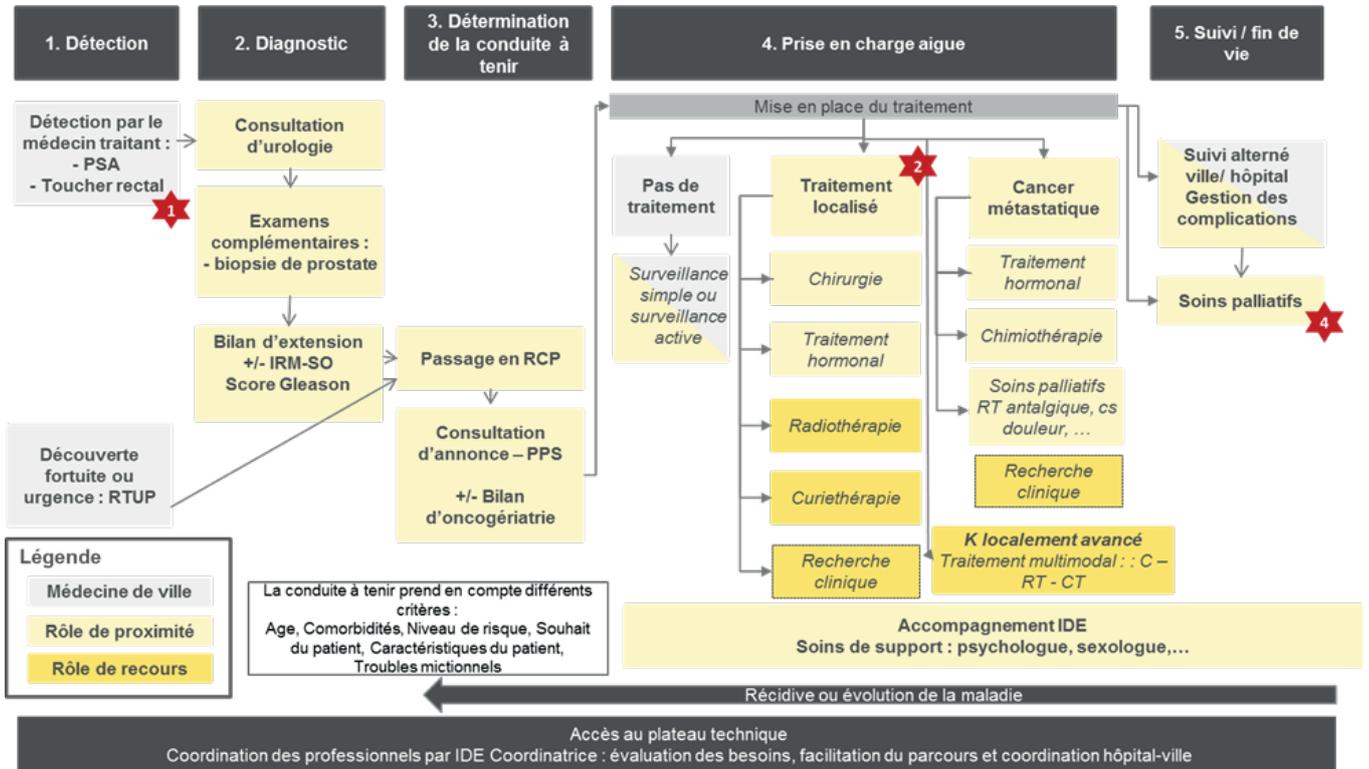
En chirurgie carcinologique, en 2015 :

1^{er} acteur : Cl. Bonnettes, **51 % PDM**
2^e acteur : CHA, **11 % PDM**

PMSI, données établissement

b) Parcours de prise en charge du cancer urologique

Description du parcours de prise en charge du cancer de la prostate, aux différentes étapes :



RTUP : Résection transurétrale de la prostate

SO : Scintigraphie osseuse

c) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

<p>Contexte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le CH Arras dispose d’une autorisation de chirurgie carcinologique et de chimiothérapie et centre son activité en premier lieu sur les cancers du rein, de la vessie et de la prostate. Des consultations avancées du CHA sont assurées au CH Bapaume et à la Polyclinique du Ternois. • Entre 2013 et 2015, le CHA a maintenu sa position sur chacune des étapes du parcours de prise en charge des cancers urologiques. L’activité de chirurgie carcinologique a fortement augmenté entre 2015 et 2016 et dépasse largement les seuils (de 44 à 66 séjours). • Une forte concurrence de la Cliniques les Bonnettes, qui réalise plus de la moitié de l’activité chirurgicale sur le territoire (50,7 %, contre 11,6 % pour le CHA en 2015). • Une bonne collaboration avec les acteurs du territoire : <ul style="list-style-type: none"> ○ Existence d’une RCP Urologie commune aux établissements de la zone Lens-Henin, dans le cadre du réseau ROZA+ ; ○ Des interventions chirurgicales de praticiens de Douai au CHA ; ○ Une collaboration avec le CHRU Lille, pour les traitements ablatifs et les essais cliniques ; ○ Un partenariat avec le Centre Marie Curie pour la radiothérapie.
<p>Principaux enjeux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidation du rôle du CHA sur son territoire • Développement de nouvelles techniques pour améliorer la qualité de prise en charge • Sensibilisation de la médecine de ville et la population sur le cancer de la prostate
<p>Pistes d’actions</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Axe 2 : Améliorer l’attractivité de l’offre MCO en déployant des stratégies ciblées territorialement <ul style="list-style-type: none"> ○ Développer une nouvelle technique de biopsie sous échographie (robot chirurgical). ○ Renforcer la communication auprès des médecins libéraux autour de l’offre existante au CH Arras (mise en place d’outils de communication, journées d’échanges avec la médecine de ville, organisation d’événements de type portes-ouvertes) pour renforcer l’attractivité de l’établissement. ○ Orienter davantage les patients vers les consultations douleur, créées récemment au CHA. • Axe 4 : Favoriser la collaboration médicale territoriale <ul style="list-style-type: none"> ○ Développer les liens entre la médecine de ville : <ul style="list-style-type: none"> ▪ pour améliorer la communication autour du cancer de la prostate vis-à-vis de la population (examens possibles et débats sur le dépistage, modalités de prise en charge, traitements existant, etc.) ; ▪ au sujet de la communication sur notamment en établissant des protocoles d’adressage et une charte de bonnes pratiques pour l’adressage des patients en cas de suspicion de cancer de la prostate ; ▪ renforcer l’adressage des patients vers les sexologues en ville pendant la période de prise en charge du cancer. ○ Renforcer les liens avec l’HAD pour une meilleure prise en charge des patients en soins palliatifs
<p>Indicateurs de suivi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d’interventions chirurgicales carcinologiques • Nombre de séances de chimiothérapie • Parts de marché du CHA

2.17.6 - Cancers hématologiques

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	14 lits HC 14 places HDJ onco-hématologie Equipe mobile de soins palliatifs	-	-
Activité (nombre de séjours, 2016)	738 séjours (hors séance) pour affections tumorales / malignes	-	-
Temps médical	3,2 ETP hématologues	-	-
Permanence des soins	Astreinte d'onco-hématologie	-	-

Un taux de mortalité dans le Pas-de-Calais légèrement inférieur à la moyenne nationale

(19 % vs. 21 %)

En 2015, **2 076 séances** de chimiothérapie pour les cancers hématologiques

47 % des séances de chimiothérapie concerne les pathologies hématologiques

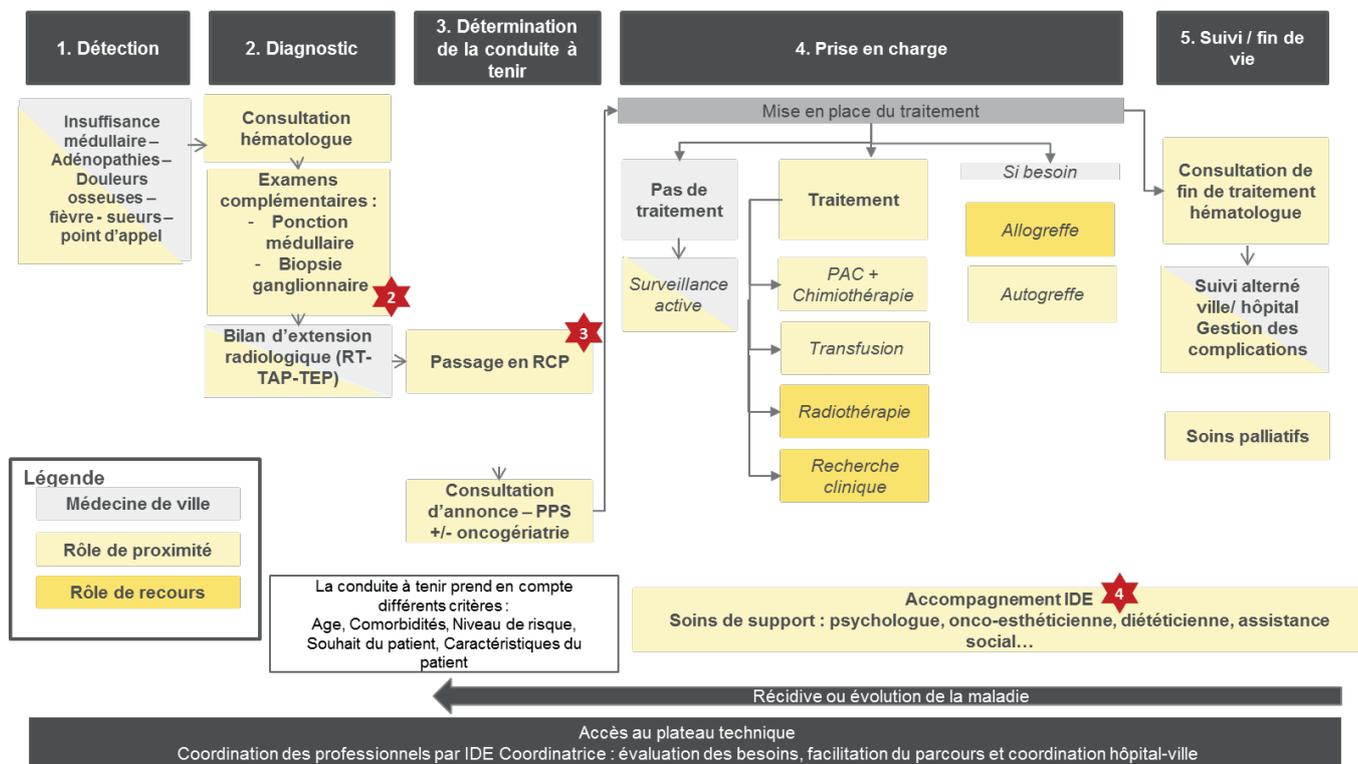


PDM du CHA pour le cancer hématologique : **83,2 %**

PMSI 2015

b) Parcours de prise en charge du cancer hématologique

Description du parcours de prise en charge du cancer hématologique, aux différentes étapes :



c) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Une forte attractivité du CH d'Arras, qui recrute sur l'ensemble du territoire de l'Artois. Le CH d'Arras a le monopole en oncologie hématologique sur le territoire, et assure 83 % des parts de recrutement, le reste des prises en charge se faisant hors du territoire. Les pathologies prises en charge concernent notamment les lymphomes, myélomes, myélodysplasie, ainsi que les leucémies chroniques. • Des délais de consultations longs, estimés de trois à six mois pour les suivis • Une fuite vers le CHRU de Lille pour certaines des cas spécifiques, notamment les leucémies aiguës des jeunes patients. • Des collaborations au-delà de l'Artois-Ternois : <ul style="list-style-type: none"> ○ Des liens solides avec le CHRU Lille : des vacations hospitalières d'un hématologue du CHA au CHRU de Lille, et orientations des patients du CHA vers le CHRU pour les essais cliniques et les allogreffes. ○ Des consultations avancées du CHA au CH Béthune. ○ Un partenariat avec le Centre Marie Curie pour la radiothérapie. ○ Coopération des hématologues du CHA avec la médecine de ville et les praticiens de la fédération des hématologues du NPDC.
Principaux enjeux	<ul style="list-style-type: none"> • Maintien du positionnement du CHA sur le territoire • Permettre un accès à un plateau technique adapté pour les patients atteints d'un cancer hématologique • Développer la pluridisciplinarité en RCP Hématologie • Développer la recherche clinique en hématologie
Pistes d'actions	<ul style="list-style-type: none"> • Axe 4 : Favoriser la collaboration médicale territoriale <ul style="list-style-type: none"> ○ Maintenir les liens avec la médecine de ville et les praticiens de la fédération des hématologues du Nord Pas de Calais ○ Mettre en place un système de visioconférence pour améliorer la communication avec les centres de référence (notamment le CHRU Lille), et permettre la participation de médecins externes lors de la RCP Hématologie du CHA ○ Développer la pluridisciplinarité en RCP, notamment médecins d'imagerie et hémobiologistes. ○ Mettre en place un protocole technique pour les examens anatomopathologiques afin d'améliorer la qualité des comptes rendus sur le territoire et de faciliter et réduire les délais de réception des résultats. • Améliorer l'accès aux plateaux techniques pour la prise en charge des cancers hématologiques : <ul style="list-style-type: none"> ○ Prioriser les demandes de rendez-vous de radiologie, pour réduire les délais jugés trop longs pour les prises en charge non urgentes ○ Développer des nouvelles techniques de prise en charge : former des radiologues sur la biopsie sous scanner, et la mesure des masses ganglionnaires. • Développer la recherche clinique <ul style="list-style-type: none"> ○ Renforcer le recrutement des patients pour les études en cours ○ Développer de nouvelles études cliniques avec la collaboration du réseau régional de cancérologie
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> • Délais de rendez-vous de radiologie • Nombre de consultations en hématologie • Nombre de séances de chimiothérapie • Parts de marché du CHA

2.17.7 - Cancers neurologiques

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	14 lits d'HC neuro (cf pec neurologie) 14 places HDJ onco-hématologie	-	-
Activité (nombre de séjours, 2016)	67 séjours de PEC médicale des tumeurs malignes	-	-
Temps médical	1,65 ETP neurologues (cf pec neurologie) 0,9 ETP oncologues Equipe mobile de soins palliatifs	-	-
Permanence des soins	Astreinte de neurologie	-	-

En 2015 : **30 séances de chimiothérapie**

+ **25 %** entre 2014 et 2015

En chimiothérapie, le CHA et la Cl. les Bonnettes réalisent chacun **13%** de parts de recrutement en 2015

Une faible demande en neuro-chirurgie carcinologique : **49 patients** pris en charge en 2015



Rôle premier du CHRU Lille, qui prend en charge **84 %** des patients du territoire : **41 patients** en 2015

PMSI

c) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Une offre de chimiothérapie au CH Arras pour les cancers du cerveau, mais d'autorisation de chirurgie carcinologique. Un faible nombre de patients pris en charge. Le CH d'Arras assure des consultations avancées de neurologie à la Polyclinique du Ternois. • CHRU de Lille est le centre de référence principal pour la prise en charge chirurgicale des cancers neurologiques (84% des parts de marchés du territoire), qui représente un faible nombre de patients pris en charge (41 au CHRU). • Le CH d'Arras collabore avec l'établissement en adressant les dossiers de ses patients dans la RCP Neuro-Oncologie du CHRU de Lille, en lien avec les neurologues du CH d'Arras.
Principaux enjeux	<ul style="list-style-type: none"> • Maintenir les liens avec le centre de référence principal : CHRU de Lille • Maintenir l'activité de chimiothérapie
Pistes d'actions	<ul style="list-style-type: none"> • Axe 1 : Développer l'offre sur certains besoins insuffisamment couverts <ul style="list-style-type: none"> ○ Renforcer le dépistage des cancers neurologique sur le territoire, notamment à travers les consultations de neurologie existantes à Saint Pol. • Axe 2 : Améliorer l'attractivité de l'offre MCO en déployant des stratégies ciblées territorialement <ul style="list-style-type: none"> ○ Renforcer la communication, notamment avec les médecins libéraux autour de l'offre de chimiothérapie existante au CHA et notamment l'offre de soins de support (mise en place d'outils de communication, journées d'échanges avec la médecine de ville). • Axe 4 : Favoriser la collaboration médicale territoriale <ul style="list-style-type: none"> ○ Maintenir les liens avec le CHRU de Lille pour la prise en charge chirurgicale des patients d'Arras, ainsi que pour le développement de la participation du CHA à la recherche clinique. ○ Mettre en place une consultation avancée de Neurochirurgie au CH d'ARRAS pour répondre aux besoins et permettre la réalisation de RCP sur site. ○ Renforcement des liens avec des cabinets privés de radiologie, afin d'améliorer l'accès au diagnostic sur le territoire en renforçant l'accès à l'imagerie.

d) Indicateurs de suivi

- Nombre de séances de chimiothérapie
- Parts de recrutement du CHA pour l'activité de chimiothérapie
- Nombre de dossiers inclus à la RCP neuro-oncologie du CHRU

2.17.8 – Cancer de la peau

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	55 lits de Chirurgie conventionnelles (toutes spécialités) 14 places HDJ onco-hématologie	-	-
Activité	154 séjours en 2016 vs 84 en 2015	-	-
Temps médical	0,2 ETP dermatologues 0,9 ETP oncologue (pour toute l'oncologie hors hémato) 1 ETP chirurgiens reconstruction esthétique	-	-Demande 264, CL bonnette 60% PDM CH Arras 10% PDM PMCT 1800 Si Gain 20% PDM = 95K€
Permanence des soins	-	-	-

En chirurgie, les cancers de la peau représentent 11% des opérations carcinologiques en 2015. En chimiothérapie,

En chirurgie carcinologique, la demande sur le territoire était de 264 séjours en 2015

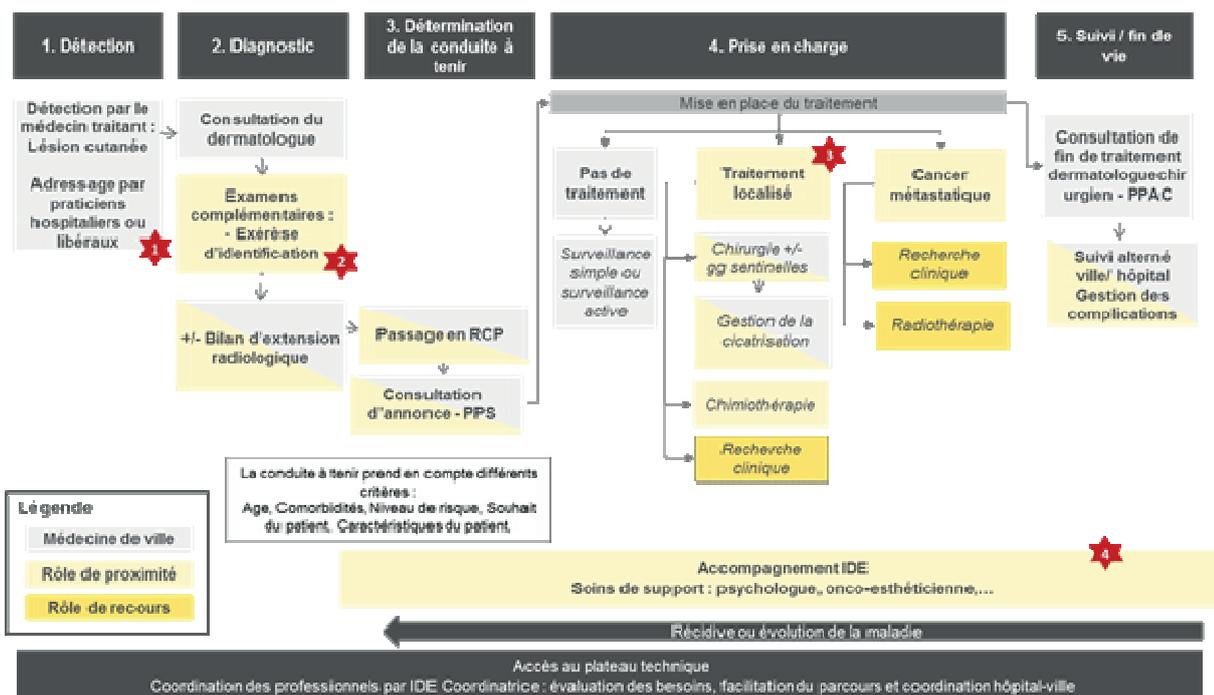
Une concurrence de la Clinique les Bonnettes sur chirurgie dermatologique carcinologique, avec 60% des PDM, contre 10% pour le CHA



Une concurrence de la Clinique les Bonnettes sur chirurgie dermatologique carcinologique, avec 60% des PDM, contre 10% pour le CHA

PMSI 2015

b) Parcours de prise en charge du cancer dermatologique : zoom sur le mélanome



c) Fiche descriptive du parcours et stratégie du projet médical partagé

<p>Contexte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une offre de prise en charge des cancers de la peau sur le CH Arras au sein du GHT. Le CHA dispose d'une autorisation de chirurgie carcinologique et recrute 10 % des patients du territoire. L'activité se concentre principalement sur les cancers du type des mélanomes, des basocellulaires et des carcinomes épidermoïdes • Une nécessité de renforcer le dépistage des cancers de la peau : un dépistage par la ville tardif, certains patients sont parfois vus à un stade avancé de leurs cancers. • De solides collaborations avec les différents acteurs du territoire, y compris la médecine de ville : <ul style="list-style-type: none"> ○ Présentation de dossiers sur la RCP du Réseau Onco-Artois par les dermatologues libéraux ou le CHRU de Lille ○ Présentation de dossiers sur la RCP Mélanome du CHRU de Lille pour avis ○ Vacances hospitalières d'un dermatologue libéral au CH d'Arras ○ Un partenariat avec le Centre Marie Curie pour la radiothérapie ○ De bonnes relations avec les cabinets d'anatomopathologie, avec la possibilité d'obtenir des comptes-rendus en urgence
<p>Principaux enjeux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer le maillage territorial • Sécuriser la filière de prise en charge en étoffant l'équipe médicale • Garantir un accès rapide et efficace au diagnostic des cancers de la peau • Réduire les délais de prise en charge • Consolider les partenariats avec la médecine de ville pour faire face à la concurrence du privé

Pistes d'actions	<ul style="list-style-type: none"> • Axe 1 : Développer l'offre sur certains besoins insuffisamment couverts <ul style="list-style-type: none"> ○ Améliorer le dépistage des cancers de peau : renforcement du dépistage en ville (s'assurer d'une formation médicale continue des généralistes) ○ Développer les consultations multidisciplinaires avec la gynécologie et dermatologie ○ Réduire les délais de chirurgie, actuellement importants : <ul style="list-style-type: none"> ▪ étoffer l'équipe médicale avec un second chirurgien ▪ accroître l'anticipation de l'orientation vers le chirurgien en consultation ▪ faciliter l'accès au bloc opératoire • Axe 2 : Améliorer l'attractivité de l'offre MCO en déployant des stratégies ciblées territorialement <ul style="list-style-type: none"> ○ Acquérir un équipement photo-phinder (même appareil utilisé au CHRU Lille) pour garantir la compatibilité entre les examens et réduire les cicatrices ○ Consolider le poste de l'IDE de coordination suite à la consultation d'annonce médicale et garantir une consultation d'annonce IDE ○ Structurer le codage des comorbidités dermatologiques suite aux avis spécialistes réalisés dans sur les patients hospitalisés ou aux urgences ○ Renforcer la communication externe sur l'offre de prise en charge des cancers de la peau au CHA, notamment sur l'offre de soins de support : mise en place d'outils de communication, journées d'échanges avec la médecine de ville, organisation et participation à des événements. • Axe 4 : Favoriser la collaboration médicale territoriale <ul style="list-style-type: none"> ○ Améliorer les RCP Dermatologie : augmenter leur fréquence et ouvrir les RCP aux dermatologues libéraux. ○ Maintenir les partenariats avec les dermatologues libéraux ○ Renforcer les liens avec le CHRU Lille, notamment pour augmenter l'inclusion des patients dans les essais cliniques
-----------------------------	--

d) Indicateurs de suivi

- Nombre de séjours en dermatologie tumorale
- Nombre de consultations dermatologiques
- Parts de marché du CHA / Taux de fuite

2.18.1 - Prise en charge de l'enfant (médicale et chirurgicale)

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	18 lits HC pédiatrie 4 lits USC pédiatrique 6 places HDJ pédiatrie 2 lits UHCD pédiatrie	-	-
Activité (nombre de séjours, 2015)	4 156 séjours 10 152 passages aux urgences pédiatriques	-	-
Temps médical	8 ETP pédiatres	-	-
Permanence des soins	Gardes 24h/24	-	-

Activité :

- **2 035 séjours HC, 613 HDJ, 300 USC, 1 208 UHCD**
- **2 992 passages aux urgences** sont suivis d'une hospitalisation

Une activité globalement croissante : **+ 14%** de séjours pédiatriques entre 2014 et 2015

Augmentation des passages aux urgences suivis d'une hospitalisation : **+ 25 %** entre 2014 – 2015



Délais pour l'obtention d'un rendez-vous **> 6 mois** dans certaines surspécialités

b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

<p>Contexte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sur l'Artois-Ternois, une offre en pédiatrie concentrée au CH d'Arras, avec des urgences pédiatriques, des consultations de second recours, et un HDJ comprenant des surspécialités (gastro-entérologie, endocrinologie, pneumologie, neurologie, cardiologie, allergologie). • Une bonne gestion des séjours au CHA, avec un IPDMS à 0,89. Un travail est engagé par l'établissement afin de gérer au mieux la saisonnalité des pathologies, avec des pics d'activité en hiver et qui complexifie la gestion du personnel et des lits et du personnel. • Une offre insuffisante pour répondre à tous les besoins du territoire : l'Artois-Ternois est faiblement couvert en pédiatrie et les délais de rendez-vous au CHA sont longs (plus de 6 mois de délais pour la pneumologie et la neurologie). • Des collaborations hors GHT avec le CHRU de Lille, le CH de Douai et le CH de Lens pour des avis spécialisés, des interprétations d'examens d'imagerie, des prises en charge chirurgicale, et pour l'envoi de patients pour des examens complémentaires (EFR, endoscopie).
<p>Principaux enjeux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer le maillage territorial notamment pour les surspécialités pédiatriques • Réduire les délais temps d'attente, tant au niveau de la prise en charge (réduire les délais de rendez-vous) que du suivi (courrier de consultation) • Fluidifier la prise en charge en urgence
<p>Pistes d'actions</p>	<p>La prise en charge pédiatrique est en priorité concernée par les axes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Axe 1 : Développer l'offre territoriale sur certains besoins insuffisamment couverts <ul style="list-style-type: none"> ○ Développer des consultations avancées de pédiatres à Bapaume et Saint Pol, notamment sur des surspécialités comme la pneumologie et gastro-entérologie pédiatrique, dans la mesure de la disponibilité des praticiens. ○ Afin de réduire les délais, envisager d'étendre les plages de consultations, et/ou d'ajouter la présence d'un(e) infirmier(e) afin d'optimiser les durées des consultations. ○ développer un vrai plateau d'explorations fonctionnelles pédiatriques avec EEG, EFR, pH métrie, débitmétrie, fibroscopies digestives avec du personnel paramédical formé à ces explorations (évitera la fuite d'examens complémentaires vers le CH de Lens et de Douai et le CHRU de Lille ○ renforcer l'équipe de radiologie ou au moins pouvoir avoir un radiologue spécialisé en pédiatrie ou éventuellement télé-radiologie mais accessible dans l'urgence pour bénéficier d'examens fiables en terme de réalisation et d'interprétation au CH d'Arras • Axe 4 : Favoriser la collaboration médicale territoriale <ul style="list-style-type: none"> ○ Instaurer davantage de collaborations avec la médecine de ville, notamment par la mise en place d'une ligne directe entre les médecins généralistes et les pédiatres des urgences pour éviter un adressage inutile ○ Renforcer la collaboration avec le CH de Lille pour les examens d'imagerie, notamment en développant la télé-expertise pour l'interprétation et les revues de dossier • Axe 5 : Structurer les filières de soins non-programmés <ul style="list-style-type: none"> ○ Mettre en place un dispositif de télé-urgences entre le SAU du CHA et les maisons de santé de Bapaume et du Ternois, afin de : <ul style="list-style-type: none"> ▪ éviter les adressages aux urgences non nécessaires en permettant aux enfants de rester à domicile avant d'être examinés en consultation programmée

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">▪ réguler les flux de patients avant l'arrivée aux urgences.○ Fluidifier le parcours patient nécessitant une prise en charge chirurgicale, programmée ou non.○ Consolider les consultations de chirurgie pédiatrique (Pr BESSON) et identifier une consultation de chirurgie traumatologie à destination des enfants. |
|--|---|

c) Indicateurs de suivi

- Délais d'attente (rendez-vous et compte rendu d'hospitalisation)
- Nombre de séjours
- Nombre de consultations
- Nombre de passages aux urgences
- Diminution des demandes d'examens complémentaires dans les autres CH

2.18.2 - Prise en charge gynécologique non tumorale

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	55 lits HC chirurgie (toutes spécialités) 2 places HDJ	Consultations avancées du CHA en gynécologie - obstétrique	Consultations avancées du CHA en gynécologie - obstétrique
Activité (nombre de séjours, 2016)	516 séjours	-	-
Temps médical	3,5 ETP gynécologues	-	-
Permanence des soins	Garde	-	-

Augmentation de la file active de patients vus en consultations avancées au CHT : **49 à 89 patients** entre 2013 et 2015, dont **73% de nouveaux patients** en 2015



+9% d'activité en chirurgie gynécologique (hors cancer) entre 2014 et 2016

266 séjours de chirurgie gynécologique (hors cancers) au CHA (hors cancers), ce qui représente une augmentation de **48 %** par rapport à 2014

Acteurs sur le territoire :
CHA : 23% des PDM
Cl. les Bonnettes : **24%** des PDM pour la

PMSI

b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

<p>Contexte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Au sein du GHT, une prise en charge complète au CH Arras (consultations, IVG, chirurgie gynécologique), et des consultations avancées de gynécologie-obstétrique au CH Bapaume et CH Ternois. • Au CHA, le virage ambulatoire est engagé pour la chirurgie gynécologique, qui représente 26% de la totalité des séjours de chirurgie ambulatoires du CHA. • Un renforcement de l'activité du CHA, malgré une concurrence du CHRU Lille en chirurgie gynécologique (augmentation de l'activité de 31 % entre 2014 et 2015), mais qui peut encore être développée. • Une augmentation des consultations de gynécologie au sein du GHT qui permet le recrutement de nouveaux patients : entre 2013 et 2015, la file active de patients vus en consultations avancées au CH Ternois est passée de 49 à 89 patients, dont 73% de nouveaux patients en 2015. • Un bon maillage du territoire pour la prise en charge gynécologique du CHA, mais une pénurie de gynécologues en ville, soulevant des problématiques pour le suivi gynécologique des patientes.
<p>Principaux enjeux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la réponse aux besoins du territoire • Renforcer les liens avec les acteurs du territoire pour le suivi gynécologique • Stabiliser l'équipe médicale du CHA • Accroître l'attractivité du CHA en chirurgie gynécologique
<p>Pistes d'actions</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Axe 2 : Améliorer l'attractivité de l'offre MCO en déployant des stratégies ciblées territorialement <ul style="list-style-type: none"> ○ Développer la communication sur l'offre existante (valorisation du nouveau robot dans les cercles de pairs et auprès des patients) et les praticiens du CHA auprès de la médecine de ville ○ Renforcer l'attractivité médicale et stabiliser l'équipe médicale du CHA : <ul style="list-style-type: none"> ▪ un levier d'attractivité est la récente acquisition d'un robot pour les interventions chirurgicales au CHA ; ▪ mettre en place de formations poussées sur l'utilisation du nouveau robot pour fidéliser les praticiens ○ Développer un programme de prise en charge à destination des personnes âgées « gynéco- gériatrie » en s'appuyant sur les consultations avancées au CH de Bapaume par exemple (prise en compte d'un besoin chirurgical qui augmente avec l'âge, pertinent sur ces territoires vieillissants). • Axe 4 : Favoriser la collaboration médicale territoriale <ul style="list-style-type: none"> ○ Développer des relations avec le CH de Lens qui a vu son service de chirurgie gynécologique fermé et qui adresse désormais tous ses patients au CH de Lille, afin de favoriser l'adressage vers le CHA ○ Le CHA réalise actuellement peu de suivi gynécologique. Renforcer les liens avec les acteurs du territoire en organisant des formations (notamment auprès des sages-femmes et médecins généralistes de ville, pour améliorer le suivi gynécologique des patientes.

c) Indicateurs de suivi

- Nombre de séjour et évolution de l'activité
- Evolution des parts de marché
- Taux de fuite
- Taux de turn-over du personnel

2.18.3 - Maternité et Néonatalogie

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise charge en	30 lits HC suite de naissance 8 lits HC grossesses à haut risque 6 lits HC néonatalogie dont 4 chambres mère-enfants 4 chambres unité kangourou 3 lits koala 8 à 12 lits HC soins intensifs néonatalogie 8 à 12 lits réanimation néonatale	Consultations avancées du CHA de gynécologie – obstétrique Préparation à la naissance	Consultations avancées du CHA de gynécologie - obstétrique
Activité (nombre de séjours, 2016)	2 126 accouchements par voie basse et césarienne 2 404 séjours néonatalogie	-	-
Temps médical	4,6 ETP obstétrique 0,9 ETP chirurgie obstétricale 3 ETP gynécologie 2,7 ETP en néonatalogie (hors USC et réanimation) 1,3 ETP en USC néonatalogie 3,1 ETP en réanimation néonatalogie	-	-
Permanence des soins	Garde	-	-

+4,4% de naissance au CHA
entre 2015 et 2016

2015-2016 : + 5 % de séjours
nouveau-nés et période périnatale
2014-2015 : + 10% activité de
néonatalogie, principalement portée
par l'unité koala

59% des PDM en
obstétrique
54% des PDM en
néonatalogie en 2015



Un taux de fuite de **21 %**
pour l'obstétrique et la
néonatalogie

PMSI

b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

<p>Contexte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un maillage territorial en obstétrique et néonatalogie bien structuré, avec une offre obstétrique sur le territoire au CH Arras et à la Clinique les Bonnettes. • Avec une maternité de niveau 3, le CHA assure un rôle de recours et plus de la moitié des activités d'obstétrique et néonatalogie du territoire. Une offre complète néonatale au CHA, avec un service composé d'unités de réanimation néonatale, de soins intensifs, soins continus d'unités kangourou et koala. Le CHA est par ailleurs inscrit dans une démarche de labellisation « Initiative Hôpital Ami des Bébé ». • Des parts de marché stables en néonatalogie sont stables et qui s'élèvent à 54 %, et en légère augmentation l'obstétrique (+ 5 % entre 2015 et 2016). • Malgré un essoufflement des naissances entre 2014 et 2015(-4%), une redynamisation de l'activité entre 2015 et 2016 (+ 4% naissances). • Des collaborations bien ancrées au-delà du GHT : <ul style="list-style-type: none"> ○ une solide collaboration entre le CHA et le CH Lens, dans le cadre du réseau « Bien naître en Artois », dès le diagnostic anténatal (CPDPN Lens-Artois), jusqu'aux soins post-natal (les échographies de niveau 1 sont faites à Arras tandis que les confirmations par IRM se font à Lens). ○ un adressage des nouveau-nés au CHRU Lille et dans une moindre mesure au CH Lens pour la chirurgie néo-natale. • Une tension sur les effectifs de pédiatres sur le territoire, complexifiant la permanence des soins en néonatalogie : selon la DREES, dans le Pas-de-Calais la densité est de 6,4 pédiatres pour 100 000 personnes de moins de 16 ans contre pour 12 dans les Hauts-de-France et 21,4 en France métropolitaine.
<p>Principaux enjeux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir la permanence des soins en néonatalogie et maintenir l'excellence de la maternité de niveau 3 • Renforcer le positionnement du CHA sur son territoire • Renforcer les liens avec la médecine de ville pour favoriser les adressages
<p>Pistes d'actions</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Axe 2 : Améliorer l'attractivité de l'offre MCO en développant des prises en charge ciblées territorialement <ul style="list-style-type: none"> ○ Maintenir les consultations avancées de gynécologie-obstétrique au CH de Bapaume et au CH Ternois. ○ Communiquer sur l'offre existante au CH Arras, notamment la démarche de labellisation IHAB, la salle nature, les consultations allaitement ainsi que les soins de développement (compétences du personnel en soins de soutien au développement sensorimoteur du nouveau-né.) évoluant vers le NIDCAP ○ Poursuivre le recours au PRADO ○ Développer le partenariat avec Santélyls pour une HAD néonatale (puéricultrice de néonatalogie avec soins spécifique à domicile). • Axe 4 : Favoriser la collaboration médicale territoriale <ul style="list-style-type: none"> ○ Explorer davantage les possibilités de collaboration au travers du réseau « Bien naître en Artois », notamment celle d'un dispositif de garde au niveau régional pour assurer la permanence des soins de néonatalogie, et faciliter l'organisation des transferts néonataux ; ○ Développer les collaborations entre les pédiatres du territoire du GHT et ceux du réseau via le recours à la télé-expertise.

c) Indicateurs de suivi

- Nombre de naissances
- Nombre de consultations
- Parts de marché
- Taux de fuite

2.18.4 Prise en charge des troubles de l'apprentissage

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	<u>Pédopsychiatrie :</u> Adolescents : 6 lits HC CMP 10 places HDJ CATTTP Pédopsychiatrie de liaison <u>Périnatalité :</u> <u>Petite enfance :</u> CMP - CATTTP Dolto Arras 0 – 16 ans : CMP Dolto Vitry CMP Dolto Bapaume CATTTP Vitry		-
Activité (nombre de séjours, 2015)		-	-
Temps médical	4.6 ETP psychiatres		N/A
Permanence des soins	Astreinte ou garde sur place d'interne commune sur le pôle santé mentale		N/A

Une file active de **1 513 patients** en psychiatrie infanto-juvénile

13 306 consultations de pédopsychiatrie, 550 démarches d'accompagnement d'enfants, 1672 prises en charge de groupe



SAE 2015

b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Une offre de pédopsychiatrie disponible sur le territoire, avec un rôle territorial du CH Arras : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Le CHA a validé l'intégration du pôle santé mentale au sein de la communauté psychiatrique de territoire Artois • Une offre de consultations de neuro-pédiatrie proposée au CHA pour le diagnostic et le traitement des troubles de l'apprentissage, avec une prise en charge médicale et paramédicale pluridisciplinaire (pédiatres, orthophonistes). • Une collaboration avec des partenaires hors GHT pour l'orientation des enfants : écoles, MDPH, foyers d'hébergement social, ... • Certaines difficultés d'apprentissage sont secondaires à des troubles psychiques graves de l'enfant
Principaux enjeux	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la lisibilité de la filière des troubles de l'apprentissage • Renforcer la collaboration neuro-pédiatrie/pédopsychiatrie • Renforcer les collaborations avec les acteurs du territoire pour améliorer le repérage et l'orientation des enfants
Pistes d'actions	<p>Axe 1 : Développer l'offre sur certains besoins insuffisamment couverts</p> <ul style="list-style-type: none"> • Structurer le recours à un avis pédopsychiatriques sur des cas complexes • Structurer le recours à un avis neuro-pédiatrique sur des cas complexes <p>Axe 4 : Favoriser la collaboration médicale territoriale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clarifier le rôle des différents intervenants dans la filière de prise en charge des troubles de l'apprentissage. • Renforcer les liens avec les médecins de ville, notamment les médecins scolaires : <ul style="list-style-type: none"> ◦ renforcer la communication vis-à-vis des écoles et envisager des actions de formations des médecins scolaires sur les troubles de l'apprentissage ; ◦ élaborer un courrier type à destination des médecins scolaires, afin de disposer des informations nécessaires lors des bilans ; ◦ favoriser le diagnostic par les médecins scolaires.
Partenaires	<ul style="list-style-type: none"> • MDPH • CUA • ASE • Education nationale • Protection judiciaire de la jeunesse • PMI • PEP 62 • Etablissements médico-sociaux • Jude des enfants • Procureur de la République • Neurodev (??)

b) Indicateurs de suivi

- Délais de rendez-vous pour les consultations conjointes, pour les avis pédopsychiatriques des cas complexes, pour les avis neuro-pédiatriques des cas complexes
- Nombre de consultations conjointes, de consultations pédopsychiatriques et de consultations neuro-pédiatriques
- File active pour la filière troubles de l'apprentissage

2.18.5 – Procréation médicalement assisté

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	Consultations	Consultation gynécologique avancée avec possibilité de premier bilan en cas d'hypofertilité	Consultation gynécologique avancée avec possibilité de premier bilan en cas d'hypofertilité
Activité	2 293 consultations en 2016 1254 Echographies de monitoring de l'ovulation		-
Temps médical	1 ETP Médical (dont 0,2 au CH de Lens)	0.1	0.1
Permanence des soins	Garde sur place de Gynécologie-Obstétrique	-	-

Augmentation de 177 % du nb de consultations externes réalisées entre 2013 et 2016

Evolution de l'activité de PMA (stimulation ovarienne) de 76 % entre 2013 et 2016

En 2016, 84 grossesses évolutives ont été obtenues en PMA dont 9 gémellaires et une triple soit 95 bébés

b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

<p>Contexte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sur le territoire, le CH d'Arras est le seul établissement à disposer d'une offre de PMA, à l'exception de la fécondation in vitro, réalisée au CH Lens. • Un parcours bien structuré, en partenariat avec le CH Lens, qui dispose de l'agrément pour la fécondation in vitro : les consultations, le diagnostic, les échographies, les traitements, la stimulation de l'ovulation et l'insémination sont réalisés au CHA. En cas de FIV, les patientes sont adressées au CH Lens pour la ponction et le transfert d'embryon, puis suivies au CHA. • Une augmentation de l'activité, notamment liée au départ du seul gynécologue de ville d'Arras proposant des consultations et un suivi pour la PMA • Des délais de consultations longs (estimés à deux mois) en raison de tension sur les effectifs (un nouveau recrutement est prévu en novembre 2017) • Participation aux commissions mensuelles pluridisciplinaires de présentation des dossiers en vue d'une FIV au CH de Lens. • Participation à l'animation de la réunion d'information faite au couple sur la FIV au CH de Lens. • Les dossiers des infertilités par endométriose sévère sont présentés en réunion pluridisciplinaire au CHRU de Lille, maternité Jeanne de Flandre • Collaboration avec les gynécologues-obstétriciens et gynécologues chirurgicaux pour la réalisation des bilans initiaux, prescriptions des examens complémentaires et la prise en charge chirurgicale. • Collaboration avec le CH de Lens (Centre référent) pour les ponctions d'ovocytes et les transferts d'embryons dans le cadre des FIV, ainsi que pour la prise en charge des infertilités masculines
<p>Principaux enjeux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer l'attractivité du CHA et poursuivre le développement d'activité • Fluidification du parcours patient au sein du CHA pour la PMA • Diminution des délais de consultations en PMA • Maintenir les liens avec les hôpitaux partenaires hors GHT : CH Lens, CH Lille
<p>Pistes d'actions</p>	<p>Axe 1 - Développer l'offre territoriale sur certains besoins insuffisamment couverts</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer le temps médical dédié à cette activité pour absorber l'augmentation d'activité <p>Axe 2 - Améliorer l'attractivité de l'offre MCO en déployant des stratégies ciblées territorialement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elargir les créneaux de consultations dédiées à la PMA au CHA pour les rendre flexibles (par exemple, en début de soirée) et réduire les délais de rendez-vous • Mettre en place des consultations de psychologues pour améliorer la qualité de prise en charge des patients • Développer sur le CHA des réunions pluridisciplinaires (avec la présence de radiologues, chirurgiens, médecins spécialisés en PMA), pour des dossiers actuellement envoyés au CHRU Lille, tels que des cas d'endométriose. <p>Fluidifier le parcours patient au sein du CHA :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour la PMA, mettre en place un outil permettant aux patientes venant réaliser les différentes échographies sans repasser par l'accueil du service, afin de réduire l'attente avant la consultation • Engager une réflexion autour de la coordination avec le laboratoire du CHA, afin que les patientes suivies pour stimulation ovarienne puissent réaliser leurs prélèvements et obtenir leurs bilans le matin même au CHA, avant leurs échographies de l'après-midi. <p>Axe 4 - Favoriser la collaboration médicale territoriale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les liens avec la médecine de ville, afin de : <ul style="list-style-type: none"> ○ renforcer la communication sur l'offre de PMA proposée au CHA, attractives pour les patientes ○ clarifier le processus de prise en charge pour la PMA et former les médecins libéraux sur les bilans nécessaires avant la première consultation PMA (les

patientes sont souvent adressées sans bilans)

c) Indicateurs de suivi

- Délais de rendez-vous
- Nombre de consultations

2.18.6 – Diagnostic prénatal

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	<p>Consultations externes d'échographies obstétricales de dépistage, de génétique, de néphrologie et urologie anténatales</p> <p>Prise en charge néonatale des enfants suivis en DAN</p> <p>2 places HJ</p> <p>8 lits HC grossesses à haut risque</p>	-	-
Activité (2016)	<p>147 CS de génétique anténatale</p> <p>8 CS de néphrologie (Dr Novo)</p> <p>113 Echographies cardiaques fœtales</p> <p>122 Amniocentèse et biopsie de trophoblastes</p> <p>98 Diagnostic Prénatal Non Invasif</p>	-	-
Temps médical	4 ETP Médicaux (dont 0,2 au CH de Lens)	-	-
Permanence des soins	Garde sur place de Gynécologie-Obstétrique	-	-

Un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN) sur le territoire : au CH Lens



Un praticien à 60% assurant des consultations génétiques au Pôle Femme-Mère-Enfant du CHA

b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

<p>Contexte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le CH Arras dispose d'une offre large concernant le diagnostic anténatal et le suivi : réalisation de bilans, échographies, analyses génétiques, gestes interventionnels tels que les ponctions, amniocentèse, IVG, suivi des grossesses, soins post-natal, consultations • Un partenariat avec le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN) du CH Lens, centre de référence sur le territoire Artois-Ternois : <ul style="list-style-type: none"> ○ Présentation hebdomadaire de dossiers en réunion pluridisciplinaire au CPDPN, notamment pour les cas d'anomalies chromosomiques ou de malformations fœtales • Des collaborations avec le CHRU Lille pour les soins post-natals, à la suite du suivi anténatal : <ul style="list-style-type: none"> ○ adressage pour la chirurgie néonatale ; ○ consultations d'uro-pédiatrie et de néphro-pédiatrie de praticiens du CHRU au CHA. • Autorisation du Laboratoire de Biologie Médicale pour les examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels (inspection du 8 décembre 2015) • Mise en place depuis le 27/06/2016 du dépistage des trisomies 13, 18 et 21 par analyse de l'ADN fœtal circulant (DPNI) pour toutes les femmes à risque, en l'absence d'anomalie échographique. • Réalisation en interne des examens biologiques dont marqueurs sériques du premier et deuxième trimestre de la grossesse • Réalisation en externe du dépistage non invasif de la trisomie 21 (DPNI) et marqueurs sériques des grossesses gémellaires ou tardifs. • Réalisation des biopsies de trophoblaste, amniocentèse, amnio-drainage, interruptions médicales de grossesses et réductions embryonnaires • Prise en charge néonatale des enfants suivis en DAN • Suivi pédiatrique spécialisé de ces enfants : échographies rénales post natales et consultations de néphrologie et d'urologie post natales
<p>Principaux enjeux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer le dépistage anténatal des patientes du territoire Ternois Artois • Renforcer l'attractivité du CHA • Maintenir les liens avec les hôpitaux partenaires hors GHT : CH Lens, CH Lille
<p>Pistes d'actions</p>	<p>Axe 1 - Développer l'offre territoriale sur certains besoins insuffisamment couverts</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obtenir une autorisation pour une antenne du CPDPN sur le Centre Hospitalier d'Arras • Acquisition du matériel permettant la réalisation du DPNI sur site <p>Axe 2 - Améliorer l'attractivité de l'offre MCO en déployant des stratégies ciblées territorialement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réalisation d'échographies de référence sur site arrageois (formation en cours) • Proposer des consultations prénatales et post natales sur site d'un chirurgien orthopédique pédiatrique • Envisager en lien avec le CHRU de Lille de l'orthopédie pédiatrique pour la prise en charge de nouveau-nés avec une dysplasie des hanches, ne nécessitant pas d'opération : consultations anténatales et prise en charge au CHA • Envisager de créer une antenne du CPDPN sur le CHA, afin de valoriser les compétences médicales et activités de l'établissement • Renforcer la coordination entre les différents spécialistes intervenants pour le diagnostic prénatal et les soins post-natals (généticien, gynécologue obstétricien, pédiatres, ...) <p>Axe 4 - Favoriser la collaboration médicale territoriale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la communication avec la médecine de ville sur les prises en charges spécifiques concernant le diagnostic anténatal, attractives pour les patientes, tel que le diagnostic précoce et non invasif pour le dépistage de la trisomie 21, que le CH Arras propose gratuitement

c) Indicateurs de suivi

- Délais de rendez-vous
- Nombre de consultations

2.19.1 - Urgences / SAMU / SMUR

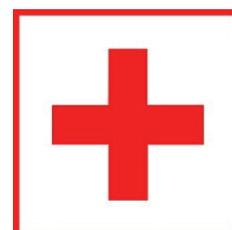
a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	N/A	-	-
Activité (2016)	40 294 passages aux urgences (adultes) 7 425 sorties SMUR terrestres 629 sorties SMUR aériennes	-	-
Temps médical	43.3 ETP dont 24 ETP titulaire ou contractuel	-	-
Permanence des soins	2 gardes urgences 3 gardes SMUR 3 gardes Centre 15	-	-

+ 4 % de passages aux urgences adultes entre 2015 et 2016

21 % des passages aux urgences sont suivis d'une hospitalisation en 2016

+ 2 % sorties SMUR terrestres entre 2015 et 2016, expliquées par une augmentation des sorties primaires (+4 %)



673 392 appels au SAMU, dont **92 %** décrochés et **40 %** entraînant une ouverture de dossier

+ 5 % de sorties SMUR aériennes entre 2015 et 2016, due à une augmentation des sorties secondaire **(+7 %)**

Données des établissements, 2016

b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

<p>Contexte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La prise en charge des urgences sur l'Artois-Ternois est exclusivement assurée par le CH Arras, qui dispose également de services de SAMU et de SMUR. • Une problématique d'accès aux soins d'urgences sur certaines zones du territoire (notamment la Sept Vallées) en raison de l'éloignement géographique. • Une anticipation et une régulation insuffisantes des difficultés médicales des personnes âgées, générant un nombre d'appel importants au SAMU et un afflux important aux urgences. • Des difficultés majeures pour le recrutement médical, entraînant un recours important à l'intérim au CHA (environ 10 ETP). • Une diminution du nombre d'interne au sein de l'établissement.
<p>Principaux enjeux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer l'accès aux soins d'urgence • Consolider les liens avec les médecins de ville et le personnel soignant des EHPAD pour mieux réguler les flux de patients avant leur arrivée aux urgences • Améliorer l'anticipation et la régulation des flux de patients âgés aux urgences • Renforcer l'attractivité médicale du CHA
<p>Pistes d'actions</p>	<p>Axe 1 : Développer l'offre sur certains besoins insuffisamment couverts</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'un réseau de « drop zone » permettant les sorties d'hélicoptère de nuit, afin de réduire les délais d'intervention du SMUR • Développer le recours à l'échographie embarquée qui constitue une avancée majeure dans l'identification des filières de soins dès la prise en charge pré-hospitalière. Prévoir la formation médicale en ce sens. <p>Axe 4 : Favoriser la collaboration médicale territoriale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer le rôle des médecins généralistes et du personnel paramédical des zones isolées du territoire dans la gestion des soins d'urgence afin de réduire les adressages aux urgences et appels au SAMU non pertinents, en particulier pour les personnes âgées : développer des formations aux médecins de ville et du personnel soignant des EHPAD aux soins d'urgences, inciter les jeunes médecins à participer au dispositif de médecins correspondants du SMUR. • Mettre en place des formations et plateformes d'échanges pour des retours d'expérience sur les soins d'urgence, destinés aux médecins de ville, par exemple en collaboration avec la Croix Rouge. Notamment, communiquer sur le dispositif de médecins correspondant du SMUR auprès de la médecine de ville afin de renforcer la participation. • Formaliser de manière graduée, les relations entre la médecine de ville et le SAU, notamment à travers la formalisation d'un circuit d'informations : partage des informations sur les patients (partage des dossiers médicaux avec la ville), partage d'un réseau informatique. <p>Axe 5 : Structurer les filières de soins non programmés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formaliser des protocoles sur les filières les plus critiques, notamment celles qui embolisent les urgences : personnes âgées, addictologie, psychiatrie, pédiatrie et traumatologie. • Mettre en place un dispositif de télé-urgences entre le SAU du CHA et les EHPAD et maisons de santé de Bapaume et du Ternois, afin de : <ul style="list-style-type: none"> ○ éviter les adressages aux urgences non nécessaires en orientant les patients sur d'autres services ou structures, ou en leur permettant de rester à domicile avant d'être examinés en consultation programmée ○ réguler les flux de patients avant l'arrivée aux urgences. • Créer une UHCD ainsi qu'une zone d'accueil post-urgence adossées au SAU du CHA, afin fluidifier les parcours et renforcer la qualité de prise en charge des patients. • Améliorer l'attractivité médicale de l'établissement afin de favoriser la venue d'interne et le recrutement d'urgentistes au CHA, notamment à travers une meilleure valorisation du temps additionnel, la réhabilitation de l'internat et une revue de la politique d'accompagnement et de formation) • Favoriser le recours interne au CH Arras pour la chirurgie de la main

c) Indicateurs de suivi

- Bilan d'activité annuel et analyse comparative sur 5 ans :
 - Nombre de passages aux urgences
 - Ratio : nb d'appels au SAMU / nb de dossiers médicaux ouverts
 - Ratio : Nb de dossiers médicaux ouverts / nb de sorties SMUR
 - Nombre de sites distant équipés en télé médecine

- Nombre de « drop zone » ouvertes

- Temps de séjour au SAU par motif d'entrée et analyse comparative sur 5 ans.

- Nombre d'ETP personnel médical par an.

2.19.2 - Anesthésie et Réanimation

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Prise en charge	10 lits HC réanimation adulte 8 lits HC réanimation néonatale	-	-
Activité en anesthésie et réanimation (2016)	<u>Anesthésie :</u> 6 786 consultations externes 1 940 consultations hospitalières 289 actes CCAM <u>Réanimation-USC :</u> 1 111 RUM	-	-
Temps médical	6,8 ETP anesthésistes 9 ETP réanimation adulte 3,1 ETP réanimation néonatalogie	-	-
Permanence des soins	Garde	-	-

Augmentation du nombre de consultations externes en anesthésie : **+ 5 %** (2015 - 2016)

Entre 2015 et 2016 :
+ 5 % d'activité en réanimation
- 11,4 % d'activité en USC

Augmentation du nombre de consultations externes en anesthésie : **+ 9,5 %** (2015 - 2016)



Un **taux d'occupation** des lits de réanimation et soins critiques en baisse : 93,1% en 2015,

Données établissement, 2016-2015

b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

Contexte	<ul style="list-style-type: none">• Une prise en charge en anesthésie proposée au CH d'Arras, mais pas de consultations avancées d'anesthésistes à Bapaume et Saint Pol. De même, l'offre de soins de réanimation et de surveillance continue est concentrée sur le CHA, soulevant une problématique d'accès aux soins pour les zones éloignées• L'absence de plateau technique au CHB et CHT limite les possibilités de développer la prise en charge en anesthésie sur le territoire, et soulève une problématique d'accès aux soins pour les zones éloignées. Les patients de Bapaume et Saint sont adressés de façon privilégiée au CHA en cas de besoin.• Une tension sur les effectifs médicaux anesthésistes du CHA importante, mais qui impacte peu l'activité du bloc opératoire de l'établissement.• La mutualisation de la réanimation et surveillance continue, et de l'unité de soins critique en 2014 a permis une fluidification du parcours patient au CHA.• Une collaboration avec le CHRU Lille pour pallier à la pénurie médicale en anesthésie : présence d'un assistant à temps partagé au CHA• Le CHA est autorisé au prélèvement de tissus en 2017
Principaux enjeux	<ul style="list-style-type: none">• Améliorer les parcours ambulatoires de chirurgie• Renforcer l'attractivité médicale du CHA dans un contexte de difficultés de démographie médicale• Conforter les équipes médicales d'anesthésistes en particulier• Améliorer le maillage territorial en ayant recours à la télémédecine pour des pré-consultations d'anesthésie
Pistes d'actions	<ul style="list-style-type: none">• Axe 1 : Développer l'offre sur certains besoins insuffisamment couverts<ul style="list-style-type: none">○ Mettre en place des plages de téléconsultations pré-anesthésie aux CHB et CHT, ainsi que dans les EHPAD et les centres de détention d'Arras et de Bapaume, afin d'éviter les déplacements des patients, en lien avec les personnels paramédicaux de ces structures (nécessite l'acquisition d'un stéthoscope électronique)○ Mener une réflexion sur la mise en place d'une unité post-chirurgicale○ Former le personnel au prélèvement de cornée et d'épiderme• Axe 4 : Favoriser la collaboration médicale au sein du CHA<ul style="list-style-type: none">○ Développer des projets au sein du CH d'Arras avec d'autres services, tel que la sismothérapie avec le service de psychiatrie.

c) Indicateurs de suivi

- Nombre de consultations et d'actes réalisés en anesthésie
- Nombre de séjours en réanimation
- Taux d'occupation des lits de réanimation
- Nombre de postes vacants

2.20.1 - Biologie

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Plateau technique	Laboratoire de biologie médicale avec des unités : <ul style="list-style-type: none"> - Biochimie - Microbiologie - Immunologie - Toxicologie - Hématologie - Biologie délocalisée 		
Nombre de B (2015) (1)	34 603 734	-	-
Activité externe (2016) (1)	487 796	-	-
Activité hospitalisation (2016) (1)	1 213 461	-	-
Temps médical (2)	5,3 ETP biologistes	-	-
Permanence des soins	Astreinte	-	-

Sources : (1) données CHA 2015, (2) données déclaratives

1 laboratoire de biologie au sein du GHT

Une activité du laboratoire du CHA à hauteur de **34 603 734 B en 2015**

Une augmentation de **18 %** de l'activité (nombre de B) du CHA par rapport à 2014

Une augmentation de l'activité externe de **3,4 %** entre 2015 et 2016



b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

<p>Contexte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Au sein du GHT, seul le CH d'Arras dispose d'un laboratoire de Biologie Médicale et assure, au travers de conventions, les examens de biologie des centres hospitaliers de Bapaume et du Ternois. • Le plateau technique de Biologie est innovant • Le laboratoire de biologie médicale est accrédité aux normes ISO par le COFRAC. • L'activité du laboratoire du CHA est en augmentation maîtrisée. <p>Le contexte environnant (autres GHT et réseaux de laboratoires privés sur le territoire de santé) amène cependant à poursuivre le positionnement de ce Laboratoire.</p>
<p>Principaux enjeux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Répondre dans un contexte de démarches de qualité aux besoins des patients et services cliniques • Anticiper la pérennisation des activités dans un contexte concurrentiel • Renforcer le positionnement du laboratoire sur le territoire
<p>Pistes d'actions</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Axe 2 : Améliorer l'attractivité : <ul style="list-style-type: none"> ○ Renforcer l'activité externe déjà existante au CH Arras. ○ Améliorer la communication en intra-hospitalier, au sein du GHT et auprès de la médecine de ville pour mieux valoriser le laboratoire, et notamment mieux faire connaître la consultation externe du CHA, permettant des prélèvements aux patients extérieurs. ○ Conforter le développement de techniques innovantes (film Array / Spectrométrie de masse, Biologie Moléculaire, Biologie Délocalisée ...) • Axe 4 : Favoriser la collaboration médicale territoriale <ul style="list-style-type: none"> ○ Développer de nouvelles collaborations avec des structures, au-delà du GHT, permettant de développer l'activité, notamment : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Poursuivre la collaboration avec la médecine de ville pour la réalisation des examens de biologie. ▪ Développer des collaborations avec les EHPAD du territoire. ○ Travailler sur les pertinences de prescriptions

c) Indicateurs de suivi

- Nombre de B
- Nombre d'examens réalisés pour des patients externes
- Nombre de conventions de partenariat sur le territoire
- Pourcentage d'activité accréditée

2.20.2-Imagerie

A. Objectifs et enjeux de la filière

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Plateau technique	2 scanners (1 exploité en GIE) 2 IRM (1 exploitée en GIE) 1 angiographie numérisée 1 mammographe 3D	-	-
Activité (ICR réalisés, 2016)	2.918.135 (tous secteurs)	-	-
Temps médical	4,9 ETP en imagerie centrale	-	-
Permanence des soins	Astreinte	-	-

53 241 actes de radiologie

23 094 scanners (CHA + GIE)

11 933 IRM (CHA + GIMA)

3 900 échographies

Entre 2015 et 2016

-3% d'actes de radiographie conventionnelle

+13% d'actes de mammographies

+21% actes d'échographie

+17% actes d'IRM

+22% actes de scanner

+3 % actes de radiologie entre 2015 et 2016



b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Au sein du GHT, un plateau d'imagerie concentré au CH d'Arras (radiographie, IRM, scanner, échographie, mammographie, ...) qui complexifie l'accès à l'offre publique sur le territoire. A Bapaume et Saint Pol, les plateaux techniques d'imagerie existants relèvent du privé. • Une collaboration avec le privé dans le cadre de GIE : GIMA pour l'IRM et GIE Churchill pour le scanner. • Une activité au CHA qui se consolide, avec une augmentation de 17 % des actes d'imagerie entre 2014 et 2015 mais une attractivité qui reste à renforcer pour parvenir à fidéliser les effectifs médicaux (uniquement 2 temps pleins et 8 praticiens à temps partiels pour un total de 4,9 ETP médicaux en imagerie centrale).
Principaux enjeux	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer l'accès à l'offre d'imagerie sur le territoire, notamment pour l'imagerie de coupe. • Réduire les délais de rendez-vous pour l'IRM du CHA • Stabiliser les équipes médicales du CHA • Identifier et renforcer les parcours patients existants pour sécuriser les prises en charge des différents flux patients
Pistes d'actions	<p>Axe 1 : Développer l'offre territoriale sur certains besoins insuffisamment couverts</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer l'attractivité médicale au CHA afin de stabiliser les effectifs médicaux et réduire les délais de rendez-vous, notamment pour l'accès à l'IRM. • Installer des modalités d'imagerie en coupe complémentaires : IRM en partenariat avec le privé, scanner embarqué <p>Axe 4 : Favoriser la collaboration médicale territoriale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer des liens avec des cabinets privés de radiologie à Bapaume et Saint Pol, pour renforcer l'accès à l'imagerie sur le territoire. Cela permettrait également de renforcer l'adressage des patients vers le CH Arras. • Renforcer les collaborations avec le CH Bapaume et le CH Ternois afin de faciliter l'accès à l'imagerie du CHA pour les patients du GHT. • Développer l'activité d'imagerie interventionnelle en partenariat avec les différentes spécialités chirurgicales et médicales du GHAT • travailler sur la pertinence de prescription

c) Indicateurs de suivi

- Délais d'obtention de rendez-vous pour l'IRM
- Evolution de l'activité : imagerie de coupe, mammographie et échographie
- Nombre d'ETP de radiologues au CHA

2.20.3-Pharmacie

A. Objectifs et enjeux de la filière

a) Chiffres clés

	CH Arras	CH Bapaume	CH Ternois
Présence d'une stérilisation ?	Sous-traitance	Non	Non
Consommation médicamenteuse annuelle en 2015* (SAE, €)	15 560 000	178 000	410 500
Temps médical	6,6 ETP	1.35 ETP mis à disposition par le CHA	1 ETP du CHT 0,75 ETP mis à disposition par le CHA
Permanence des soins	Astreinte	Astreinte du CHA	Astreinte du CHA

*Source : SAE 2015

3 PUI sur le territoire

16 148 500 € de médicaments consommés sur le GHT en 2015

2,05 ETP pharmaciens du CHA mis à disposition au sein du GHT



SAE et données établissements 2015

b) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Une bonne couverture en pharmacie au sein du GHT : chaque site possède une PUI. • Un rôle des établissements du GHT sur le territoire : la PUI du CH Ternois dessert les structures d'Auxi-le-Château et Saint Pol (EHPAD, foyers de vie pour personnes handicapées, etc.) • De bonnes collaborations au sein du GHT afin d'optimiser les ressources médicales : <ul style="list-style-type: none"> ○ tous les praticiens du CH de Bapaume sont mis à disposition par le CH d'Arras ; ○ une mise à disposition d'un praticien du CHA au CH du Ternois, qui travaille avec le pharmacien de l'établissement de proximité ; ○ l'astreinte du CHA couvre la permanence pharmaceutique du CH Ternois et du CH de Bapaume
Principaux enjeux	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir la continuité des traitements lorsque des transferts de patients entre établissements.
Pistes d'actions	<p>Axe 4 : Favoriser la collaboration pharmaceutique territoriale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Création d'un Pôle Inter-établissement pour la pharmacie <ul style="list-style-type: none"> ○ Créer une équipe de pharmaciens commune aux 3 établissements du GHT ○ Créer un livret thérapeutique commun aux différents établissements du territoire ainsi qu'un partage des pratiques et références utilisées. ○ Faire converger les logiciels informatiques de prescription et d'analyse pharmaceutique (actuellement Arras a un logiciel différent de Bapaume et Ternois qui ont le même) ○ Mutualiser les achats de gaz à usage médical ○ Assurer la fabrication des préparations magistrales du CH Ternois et du CH Bapaume au CH Arras ○ Ecrire une politique de prise en charge médicamenteuse commune • travailler sur la pertinence de prescription

c) Indicateurs de suivi

- Croissance du nombre de références communes dans les livrets thérapeutiques ;
- Nombre de préparations de cytotoxiques par le CHA par an.
- Nombre de préparations magistrales réalisées pour le CH Ternois et le CH Bapaume
- Nombre de lits avec analyse pharmaceutique
- Nombre de lits en DIN
- Nombre de procédures PUI communes

2.21 - Réponses aux situations sanitaires exceptionnelles

a) Fiche descriptive de la filière et stratégie du projet médical partagé

Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Une unité de médecine de catastrophe organisée par le SAMU 62, chargée de préparer et coordonner la réponse de l'aide médicale urgente en cas de situation exceptionnelle. Un matériel spécifique à disposition de cette unité (unité de décontamination, lot NRBC, tentes). Un rôle de prévision/anticipation (élaboration des plans constitutifs du dispositif ORSEC et organisation des modalités de déploiement des équipes médicales sur des scènes de catastrophe) et d'une composante opérationnelle (activée en cas de situation réelle). • Par ailleurs, CHA dispose d'un Plan Blanc pouvant être déclenché par le directeur ou à la demande du Préfet. • Des procédures « plan blanc » existantes au sein des CH d'Arras / Bapaume et St Pol (en cours de finalisation) qui intègrent les orientations du schéma ORSAN et recense les moyens susceptibles d'être mobilisés en cas d'afflux de patients, ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle. • Des exercices Plan Blanc assurés régulièrement au CHA.
Principaux enjeux	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir la continuité et la qualité des soins en adaptant les modes de prise en charge aux situations sanitaires exceptionnelles (épidémie/pandémie ou catastrophe naturelle/volontaire notamment, attentats terroristes). • Identifier et promouvoir les missions du SAMU dans la gestion des situations d'exception afin d'obtenir les meilleures conditions matérielles et humaines de prise en charge. • Fluidifier le flux de patients aux urgences en cas de situation sanitaire exceptionnelle et d'afflux massifs de patients.
Pistes d'actions	<p>Axe 5 : Structurer les filières de soins non programmés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer et maintenir des formations spécifiques au sein du CESU 62 pour le personnel hospitalier et les médecins de ville (gestion des risques, notamment NRBC, attentats terroristes, intervention en cas de catastrophe). <ul style="list-style-type: none"> ◦ Le CHA a notamment développé une formation relative au « damage control » au sein de l'établissement, qui vise à être développée en externe. • Identifier et caractériser les niveaux d'alertes. • Maintenir des exercices plan blanc réguliers : au moins un exercice par an.

b) Indicateurs de suivi

- Nombre de médecins /personnel paramédical formés aux situations sanitaires d'exception.
- Nombre d'exercices effectués dans l'année.



Groupe Hospitalier
Artois-Ternois

L'EXCELLENCE POUR TOUS