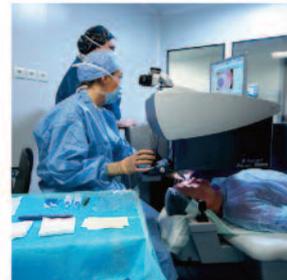
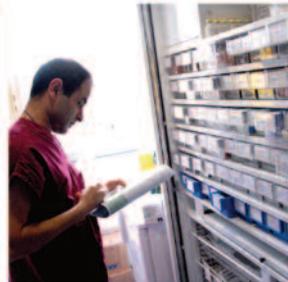




Fondation A. de Rothschild

De l'œil au cerveau



Projet institutionnel
2017-2021



TRANSMETTRE
INNOVER
S'ENGAGER

La Fondation A. de Rothschild est membre du réseau philanthropique des Fondations Edmond de Rothschild qui, à l'échelle internationale, œuvrent pour la promotion de l'éducation, la recherche médicale, les arts et l'entrepreneuriat social.



Un statut spécifique, fruit d'une histoire

Selon les dernières volontés du baron Adolphe de Rothschild, décédé le 7 février 1900, son épouse la Baronne Julie-Caroline, entreprend de faire construire un établissement spécialisé en ophtalmologie, destiné aux « indigents », à l'instar de l'Hôpital Ophtalmique qu'il avait déjà créé à Genève.

Léguant le montant nécessaire pour acheter un terrain mais également pour constituer une rente importante afin d'en assurer le fonctionnement, il avait précisé que les malades, traités à titre entièrement gratuit, devraient y être admis « sans distinction de religion ou d'opinions politiques », disposition inédite à l'époque.

Après l'assurance d'une indépendance administrative complète de la Fondation, les travaux de construction commencent en 1902 : selon les vœux du baron Adolphe, les architectes Chatenay et Rouvre dessinent un bâtiment novateur qui s'accorde avec les idées visionnaires du médecin-directeur, l'éminent Dr. Trousseau, déjà préoccupé de ce que l'on appelle aujourd'hui « l'humanisation » de l'hôpital.

L'ouverture de l'établissement, le 1^{er} mai 1905, fait entrer la Fondation en pleine activité : 80 510 consultations la première année, puis 105 051 la deuxième, témoignent du succès immédiat de cet hôpital d'exception, qui offre gratuitement des consultations, des soins et des médicaments. De la crèche permettant aux mères de rester près de leurs enfants malades aux consultations du soir offertes aux ouvriers ne pouvant quitter leur lieu de travail en journée, tout est fait pour conjuguer l'excellence médicale avec un véritable engagement social.

Après la reconnaissance d'utilité publique de la Fondation en 1909, c'est Edmond de Rothschild, cousin germain du Fondateur, qui prend la présidence du Conseil d'Administration, puis son fils Maurice en 1934.

Durant toutes ces années, la Fondation suit les inflexions de l'histoire : les circonstances autour de l'affaire Dreyfus renforcent la volonté de la baronne Julie de Rothschild d'affirmer la citoyenneté résolument française de sa famille et l'engagement de cette dernière pour un Etat à la fois tolérant et républicain.

Pendant la guerre de 1914-1918, une partie de la Fondation est mise à la disposition du Service de Santé militaire, tandis qu'en 1937, de nouveaux statuts permettent à la Fondation de s'adapter au régime des Assurances Sociales, tout en continuant à assurer la gratuité des soins aux personnes à faibles revenus.

Quand éclate la seconde guerre mondiale, la Fondation continue de fonctionner jusqu'à l'entrée des nazis dans Paris. De 1940 à la Libération, ils en occupent les locaux en y détruisant le matériel et les archives.

La période d'après-guerre nécessite un effort considérable de reconstruction de l'hôpital, dans lequel s'investit personnellement la baronne Noémie, épouse de Maurice de Rothschild. Son fils Edmond prend le 4 septembre 1957 la présidence du Conseil de la Fondation et donne un souffle nouveau par sa générosité de mécène et son engagement pour le progrès de la recherche scientifique et le confort des patients.

Sous son impulsion et grâce à l'aide qu'il apporte, dont l'ampleur financière et opérationnelle est comparable à celle du legs du Fondateur, l'année 1962 voit débiter une nouvelle ère pour la Fondation. Une rénovation majeure est entreprise en étroite collaboration avec tout le personnel de l'hôpital et les meilleurs experts en France et à l'étranger. La Fondation est remodelée et repensée pour optimiser ses performances médicales ainsi que l'accueil des patients.

Grâce aux technologies de pointe dont elle est dotée (certains appareils ayant été réalisés spécialement pour la Fondation), l'activité des laboratoires de clinique et de recherche se développe, et de nouvelles disciplines commencent à s'exercer (radiologie, neurologie, cardiologie et rhumatologie).

En 1990, la Fondation renforce son engagement pour l'intérêt général en initiant sa participation au Service Public Hospitalier, le Conseil d'Administration adoptant par ailleurs la stratégie d'une spécialisation sur les pathologies « tête et cou » de l'adulte et de l'enfant.

Bénéficiant d'une convention d'association hospitalo-universitaire depuis 1997 avec le CHU d'Ile-de-France, la Fondation dispose depuis 2010 du statut d'établissement de santé privé d'intérêt collectif. Elle pratique exclusivement des tarifs conventionnés sans dépassement d'honoraires.

Cette histoire extraordinaire traduit l'engagement indéfectible du personnel de la Fondation et de la famille qui la préside en faveur de l'excellence médicale et de la responsabilité sociale. Elle permet aujourd'hui à la Fondation d'être un centre spécialisé de soins, d'enseignement et de recherche dont la qualité exceptionnelle est reconnue tant en France que dans le monde.



Introduction

En restant fidèle à ses valeurs et missions, la Fondation Ophthalmologique Adolphe de Rothschild est résolument engagée dans son ensemble dans la réponse aux enjeux et défis des années à venir.

Depuis plus d'un siècle, la Fondation développe un savoir-faire spécifique dans un environnement unique en France, autour des pathologies de l'œil et du cerveau, des pathologies et prises en charge frontalières de la tête et du cou.

C'est cet axe de transversalité dans une prise en charge multidisciplinaire que la Fondation continuera à développer avec les innovations technologiques et les innovations thérapeutiques la maintenant à la pointe du progrès médical. Qualité des soins pour tous et progrès médical sont en effet au cœur de cette Institution dont les qualifications académiques et cliniques en font un partenaire-clé des facultés de médecine et grands établissements scientifiques.

Ses valeurs de solidarité sociale, d'ouverture multi-culturelle et d'excellence font écho avec le réseau philanthropique des Fondations Edmond de Rothschild dont elle est membre, qui œuvrent à l'échelle internationale pour promouvoir l'éducation, la recherche médicale, les arts et l'entrepreneuriat social.

Ses valeurs et les missions de service public auxquelles la Fondation est associée constituent autant d'atouts pour situer pleinement son action dans les enjeux du projet régional de santé et des différents volets du SROS qui la concernent.

Dans ce cadre global, le fil conducteur de son projet institutionnel 2017-2021 est ainsi le suivant : un positionnement d'excellence, bien structuré sur le plan territorial, garantissant à tout patient une prise en charge optimale et permettant une reconnaissance de niveau international.

En premier lieu, il reviendra ainsi à la Fondation de maintenir et d'amplifier son positionnement hyperspécialisé dans le périmètre « tête et cou » en visant les dispositifs de labellisation de type centre de référence et de recours pour toutes ses surspécialités : activités ophtalmologiques spécialisées, pathologies vasculaires cérébrales, épilepsie, mouvements anormaux et Parkinson, pathologies de la base du crâne, pathologies inflammatoires et infectieuses du système nerveux, pathologies neurocognitives adultes et enfants en particulier.

Dans cette logique, la dynamique de développement de la recherche clinique et des innovations enclenchées au cours du précédent plan stratégique devra être consolidée et amplifiée, notamment en renforçant le périmètre et les moyens du centre d'investigation clinique en lien avec l'Institut de la Vision, en investiguant les champs prometteurs de la génétique, de la robotique chirurgicale et des interfaces cerveau - machine, en développant les partenariats internationaux, mais aussi en s'investissant dans les projets d'innovations organisationnelles et d'évaluation des technologies.

Il devra en être de même de l'ancrage hospitalo-universitaire de la Fondation, qu'il s'agisse de la poursuite de l'augmentation du nombre d'internes, du développement d'une offre de formation continue, de l'augmentation du nombre d'équipes hospitalo-universitaires accueillies, sans oublier la dimension internationale de la démarche.

La logique de centre de référence et de recours implique aussi un positionnement fort dans les dispositifs régionaux de permanence des soins. Les avancées importantes réalisées par la Fondation dans ce domaine au cours du précédent plan stratégique devront ainsi être consolidées et renforcées dans les années à venir, qu'il s'agisse de l'amélioration des capacités d'accueil des urgences ophtalmologiques, de la labellisation de recours de l'UNV, de l'intégration de la Fondation en tant que centre de recours dans le cadre de la PDSSES de neurochirurgie - NRI - neuroréanimation ou encore de la structuration d'une offre d'urgences neurologiques au-delà des seules pathologies neurovasculaires.

Dans tous les aspects qui viennent d'être évoqués, la stratégie, le positionnement et le profil d'activité de la Fondation s'inscrivent dans une logique partenariale forte, à même d'assurer une prise en charge optimale, au moyen de parcours de soins centrés sur le patient.

Cette logique partenariale doit présider en interne, une des principales forces de la Fondation résidant dans la cohérence de l'articulation entre ses différentes disciplines « tête et cou ». Le renforcement de la transversalité des prises en charge s'impose ainsi comme un objectif majeur du projet d'établissement 2017-2021 : montée en charge des filières en ophtalmologie, création d'une structure d'hôpital de jour « interspécialités », développement d'un circuit de prise en charge des pathologies médico-chirurgicales du rachis, développement des synergies dans le champ neurovasculaire, structuration de filières dédiées aux patients diabétiques. Cette logique est en effet essentielle, tout particulièrement s'agissant de la prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques.

Cette logique partenariale doit également s'articuler en externe, les partenariats inter-hospitaliers devant encore être renforcés et consolidés : association aux deux GHT réunissant les établissements publics de santé de l'est parisien, renforcement du partenariat avec le GH Diaconesses - Croix St Simon, renforcement du partenariat avec le CHNO des Quinze-Vingt dans les domaines de la recherche et des innovations dans une logique de pôle d'excellence de niveau européen, consolidation de l'accord-cadre de coopération avec Robert-Debré, développement des partenariats avec les structures d'aval SSR et gériatrique...

Parallèlement, afin de répondre aux importants besoins de santé publique en secteur 1 dans le champ « tête et cou » et de consolider son recrutement, la Fondation a vocation à créer différents centres externes et antennes dans Paris, soit en propre, à l'image du centre de santé Edmond de Rothschild, soit en partenariat avec d'autres structures (création de « corners Fondation » au sein d'autres structures de santé), en ophtalmologie, en neurologie ou encore en imagerie. Dans ce cadre, les opportunités que devraient offrir dans le futur les dispositifs de coopération entre professionnels de santé couplés à la télé-médecine (e-consultations) devront être étudiées avec attention.

Cette ambition de répondre au mieux aux besoins de santé publique et à leurs évolutions devra par ailleurs conduire la Fondation à développer ses activités de pédiatrie, à améliorer les parcours de soins des personnes fragilisées par le handicap ou l'âge et à consolider ses activités de cancérologie chirurgicale, l'objectif étant d'offrir une accessibilité totale aux soins, quel que soit le profil des patients.

La Fondation réaffirme ainsi sa volonté de maintenir l'ensemble de ses activités en secteur 1 avec des tarifs opposables sécurité sociale. Il s'agira cependant pour elle de parvenir à augmenter sa capacité d'accueil et de prise en charge des patients, notamment en réduisant les durées de séjour au moyen d'une optimisation des parcours péri-opératoires : poursuite du virage ambulatoire, développement d'une offre d'hôtellerie hospitalière, développement du recours à l'hospitalisation à domicile, réhabilitation améliorée après chirurgie, exploitation des potentiels offerts par les objets connectés en santé...

La mobilisation des dispositifs numériques innovants au bénéfice des parcours de soins s'impose en effet comme un axe de développement majeur dans les années à venir.

En dernier lieu, forte de toute cette dynamique, la Fondation ne peut que renforcer son engagement à l'international, et ce, autour de 3 axes : le développement de partenariats hospitalo-universitaires internationaux, l'accueil de patients étrangers payants et des actions de coopération dans les pays en voie de développement.

Les réponses apportées par la Fondation à tous ces enjeux doivent tenir compte des exigences et des attentes croissantes des patients vis-à-vis des établissements de santé, du point de vue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge, de l'accompagnement dans la maladie et le handicap, de l'information et de l'éthique.

Le projet qualité et gestion des risques, centré sur le patient, sur la bienveillance apportée par des professionnels soucieux de respecter ses droits fondamentaux, d'améliorer et d'évaluer leurs pratiques au quotidien dans un souci de sécurité et de fiabilité est le socle autour duquel s'articulent le projet médical, le projet de soins et le projet social de l'établissement. Il témoigne d'un engagement fort de la communauté médicale et hospitalière d'un souci constant de progression de pratiques et de leur évaluation.

Pour servir ces objectifs de santé publique et de qualité de prise en charge, l'Institution se doit de relever plusieurs défis.



Ces défis concernent l'adaptation de ses organisations, de ses ressources humaines, techniques et financières dans un contexte de saturation de l'exploitation de ses surfaces et de stagnation des moyens dont elle dispose.

Les virages pris par la Fondation depuis près d'une dizaine d'années en se tournant résolument vers la chirurgie ambulatoire, les séances en médecine, la densification de son plateau technique, la robotisation de certains équipements, en font un établissement atypique dans sa performance. Pour autant, et bien que sa petite taille lui confère une dimension humaine propice à l'inter-disciplinarité, sa taille critique appelle de nouveaux efforts d'organisation dans toutes les dimensions.

La Fondation est un établissement dans lequel la productivité de l'activité doit continuer à se mesurer non pas tant au nombre de lits, mais à la rapidité et la volumétrie de séjours ou de passages courts à la fois dans des lits chauds, mais aussi dans des plateaux techniques, de jour et de consultations, alliant l'exploration non invasive aux actes lourds.

L'accentuation de la régulation de l'activité et l'exploitation des marges de manœuvre encore disponibles sont autant de leviers permettant l'accroissement de la productivité.

Le développement des prises en charges ambulatoires en médecine et en chirurgie au bénéfice des patients permises par des gestes et thérapeutiques innovants ne pourra se poursuivre qu'au prix d'efforts d'organisation tant sur les aspects de processus du parcours du patient, que sur les professionnalisations des compétences et des pratiques.

Dans le même temps et le même esprit, ces développements impactent nécessairement nos infrastructures. Conformément aux objectifs fixés dans le schéma directeur des investissements 2012-2016, la Fondation a relevé le défi de mettre aux normes l'ensemble de ses locaux, de rénover, renouveler et améliorer l'efficacité de toutes ses capacités de production, tout en répondant présente au rendez-vous de l'innovation.

Consolidée dans ses fondamentaux et avec une activité désormais soutenue dans l'ensemble de ses spécialités, la Fondation s'inscrit dans cette même dynamique pour la période 2017-2021 :

- Poursuite des extensions capacitaires : en effet, la forte hausse d'activité qui s'est traduite par une augmentation exceptionnelle du chiffre d'affaires en 5 ans, devra se poursuivre au cours des 5 prochaines années pour amortir les évolutions tarifaires baissières à venir et préserver ainsi l'équilibre budgétaire de l'établissement et sa capacité d'investissement pour les années futures ;
- Renforcement de l'investissement dans la recherche, l'innovation et le numérique, domaines clefs pour asseoir le leadership hospitalo-universitaire de la Fondation dans ses spécialités ;
- Maintien à niveau des locaux désormais rénovés et réduction de l'empreinte carbone de la Fondation, dans une logique écoresponsable.

Comme cela a pu être évoqué à plusieurs reprises précédemment, le système d'information représente un point crucial pour le déploiement du projet institutionnel 2017-2021.

De très nombreux et importants changements et améliorations sont d'ores et déjà intervenus depuis 2012 dans ce domaine. Les bases ont été posées et il conviendra, sur les 5 prochaines années, de poursuivre cette dynamique pour pouvoir en tirer tous les fruits en termes de sécurisation et d'optimisation des processus métiers, quels qu'ils soient. On pense en particulier aux dossiers de spécialités nécessaires pour compléter le dossier patient informatisé, à la dématérialisation, à la télé-médecine, à la gestion des accès aux applicatifs, à la reconnaissance vocale, à l'interopérabilité applicative, ou encore à l'analyse et à l'exploitation des données de tout ordre.

L'objectif consiste ainsi à faire du système d'information non seulement un vecteur d'optimisation mais aussi un levier d'innovation, dans les interactions avec les patients (accueil, séjour hospitalier, gestion du handicap, suivi et soins hors hôpital), dans le renforcement des collaborations entre acteurs, tant en interne qu'en externe, et comme catalyseur de croissance.

Alors même que la majorité des recettes de la Fondation est limitée par ses capacités d'accueil physique, la poursuite de l'objectif de l'équilibre financier constitue un défi supplémentaire dont la réussite conditionne les investissements à venir et la poursuite de la dynamique de croissance. Toutes les orientations définies précédemment devront y concourir, dans une logique croisant dynamique d'activité, haut niveau des infrastructures et des pratiques professionnelles, fiabilisation générale de l'exploitation et efficacité accrue des organisations.

L'investissement professionnel et les qualifications des personnels de l'établissement représentent ainsi un des principaux facteurs clé de cette ambition. C'est donc autour de ces deux objectifs prioritaires que le projet de soins et le projet social ont été élaborés.

Dans ce cadre, le projet de soins s'articule notamment autour des axes majeurs suivants : travailler sur les métiers soignants sensibles, favoriser l'évolution de la coopération entre professionnels de santé, participer au développement de nouveaux métiers en renforçant le développement professionnel continu, optimiser l'organisation et la coordination des soins, soutenir le développement de la recherche en soins ou encore garantir une ligne managériale claire et partagée.

Le projet social accorde quant à lui une importance majeure à la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (emploi des seniors, formation professionnelle, mobilité interne et externe, gestion des talents), à l'amélioration de l'accueil, de l'intégration et de la fidélisation des personnels, à l'organisation du travail (développement du télétravail, travail de nuit, conciergerie), à la qualité de vie au travail (reconnaissance du personnel, risques professionnels), à la communication (représentation et expression du personnel), ainsi qu'au développement durable et à la responsabilité sociale de l'entreprise (valeurs collectives, emploi des handicapés, actions humanitaires, projet vélo).

Innovation par rapport au précédent plan stratégique, et dernière pierre de l'édifice, le projet culturel, établi en lien étroit avec les Fondations Edmond de Rothschild, vise principalement à intégrer la culture dans le parcours de soin, susciter de nouvelles formes de relations sociales et décloisonner les services par des activités culturelles communes, fédérer et redynamiser les équipes en interne et contribuer à rendre la culture accessible à tous.

Le patient est au cœur de notre action ; il est donc normal que l'ensemble de notre dynamique et réflexions stratégiques accordent une place importante aux usagers et à leurs représentants. Un volet du nouveau projet institutionnel est ainsi spécifiquement dédié à ce sujet, qu'il s'agisse de l'implication des représentants des usagers, de la prise en compte des évaluations des usagers, de leur information ou encore de l'amélioration de la vie hospitalière.

Au total, ce projet institutionnel 2017-2021 englobe tous les aspects d'un fonctionnement hospitalier moderne et efficace qui, dans une logique de transversalité de toutes les organisations, à la lumière des enjeux et des défis posés, amènera la Fondation à assurer sa pérennité et par là, à apporter une contribution significative à la réponse aux besoins de santé publique.

Sommaire

- 1 **Projet médical**p 9 à 108
- 2 **Projet qualité : Actions de coopération**p 109 à 116
- 3 **Projet de soins**p 117 à 144
- 4 **Projet qualité gestion des risques**p 145 à 160
- 5 **Projet social**p 161 à 168
- 6 **Schéma directeur des investissements**p 169 à 176
- 7 **Schéma directeur
du système d'information**p 177 À 190
- 8 **Actions de prévention
et programmes de santé publique**p 191 À 196
- 9 **Association des usagers**.....p 197 À 200
- 10 **Responsabilité sociale de l'entreprise**p 201 À 204
- 11 **Politique culturelle**p 205 À 211





1

PROJET MÉDICAL

2017-2021

SOMMAIRE

I- Introduction

I-1 Contexte sanitaire et environnement de la Fondation	11
I-2 Capacités et activités de la Fondation	12

II- Offre de soins et perspectives d'évolution par spécialité.....17

II-1 Ophtalmologie	17
II-2 Neurologie	30
II-3 Neurochirurgie	39
II-4 Neuroradiologie interventionnelle	55
II-5 ORL	62
II-6 Anesthésie - Réanimation	69
II-7 Médecine interne	77
II-8 Imagerie médicale	82
II-9 Biologie médicale	86
II-10 Pharmacie à usage intérieur	92
II-11 Organisation de la recherche clinique	96

III- Lignes directrices transversales.....99

III-1 Maintenir et amplifier le positionnement hyperspécialisé dans le périmètre « Tête et cou »	100
III-2 Développer la recherche clinique et les innovations	102
III-3 Renforcer l'ancrage hospitalo-universitaire	102
III-4 Consolider la place de la Fondation dans les dispositifs régionaux de permanence des soins	103
III-5 Poursuivre le développement des partenariats inter-hospitaliers et du maillage territorial	103
III-6 Renforcer la transversalité des prises en charge	104
III-7 Développer les activités de pédiatrie	104
III-8 Améliorer les parcours de soins des personnes fragilisées par le handicap ou l'âge	105
III-9 Consolider les activités de cancérologie chirurgicale	105
III-10 Réduire les durées de séjour ou optimiser les parcours péri-opératoires	106
III-11 Mobiliser les dispositifs numériques innovants au bénéfice des parcours de soins	106
III-12 Engager la Fondation à l'international	107

CHAPITRE I

INTRODUCTION

Le projet médical est l'élément clé du projet institutionnel. Il projette à cinq ans le développement et l'organisation des activités de la Fondation Rothschild.

Ses orientations stratégiques doivent être conformes au schéma régional d'organisation des soins du projet régional de santé d'Ile-de-France, au CPOM de l'établissement, ainsi qu'aux exigences de la procédure de certification.

Le projet médical résulte d'un travail d'analyse et de réflexion mené par la communauté médicale, sous l'impulsion et la coordination de la direction générale.

Il s'attache à :

- dresser la description de l'offre proposée ;
- réaliser des bilans d'activités avec analyse des tendances observées ;
- définir les perspectives d'évolution pour les cinq prochaines années (2017 – 2021).

I.1 CONTEXTE SANITAIRE ET ENVIRONNEMENT DE LA FONDATION ROTHSCHILD

Le territoire de santé 75-1 est composé de 6 arrondissements : 8^{ème}, 9^{ème}, 10^{ème}, 17^{ème}, 18^{ème} et 19^{ème} arrondissements. Il compte 734 566 habitants ce qui représente 33% de la population parisienne, avec une densité de 26 789 habitants au km² pour une superficie de 27,42 km².

La population du territoire est relativement jeune, en particulier dans les 18^{ème} et 19^{ème} arrondissements. Les moins de 15 ans représentent 16% de la population et les 16-25 ans environ 13%.

Le territoire est par ailleurs vieillissant puisque la part des 45-74 ans devrait augmenter, passant de 220 000 en 2010 à 250 000 habitants en 2030.

Les plus de 75 ans, qui représentent 8% de la population et plus de 29% du total parisien, verront également leur part progresser dans les 10 prochaines années.

Sur le plan socio-économique, le territoire connaît un taux de pauvreté supérieur à la moyenne parisienne, en particulier dans les arrondissements situés à l'est. Cette précarité, qui tend à se développer, n'est pas sans incidence sur l'activité des établissements de santé, sur la nature et la durée des prises en charge.

L'accès aux structures de soins est facilité par l'existence d'un réseau de transports en commun dense qui permet également les liaisons avec les territoires parisiens limitrophes, ainsi qu'avec les départements de la petite couronne (92 et 93).

L'accessibilité des établissements et la présence de services hautement spécialisés favorisent aujourd'hui leur attractivité.

Le territoire de santé compte les principaux établissements de santé suivants :

- 5 établissements de l'AP-HP : Bichat, Bretonneau, Lariboisière-Fernand Widal, St-Louis, Robert Debré ;
- 3 ESPIC : Fondation Ophtalmologique Adolphe de Rothschild, Hôpital Jean Jaurès, URF Léopold bellan ;
- 11 établissements privés à but lucratif : Elysée Montaigne, Parc Monceau, Ste-Thérèse, Dautancourt, Turin, Milan, La Jonquière, Marcadet, Buttes Chaumont, Canal de l'Ourcq, Nollet les Maussins.

I. 2 CAPACITÉS ET ACTIVITÉS DE LA FONDATION

I-2-1 Capacités

A fin 2016, les lits et places installés au sein de l'établissement se ventilent comme suit :

Bâtiment	Etage	Autorisation	Lits et places installés
NB	6ème	Réanimation	10
NB	6ème	USC en lien avec réa	12
NB	5ème	USINV	6
		UNV	10
		NRI	12
NB	4ème	Neurochirurgie adulte	32
NB	3ème	Neurologie	16
		UNV	8
NB	1er	HDJ	19
AB	RDC	HDJ lits portes	
33M	RDC	HDJ Toxines	
NB	2ème	Ambu long	33
AB	2ème	Ambu court	
44AMM	RDC	Ambu court	
NB	1er	Hospitalisation complète médicale	13
AB	3ème	Chir Ophtalmo	18
AB	3ème	Chir ORL	15
AB	3ème	Hospitalisation complète pédiatrique	13

La Fondation dispose par ailleurs à fin 2016 :

- D'un bloc opératoire central de 14 salles ;
- D'un bloc dédié de 2 salles pour la neuroradiologie interventionnelle ;
- D'un plateau technique d'imagerie composé d'1 IRM 3 Teslas, d'1 IRM 1,5 Tesla (dans le cadre d'un GIE), d'1 scanner, de 5 échographes, d'un cone beam et d'une table de radiologie conventionnelle ;
- D'un centre de tri et de prélèvement biologique, dans le cadre d'un GCS.

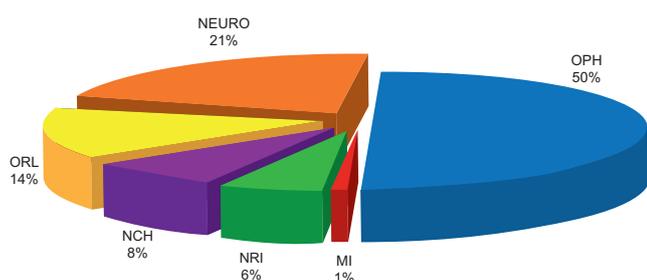
I-2-2 Séjours

Le volume des séjours a augmenté de près de 30% sur les 5 dernières années, selon la ventilation suivante par discipline :

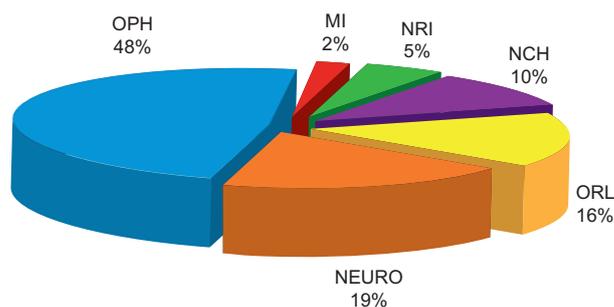
Evolution des séjours par discipline de 2011 à 2015						
Séjours FOR	2011	2012	2013	2014	2015	$\Delta 11/15$
OPH	9 649	10 216	11 770	12 306	12 846	33%
ORL	3 198	3 191	3 232	3 479	3 559	11%
MI	394	340	366	368	396	1%
NEUROL	3 471	3 917	3 946	4 145	4 586	32%
UNV	311	319	352	544	749	141%
S/Total Neurol - UNV	3 782	4 236	4 298	4 689	5 335	41%
NCH Ad - CETD	1 400	1 501	1 404	1 390	1 315	-6%
NCH Enf	559	605	711	695	826	48%
S/Total Neurochir	1 959	2 106	2 115	2 085	2 141	9%
NRI	1 015	935	1 044	1 279	1 547	52%
Autres	45	41	36	54	52	16%
TOTAL FONDATION	20 042	21 065	22 861	24 260	25 876	29%

Les diagrammes ci-dessous mettent en évidence une stabilité de la part représentée par chacune des disciplines au sein de l'ensemble des séjours de la Fondation.

Part de chacune des spécialités au sein des séjours 2015



Part de chacune des spécialités au sein des séjours 2011



Le poids de chaque spécialité reste sensiblement le même au fil des ans malgré l'augmentation du nombre global de séjours.

La dilution de telle ou telle spécialité n'est pas observée. Cette stabilité témoigne de la place bien ancrée de chaque discipline au sein de la Fondation.

Compte tenu de la forte disparité du poids moyen des cas traités entre les différentes disciplines de la Fondation, les proportions qui apparaissent lorsque l'on prend en compte la valorisation des séjours sont très différentes de celles découlant du chiffre d'affaires.

Le tableau ci-après montre ainsi que plus de 56% du chiffre d'affaires d'hospitalisation de l'établissement est réalisé sur les disciplines neurosciences (neurologie, neurochirurgie et neuroradiologie interventionnelle).

SERVICE	Séjours		CA T2A €	
	2 015	Proportion / total	2 015	Proportion / total
Ophtalmologie Dr Caputo	2 435	9,4%	3 629 283	6,4%
Ophtalmologie Pr Sahel	1 945	7,5%	3 843 698	6,8%
Ophtalmologie Pr Cochereau	2 564	9,9%	4 748 186	8,3%
Ophtalmologie Dr Galatoire	2 846	11,0%	3 584 850	6,3%
Ophtalmologie Dr Gatinel	2 631	10,2%	3 949 409	6,9%
Ophtalmologie Dr Vignal	380	1,5%	497 589	0,9%
Urgences (lits portes)	45	0,2%	33 548	0,1%
Total Ophtalmologie	12 846	49,6%	20 286 563	35,6%
ORL	3 559	14%	4 195 144	7,4%
Medecine interne	396	2%	717 716	1,3%
Neurologie	4 138	16,0%	3 700 809	6,5%
UNV	749	2,9%	3 427 493	6,0%
Parkinson	448	1,7%	367 183	0,6%
Total Neurologie	5 335	21%	7 495 485	13,2%
Neurochirurgie Adulte	874	3,4%	10 158 437	17,9%
Neurochirurgie Enfant	826	3,2%	3 276 843	5,8%
CETD	441	1,7%	1 339 754	2,4%
Total Neurochirurgie	2 141	8%	14 775 034	26,0%
NRI	1 547	6%	8 998 687	15,8%
Divers	52	0,2%	436 913	0,8%
Total Fondation	25 876	100%	56 905 542	100%

La part de l'hospitalisation ambulatoire médicale et chirurgicale est passée de 65 à 70% sur les 5 dernières années, ventilée comme suit par discipline :

Taux de séjours ambulatoire / total		
	2011	2015
Ophtalmo	77%	80%
ORL	64%	67%
Méd Interne	22%	27%
Neurologie	69%	72%
Neurochirurgie	25%	25%
NRI	29%	46%
TOTAL	65%	70%

Si l'on excepte la neurochirurgie, discipline qui se prête encore faiblement à l'ambulatoire, on relève des taux d'ambulatoire élevés et en hausse.

La création d'une structure de chirurgie ambulatoire dite « Ambulatoire Court » essentiellement destinée à la prise en charge des cataractes selon un circuit d'« aptitude à la rue » rapide et une structure dite « Ambulatoire Long » destinée aux patients plus fragiles ou complexes a favorisé le développement significatif de cette activité et a optimisé les prises en charge en fonction du profil des patients.

L'activité ambulatoire de neurologie (hôpital de jour) s'est également développée de manière progressive et correspond pour la grande majorité des séjours à la prise en charge des poussées ou aux traitements itératifs des scléroses en plaque.

On notera une activité toxine ambulatoire importante sur l'établissement, notamment en ORL (1454 séjours en 2015), en relation avec le traitement de dystonies cervico-faciales mais également dans une moindre mesure en ophtalmologie et en neurologie. La mise en place d'une « Fédération Toxine », qui a permis d'offrir une structure pluridisciplinaire aux patients les plus complexes et pluripathologiques, a contribué au développement de cette activité.

Une réflexion se poursuit au sein de l'établissement pour transférer en ambulatoire des pathologies actuellement prises en charge en hospitalisation conventionnelle : rétines chirurgicales, greffes de cornées, hernies discales lombaires, ... et alléger encore le niveau de certaines prises en charge.

I-2-3 Activités de consultation et actes techniques

L'activité de consultation et actes techniques a très fortement progressé sur la période 2011-2015, comme en atteste le tableau ci-après :

Evolution de l'activité de consultation et actes techniques							
		2011	2012	2013	2014	2015	Δ 11 / 15
Ophtalmo	consultations	82 960	81 551	80 290	79 927	84 645	2%
Ophtalmo	actes technique	45 503	81 465	130 060	175 159	188 923	315%
Ophtalmologie		128 463	163 016	210 350	255 086	273 568	113%
ORL	consultations	13 872	14 632	15 065	16 304	16 415	18%
ORL	actes technique	10 027	10 813	11 068	12 847	12 819	28%
ORL		23 899	25 445	26 133	29 151	29 234	22%
Méd Interne	consultations	3 013	2 998	2 905	2 907	2 749	-9%
Méd Interne	actes technique	281	93	84	58	172	-39%
Médecine Interne		3 294	3 091	2 989	2 965	2 921	-11%
Neurologie	consultations	6 522	7 256	7 316	7 642	7 449	14%
Neurologie	actes technique	3 496	3 347	3 725	3 713	3 730	7%
Neurologie		10 018	10 603	11 041	11 355	11 179	12%
Neurochirurgie	consultations	7 402	8 739	10 017	9 782	9 769	32%
Neurochirurgie	actes technique	143	166	361	208	494	245%
Neurochirurgie		7 545	8 905	10 378	9 990	10 263	36%
NRI	consultations	624	700	787	819	782	25%
NRI	actes technique	4	16	8	0	1	-75%
NRI		628	716	795	819	783	25%
Urgences		23 076	27 953	30 792	37 373	45 175	96%
Anesthésie		9 067	10 538	11 478	11 750	12 898	42%
TOTAL FONDATION		205 990	250 267	303 956	358 489	386 021	87%

L'ensemble des disciplines contribue à cette hausse, toutefois principalement portée par l'ophtalmologie, qu'il s'agisse des consultations programmées comme des urgences.

Le volume d'activité externe en imagerie médicale est quant à lui stable sur la période :

		2011	2012	2013	2014	2015	Δ 11 / 15
Radiologie	Nb de passage	1 458	1 366	1 314	1 322	1 444	-1%
Scanner	Nb de passage	4 941	4 904	4 240	4 476	5 474	11%
Echographie	Nb de passage	3 081	3 281	3 308	2 971	1 969	-36%
IRM	Nb de passage	3 916	3 575	3 683	3 795	4 031	3%
Cone Beam	Nb de passage	0	0	0	57	221	100%
Imagerie		13 396	13 126	12 545	12 621	13 139	-2%

I-2-4 Patientèle : origine géographique et âge

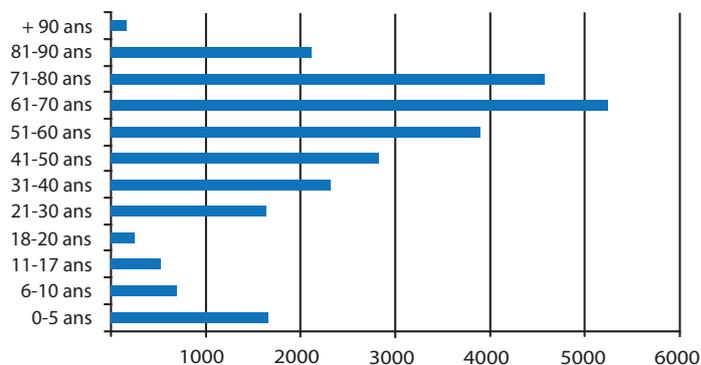
En 2015, l'origine géographique des patients hospitalisés de la Fondation se décline comme suit :

Ile-de-France	21 270	82%
75	7 545	29%
Paris 1	80	0%
Paris 2	74	0%
Paris 3	84	0%
Paris 4	56	0%
Paris 5	124	0%
Paris 6	45	0%
Paris 7	66	0%
Paris 8	66	0%
Paris 9	135	1%
Paris 10	455	2%
Paris 11	569	2%
Paris 12	423	2%
Paris 13	340	1%
Paris 14	257	1%
Paris 15	312	1%
Paris 16	291	1%
Paris 17	484	2%
Paris 18	689	3%
Paris 19	1 892	7%
Paris 20	1 103	4%
77	1 589	6%
78	1 152	4%
91	1 057	4%
92	2 780	11%
93	3 770	15%
94	1 712	7%
95	1 665	6%
Province	3 594	14%
DOM-TOM	281	1%
Etranger	731	3%
TOTAL Fondation	25 876	100%

La répartition des patients hospitalisés par tranches d'âge est quant à elle la suivante :

	Volume	%
0-5 ans	1 666	6%
6-10 ans	702	3%
11-17 ans	530	2%
18-20 ans	243	1%
21-30 ans	1 630	6%
31-40 ans	2 311	9%
41-50 ans	2 821	11%
51-60 ans	3 902	15%
61-70 ans	5 226	20%
71-80 ans	4 571	18%
81-90 ans	2 104	8%
+ 90 ans	170	1%
TOTAL	25 876	100%

Répartition par tranche d'âge des hospitalisés en 2015





II-1

OPHTALMOLOGIE



L'activité ophtalmologique représente environ la moitié des séjours de la Fondation et compte parmi les structures de soins les plus réputées et les plus importantes en termes de volume d'activité.

L'offre ophtalmologique proposée est très large et inclut notamment de nombreuses activités de recours nécessitant une expertise d'hyperspécialiste.

Les complémentarités développées entre les différentes sur-spécialités ophtalmologiques et les complémentarités avec les autres services de la Fondation (neurologie, neurochirurgie, NRI, ORL, médecine interne, ...) contribuent à donner cohérence et efficacité au « parcours patient ».

De plus, l'offre proposée en secteur I répond de manière satisfaisante à un bassin de population peu doté en installations, de faible niveau socio-économique et dont la demande de soins ne cesse de croître.

Au sein de la Fondation, l'ophtalmologie représente :

- 50 % des séjours (12.846 / 28.876 séjours) ;
- 70 % des consultations (84.645 / 121.800 consultations - hors urgences) ;
- 90 % des actes techniques (188.923 / 206.139 actes - hors imagerie).

L'ophtalmologie à la Fondation, c'est aussi :

- 80 % de séjours réalisés en ambulatoire ;
- 10 % de séjours pédiatriques ;
- 45.175 consultations et actes techniques réalisés aux urgences, soit un doublement du volume d'activité depuis 2011.

II-1-1 Offre de soins en ophtalmologie

1) Organisation

L'activité ophtalmologique s'organise autour de 6 services.

Chacun des services propose des prises en charge spécifiques et / ou complémentaires :

- | | |
|---|---------------|
| • Segment antérieur – cornée – inflammation | Pr. Cochereau |
| • Segment antérieur – chirurgie réfractive | Dr. Gatinel |
| • Affections vitréorétiniennes – DMLA | Pr. Sahel |
| • Ophtalmologie pédiatrique – rétine | Dr. Caputo |
| • Chirurgie orbito-palpébrale et lacrymale | Dr. Galatoire |
| • Urgences ophtalmologiques & neuro-ophtalmologie | Dr. Vignal |



Les 6 services sont regroupés au sein d'un département d'ophtalmologie.

L'un des six chefs de service est responsable pour une durée de deux ans de l'animation de ce département dont les objectifs sont :

- Créer du lien entre les différentes équipes ;
- Coordonner les évolutions ;
- Faire circuler l'information ;
- Gérer la mutualisation des moyens ;
- Structurer l'organisation ;
- Impulser et mener à bien les projets.

Les équipes médicales des différents services sont composées d'ophtalmologistes temps plein, d'attachés, d'assistants, de FFI et d'internes.

Des auxiliaires médicaux, orthoptistes et optométristes, complètent les équipes médicales et assurent une partie de la prise en charge des patients.

La particularité de la Fondation Rothschild est de couvrir tout le champ de l'ophtalmologie et d'accueillir toutes les urgences ophtalmologiques, y compris les enfants dès leur naissance.

L'offre est organisée de manière graduée, tant s'agissant des consultations et des explorations fonctionnelles que des modalités d'hospitalisation.

Les consultations et explorations fonctionnelles sont composées :

- D'une structure de prise en charge de premier niveau (dépistage et suivi) dans le cadre d'un centre de santé dédié à l'ophtalmologie et comprenant une PASS ;
- D'un plateau technique dédié aux surspécialités organisé en 5 zones ;
- D'une structure dédiée aux IVT ;
- D'une structure dédiée aux urgences ophtalmologiques.

Concernant l'hospitalisation, 4 modalités sont en place :

- Une unité de 18 lits d'hospitalisation complète dédiée aux patients chirurgicaux ;
- La possibilité d'accéder à l'aile d'hospitalisation médicale de l'établissement pour les patients médicaux ;
- Une structure dite « Ambulatoire Court » essentiellement destinée à la prise en charge des cataractes, selon un circuit « d'aptitude à la rue » rapide ;
- Une structure dite « Ambulatoire Long » destinée aux patients plus fragiles ou complexes nécessitant un temps de repos.

2) Profil d'activité

L'évolution de l'ensemble des séjours sur les 5 dernières années a été la suivante :

	2011	2012	2013	2014	2015	$\Delta 11 / 15$
Total	9 649	10 216	11 770	12 306	12 846	33%
dont Hospit ^o complète	2260	2 387	2 425	2 514	2 554	13%
dont Ambulatoire	7389	7 829	9 345	9 792	10 292	39%

La répartition des séjours entre services se décompose comme suit (sachant que les données d'activité du service du Dr Vignal ne sont imputées de manière indépendante que depuis 2014) :

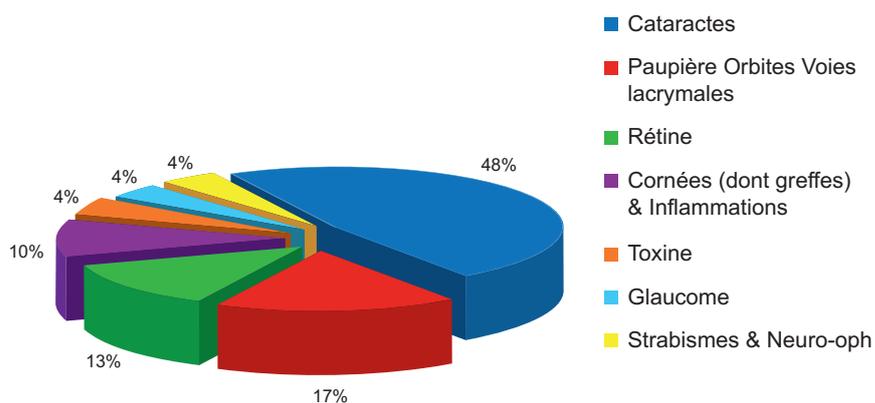
Services OPH	Durées	2011	2012	2013	2014	2015	$\Delta 11 / 15$
Dr. CAPUTO Ophtalmologie Pédiatrique Rétine	0 jour	1 589	1761	1926	1959	1815	14%
	1 jour et +	616	737	612	689	620	1%
		2 205	2 498	2 538	2 648	2 435	10%
Pr. SAHEL Affections vitréorétiniennes DMLA	0 jour	705	709	1113	1313	1348	91%
	1 jour et +	613	515	636	538	597	-3%
		1 318	1 224	1 749	1 851	1 945	48%
Pr. COCHEREAU Segment antérieur Cornée Inflammation	0 jour	1 520	1487	1838	1864	2061	36%
	1 jour et +	295	413	428	492	503	71%
		1 815	1 900	2 266	2 356	2 564	41%
Dr. GALATOIRE Chirurgie Orbito- Palpébrale et Lacrymale	0 jour	1 496	1777	2084	2003	2229	49%
	1 jour et +	556	546	591	545	617	11%
		2 052	2 323	2 675	2 548	2 846	39%
Dr. GATINEL Segment antérieur Chirurgie réfractive	0 jour	2 036	2048	2338	2435	2455	21%
	1 jour et +	180	176	157	225	176	-2%
		2 216	2 224	2 495	2 660	2 631	19%
Dr. Vignal - Urgences & Neuro-oph	0 jour	43	47	46	186	339	688%
	1 jour et +	0	0	1	57	86	100%
		43	47	47	243	425	888%
TOTAL OPHTALMOLOGIE		9 649	10 216	11 770	12 306	12 846	33%

Les prises en charge spécialisées par service sont indiquées dans le tableau ci-dessus, néanmoins chaque service réalise une part plus ou moins importante de son activité en chirurgie de la cataracte.

La ventilation des séjours par segment d'activité est résumée dans les données ci-dessous :

Pathologies	2015	%
Cataractes	6 174	48%
Rétine	1 676	13%
Paupière	1 321	10%
Orbite	637	5%
Toxine	518	4%
Glaucome	489	4%
Strabismes	403	3%
Cornée	368	3%
Greffes de cornée	447	3%
Conjonctive	218	2%
Voies lacrymales	263	2%
Iris	153	1%
Neuro-OPH	84	1%
Endophtalmie	51	0,4%
Autres aff.	44	0,3%
Total	12 846	100%

Ventilation des séjours 2015 par segment d'activité



Doit également être prise en compte l'activité de chirurgie réfractive, réalisée dans le cadre de l'Institut Laser Vision Noémie de Rothschild, sur un volume très significatif de 4000 procédures annuelles.

Les principales activités spécifiques et de recours sont représentées par :

• L'activité d'ophtalmologie pédiatrique

Il s'agit d'une offre 24h/24h avec possibilité d'intervention au bloc également 24h/24h (avec une compétence en anesthésie pédiatrique y compris nourrissons). Cette offre est d'autant plus pertinente que les centres acceptant la pédiatrie sont peu nombreux en Ile-de-France. Les séjours pédiatriques programmés (≈ 1700 / an soit $\approx 13\%$ des séjours d'ophtalmologie) se décomposent en :

- $\approx 27\%$ rétines ;
- $\approx 23\%$ orbites, paupières et voies lacrymales ;
- $\approx 15\%$ cataractes ;
- $\approx 12\%$ glaucomes ;
- $\approx 10\%$ strabismes ;
- $\approx 6\%$ cornées et greffes.

On dénombre 5.400 passages d'enfants aux urgences ophtalmologiques par an dont 50 % d'enfants de moins de 5 ans.

• La chirurgie orbito-palpébrale et des voies lacrymales

Cette chirurgie très spécifique est également développée dans peu de centres.

Elle s'articule principalement autour des trois axes suivants :

- Axe carcinologique ;
 - Chirurgie plastique (reconstruction du regard) ;
 - Chirurgie des voies lacrymales et de reperméabilisation.

• **La neuro-ophtalmologie**

Il s'agit de la prise en charge d'adultes et d'enfants présentant une atteinte des voies visuelles et / ou oculomotrices. Ces patients sont adressés par des spécialistes (internes ou externes à la Fondation) dans le cadre de tableaux souvent complexes. Il s'agit d'une activité transversale, essentiellement de consultation, qui relie neurologie, médecine interne, neurochirurgie, imagerie, orthoptie et qui débouche parfois sur de la chirurgie (oculomotrice, palpébrale ou neurologique).

Quelques structures (principalement CHU) sont dotées d'une consultation dédiée « neuro-ophtalmologie », mais l'unité de lieu et la complémentarité entre les différentes disciplines de la Fondation en font un modèle original, voire unique.

• **L'activité de recours en rétine et glaucome**

Il s'agit là de rétines et glaucomes « particuliers » requérant une expertise spécifique :

- Enfants ;
- Cas complexes ou multidisciplinaires nécessitant une chirurgie lourde de recours, combinée.

• **L'activité de greffe de cornée**

Cette activité est en constante augmentation, qu'il s'agisse des greffes classiques ou lamellaires.

3) Urgences ophtalmologiques et permanence des soins

La structuration d'un centre d'accueil des urgences en 2007 à la demande des autorités de tutelle, puis d'un service d'accueil des urgences ophtalmologiques en 2011, répond à un véritable besoin, comme en atteste l'augmentation du nombre de passages annuels depuis 2007.

Cette activité d'urgences spécialisées est articulée au projet médical et au projet d'établissement de la Fondation structurés autour de deux axes principaux :

- Une spécialisation « Tête et Cou » ;
- Un positionnement sur les prises en charge « chaudes » et de courts séjours s'appuyant sur un plateau médico-technique complet.

Ainsi, la Fondation est actuellement le seul établissement francilien à disposer simultanément d'urgences ophtalmologiques et d'un dispositif de permanence des soins en neurosciences, nécessaire à la complémentarité des diagnostics et des prises en charge complexes de l'ophtalmologie.

La Fondation assure à la fois une mission de proximité mais également une mission de recours spécialisé pour les urgences ophtalmologiques avec la capacité à prendre en charge la pédiatrie, à la différence des deux autres établissements franciliens assurant également cette activité d'urgence.

Le service des urgences ophtalmologiques est totalement seniorisé.

Il bénéficie d'un dispositif de permanence médicale reposant sur une garde d'ophtalmologiste senior, une garde d'interne et une astreinte spécifique en rétine.

Une salle du bloc central est par ailleurs dédiée aux urgences ophtalmologiques.

La Fondation et le Centre Hospitalier National d'Ophtalmologie des Quinze-Vingts coordonnent leurs activités d'urgences ophtalmologiques dans le cadre d'un dispositif partenarial spécifique qui prévoit, notamment, un dispositif de délestage croisé entre les deux établissements.

L'activité et l'organisation des urgences ophtalmologiques font l'objet d'une évaluation régulière de la part de la commission de l'organisation de la permanence des soins de l'établissement.

4) Collaborations au sein de la Fondation avec les autres services

Les collaborations avec les autres services sont nombreuses, notamment pour les pathologies nécessitant une prise en charge transversale et multidisciplinaire.

Les principales collaborations s'effectuent avec :

- La médecine interne et l'ORL, pour les orbitopathies dysthyroïdiennes ;
- La médecine interne, pour les uvéites et autres pathologies inflammatoires ophtalmologiques ;
- La neurochirurgie et l'ORL, pour certaines tumeurs du fond de l'orbite ;
- La neurochirurgie, pour les méningiomes révélés par des troubles visuels ou bien encore les tumeurs de la base du crâne avec atteinte du nerf optique ;
- L'ORL, pour la chirurgie des voies lacrymales et dacrycystorhinostomies ;
- La neuroradiologie interventionnelle, en cas de compression des nerfs crâniens lors d'anévrismes et pour la prise en charge des rétinoblastomes.

Ces collaborations entre services permettent des prises en charge selon des circuits courts et optimisés.

5) Collaborations avec les établissements extérieurs

Les collaborations avec les établissements extérieurs sont nombreuses et s'effectuent principalement avec :

- **Le Centre Hospitalier National d'Ophtalmologie des Quinze-Vingts** : un accord-cadre de partenariat existe entre les deux établissements et porte sur le segment postérieur (direction des deux services par le même chef de service, le Pr Sahel, coordonnateur du centre de référence commun sur les pathologies rétiniennes d'origine génétique), sur la recherche translationnelle et clinique (CIC commun, participation croisée à différents protocoles de recherche, liens avec l'Institut de la Vision), sur les urgences ophtalmologiques ou encore s'agissant des prélèvements oculaires de la Fondation, envoyés au laboratoire hyperspécialisé des Quinze-Vingts ;
- **Le Groupe Hospitalier Bichat - Beaujon - Louis Mourier** : le service du Pr. Cochereau, issu initialement de Bichat, assure, grâce à une convention hospitalo-universitaire datant de 1997, la permanence des soins ophtalmologiques sur Bichat, Beaujon et Louis Mourier ;
- **L'Hôpital Saint-Louis** : des praticiens spécialisés en surface oculaire assurent la prise en charge des patients des services de dermatologie, médecine interne et des brûlés de Saint Louis, à la Fondation et sur site une fois tous les 15 jours ;
- **L'Hôpital Robert-Debré** : la collaboration déjà existante pour les cas complexes et chirurgicaux s'intensifie, en particulier pour les pathologies rétiniennes de l'enfant et du nouveau-né qui ne sont pas opérées à Robert Debré ;
- **L'Institut Curie** : les pathologies tumorales et, notamment les rétinoblastomes, sont prises en charge conjointement ;
- **Le DHU « Vision et Handicaps »** : les services du Pr Sahel, du Pr Cochereau et du Dr Vignal font partie du DHU « Vision et Handicaps » créé en 2012.

II-1.2 Perspectives d'évolution

Elles concernent, de manière générale, l'évolution des organisations et circuits de prise en charge et incluent également les réflexions des équipes médicales sur l'évolution de chacun des segments d'activité.

Au regard des données d'activité et du panorama global présenté précédemment, il apparaît que le projet médical de l'ophtalmologie doit se décliner autour de l'optimisation du temps médical et de l'organisation des différentes spécialités afin de poursuivre leur développement en améliorant la fluidité de la prise en charge centrée sur le patient et en restant à la pointe de l'innovation technique.

Il s'agit ainsi de répondre à la demande croissante de consultation ophtalmologique de premier niveau en développant les consultations aidées, permettant ensuite une prise en charge spécialisée optimisée en fonction de la pathologie par des filières organisées.



1) Poursuivre la structuration des filières

Les filières en ophtalmologie doivent continuer à être développées.

Cette filiarisation vise en particulier à optimiser les examens complémentaires :

- Sur le centre de santé Edmond de Rothschild, avec une répartition adaptée entre les examens des patients de la Fondation, les examens des patients vus au centre de santé, et les examens de patients externes interprétés par télé-médecine et envoyés au patient ;
- Sur le plateau technique de la Fondation, par l'élargissement du plateau d'examen complémentaires et la création de boxes supplémentaires à l'occasion des travaux d'agrandissement du nouveau bâtiment, afin de répondre à la forte demande ;
- Par l'éventuelle création d'un centre d'examen complémentaires sur une surface adaptée, éventuellement délocalisé.

Une attention particulière devra être consacrée au centre de santé Edmond de Rothschild afin d'assurer le positionnement approprié de cette structure comme outil de dépistage et de suivi. À cet effet, les mesures suivantes sont envisagées :

- Suivi de la DMLA et de la rétinopathie diabétique, qui nécessite des viewers et la possibilité de faire des acuités ETDRD ; la base de temps retenue est d'une vacation faite par un assistant par service de rétine (service du Pr Sahel et du Dr Caputo), soit 2 vacations hebdomadaires ;
- Suivi pédiatrique à organiser sur 2 demi-journées ; une personnalisation partielle et un panache de dépistage-suivi seront possibles sur demande ;
- Organisation des suivis de spécialité par chacun des autres services (Dr Gatinel, Dr Cochereau, Dr Vignal), à hauteur d'une demi-journée hebdomadaire chacun ;
- Ajustement du dépistage selon le devenir des patients déversés dans les filières de la Fondation.

Différentes mesures d'organisation devront également être mises en œuvre afin de contribuer au fonctionnement efficace de cette logique de filière :

- Développement des protocoles de coopération entre orthoptistes et ophtalmologistes, notamment en pédiatrie et pour les consultations du centre de santé Edmond de Rothschild ;
- Application des algorithmes de choix des médecins lors de la prise de rendez-vous téléphoniques ;
- Formation des agents d'accueil direct et téléphonique sur les pathologies et les mots clés ;
- Optimisation et valorisation du temps médical par le biais du travail aidé, notamment par expérimentation d'un accompagnement administratif personnalisé des médecins par les secrétaires médicales en consultation.

2) Développer la télé-médecine

En parallèle, le développement de la télé-médecine s'impose à 5 niveaux :

- Interprétation des examens complémentaires demandés par des ophtalmologistes extérieurs au centre de santé Edmond de Rothschild, avec rendu des documents et des interprétations dans les 3 jours ;
- Participation au réseau OPHDIAT pour la surveillance des patients diabétiques ;
- Extension du réseau de dépistage et de prise en charge de la rétinopathie des prématurés ;
- Formalisation et paiement d'avis ophtalmologiques sur dossiers soumis par les patients par Internet : cette activité existe déjà de manière informelle et gracieuse pour nos correspondants ophtalmologiques ; son extension aux patients doit être formalisée et organisée, en se penchant notamment sur l'aspect financier et juridique ;
- Expérimentation d'une équipe mobile orthoptiste dans le cadre du projet PAERPA avec interprétation à distance des examens.

3) Développer la prise en charge du handicap

La prise en charge du handicap doit être un axe fort du nouveau projet institutionnel, d'autant plus que certains services font partie du DHU « Vision et Handicaps ». Elle concerne les adultes et les enfants, le handicap visuel, moteur ou mental. Ceci nécessite du personnel d'accompagnement et une ergonomie adaptée, mais aussi des consultations dédiées, un parcours patient adapté et fléché, ainsi qu'une sensibilisation de tout le personnel.

4) Evolution par filière

4.1 Filière rétine médicale

Le premier axe d'évolution porte sur la formalisation d'une consultation d'ophtalmo-diabétologie, conjointement avec les spécialistes de médecine interne (diabétologie, et éventuellement cardiologie), avec trois niveaux :

- Participation aux réseaux de dépistage à distance par lecture de rétinographie au niveau du centre de santé Edmond de Rothschild ;
- Diagnostic et traitement des complications rétinienues du diabète (possiblement en hôpital de jour) avec consultations d'ophtalmologie et de diabétologie, examens complémentaires et organisation d'un schéma thérapeutique à l'issue de ce bilan ;
- Organisation du suivi des patients équilibrés au niveau du centre de santé Edmond de Rothschild.

Deux consultations dédiées par semaine devraient être nécessaires (une par service impliqué dans les pathologies rétinienues). Cette activité va certainement croître de façon exponentielle dans les années à venir, du fait de l'explosion épidémique du diabète de type 2, de la diminution du nombre d'ophtalmologistes pendant encore quelques années, de la délocalisation partielle du service d'ophtalmologie de Lariboisière et de l'apparition de nouveaux traitements efficaces. Il est donc nécessaire de créer cette surspécialité pour répondre à la demande avec qualité et efficacité.

Le deuxième axe porte sur la formalisation d'une consultation de prise en charge des dystrophies rétinienues chez l'enfant et l'adulte avec diagnostic sur examen ophtalmologique, examens complémentaires (électrophysiologie, OCT, champ visuel), conseil génétique et conclusion par élaboration d'un schéma de suivi (HDJ, CIC) et ce à deux niveaux :

- Suivi de ces pathologies avec examen ophtalmologique et prise en charge basse vision (éventuellement opticien/optométriste spécialisé en équipement) ;
- Constitution d'une base de données pour d'éventuelles études thérapeutiques (modèle du centre d'exploration des Quinze-Vingts dont les délais sont actuellement à près d'un an).

Deux ophtalmologistes dédiés avec une consultation spécialisées par semaine sont nécessaires (un par service impliqué dans les pathologies rétinienues). Une fois organisée, cette filière devrait être ouverte aux patients des autres établissements participant au DHU « Vision et Handicaps », en collaboration avec celle du centre d'exploration des Quinze-Vingts avec à terme, mise en place d'une base de données commune.

Concernant la DMLA, l'orientation-clé consiste à unifier les pratiques pour faciliter l'organisation du suivi.

Le diagnostic et le schéma thérapeutique qui en découle se heurtent toujours à des délais initiaux longs quand le patient ne passe pas par les urgences ou par contact direct avec un correspondant : la création et la publicité (site web, publications, présentations) autour d'une offre « SOS rétine » sont indispensables avec possibilités d'offrir des examens complémentaires en moins de trois jours. Ceci est fondamental pour améliorer les résultats des traitements.

Beaucoup des nouveaux patients sont inclus dans les études thérapeutiques en cours au CIC. Pour les autres, le schéma thérapeutique doit être unifié, d'une part pour améliorer les résultats, d'autre part pour planifier les traitements par IVT de façon plus étalée, enfin pour permettre un suivi organisé.

Cette meilleure organisation du suivi passe notamment par la réalisation de ces consultations en boxes plutôt qu'en angiographie. Celle-ci est en effet inutile après le bilan initial et ne se conçoit qu'en cas d'échec ou échappement thérapeutique. Les examens de suivi peuvent donc être réalisés en travail aidé par les orthoptistes formés, à condition de pouvoir accéder à toutes les images depuis la consultation. Ceci imposera probablement d'avoir des zones de consultation dédiées à cette activité de rétine médicale, mais l'avantage sera de rendre les vacations dites d'angiographie à leur vraie destination.

4.2 Filière rétine chirurgicale

Les orientations retenues sont de trois ordres :

- Poursuivre l'organisation de la prise en charge efficace des décollements de rétine en urgence ;
- Maintenir et développer l'expertise chirurgicale de dernier recours dans la prise en charge des cas complexes de chirurgie vitréorétinienne : utilisation de l'endoscopie, kératoprothèse transitoire, chirurgie assistée par robot ;
- Poursuivre le développement et la réalisation de la chirurgie des prothèses rétinienne.

4.3 Filière segment antérieur

Les orientations retenues sont les suivantes :

- Déploiement du femto seconde / cataracte et cornée (adultes et enfants) ;
- Pour la cataracte :
 - Poursuite des évaluations de matériel (qualité des biométries / implants multifocaux/ aberrométrie per opératoire) et des pratiques opératoires (bonnes pratiques professionnelles / topique) ;
 - Organisation de circuits rapides adaptés à nos patients ;
 - Développement et évaluation de la cataracte premium ;
 - Développement des greffes de cornée, notamment par le fonctionnement en équipes de greffeurs ;
- Pour la chirurgie réfractive :
 - Développement de la prise en charge de la presbytie ;
 - Exploration de la qualité optique des yeux opérés ;
 - Établissement de protocole de recherche prospective pour la validation de nouvelles procédures et techniques à visée diagnostique et correctrice ;
 - Mise au point de nouveaux algorithmes de détection des formes infracliniques de kératocône.

4.4 Filière glaucome

Cette filière reste à structurer, les praticiens spécialisés, principalement attachés à temps partiel, se répartissant sur quatre services. Cette structuration passe nécessairement par le recrutement d'un praticien temps plein ayant déjà une bonne expérience en glaucome, organisateur, chirurgical, afin de pouvoir assurer la prise en charge des glaucomes réfractaires qui sont fréquents à la Fondation compte tenu des autres pathologies existantes, mais aussi structurer la filière et en être l'embryon de colonne vertébrale. Dans l'attente, les praticiens actuels doivent définir des protocoles de prise en charge communs, faire assurer les urgences et le suivi post-opératoires par l'assistant temps partagé des services du Dr Vignal et du Pr Cochereau, et programmer des staffs communs.

4.5 Filière orbito-palpébrale

Les orientations retenues pour cette filière sont les suivantes :

- Poursuivre le développement de l'activité de chirurgie des cancers orbitopalpébraux et obtenir la reconnaissance de cette expertise dans le cadre du Plan cancer au titre des centres de référence des cancers rares ;
- Pour les orbitopathies du Basedow et autre atteintes orbitaires : renforcer les bilans HDJ multi-disciplinaires en collaboration avec les praticiens de médecine interne ;
- Développer une consultation mensuelle avec les ophtalmologistes ;
- Développer l'activité de chirurgie esthétique au niveau des blocs de l'Institut Laser Vision Noémie de Rothschild (blépharoplasties).

4.6 Filière inflammation oculaire (uvéïte, sclérite, papillite)

Les orientations à retenir sont les suivantes :

- Renforcer cette activité croissante par des vacataires supplémentaires dans les années à venir ;
- Renforcer à court terme la médecine interne (consultation, HDJ, hospitalisation classique) qui assure la prise en charge médicale de ces patients à la phase aiguë (bilans, flashes de Solumédrol, biothérapies) mais aussi au long cours sous peine de voir ces patients être captés par des services de médecine interne plus étoffés ;
- Rentrer dans des protocoles multicentriques notamment dans le cadre du DHU avec la Pitié-Salpêtrière grâce au laser cell flare meter et au savoir-faire des internistes ;
- Conjuguer des consultations d'inflammation oculaire et de médecine interne ou d'HDJ pour limiter les déplacements des patients et les maintenir en externe au maximum ;
- Renforcer au sein du DHU la collaboration avec les Quinze-Vingts pour les infections oculaires.

4.7 Filière pédiatrie

Les axes d'évolutions envisagés pour cette filière sont les suivants :

- Développement des techniques chirurgicales innovantes de l'adulte appliquées à l'enfant : laser femtoseconde, chirurgie réfractive, greffes endothéliales et lamellaires ;
- Poursuite du développement de la prise en charge génétique des enfants, avec la consultation de conseil génétique et le suivi des analyses génétiques diagnostiques familiales ;
- Consolidation de l'application de la télémédecine au dépistage de la rétinopathie des prématurés au niveau régional et en tant que référent au niveau national ; amélioration et développement de nouvelles solutions techniques pour répondre à ce besoin ;
- Développement des études cliniques multicentriques sur les pathologies rétinienne de l'enfant (Maladie de Coats, maladie de Stickler..) ;
- Développement des collaborations humanitaires de la Fondation, notamment en direction de l'Afrique francophone.



4.8 Filière strabologie

Les objectifs-clés retenus visent à pérenniser cette filière de surspécialité et à développer le travail aidé et la qualité.

Concernant les consultations, il s'agira de :

- Cultiver l'expertise médicale et orthoptique en améliorant les interactions au sein de l'équipe de strabologie (contrôler le nombre des orthoptistes collaborant avec les médecins strabologues, entretenir la personnalisation des intervenants) et en tenant compte des spécificités de fonctionnement de la filière ;
- Continuer à optimiser la différenciation du recrutement de la consultation de strabologie pédiatrique au profit d'enfants justifiant réellement de l'expertise de surspécialité (délégation de tâche, externalisation au centre de santé Edmond de Rothschild).

Concernant la chirurgie, il s'agira de :

- Augmenter l'activité chirurgicale : par la formation d'un assistant en partie dévolu à la chirurgie de strabisme, l'augmentation du nombre de vacations opératoires et une meilleure répartition des interventions sur la semaine ;
- Optimiser les prises en charge pouvoir faire varier les délais de chirurgie en fonction des cas en favorisant le travail d'équipe ;
- Diminuer les délais de prise en charge pour les patients pluridisciplinaires (Service du Dr Galatoire).

Concernant enfin la toxine botulique, l'objectif retenu est de mettre en place une prise en charge (externe ou HDJ) pour injection de toxine botulique guidée par électromyographie pour patients strabiques adultes.

De manière transversale, le développement de cette filière passera par le développement de l'activité de recherche clinique avec versant orthoptique et une meilleure structuration de la formation des élèves orthoptistes en stage à la Fondation.

4.9 Filière neuro-ophtalmologie

Les objectifs retenus sont les suivants :

- Formalisation et planification de la filière de consultation de neuro-ophtalmologie pour les patients hospitalisés en neurologie, NRI et neurochirurgie avec planification des RDV et des examens complémentaires en amont ;
- Séparation des rendez-vous des patients externes en 2 flux :
 - Les patients venant pour une première fois qui peuvent être vus en 2 temps ou être pris en charge d'emblée en HDJ en cas de nécessité d'avis multiples et / ou d'exams multiples ;
 - Suivi limité dans le temps à la Fondation et relais par le centre de santé Edmond de Rothschild ;
- Augmentation de l'activité publicationnelle et les études cliniques ;
- Constitution d'une base de données pour les pathologies génétiques (en collaboration avec la conseillère en génétique de l'établissement et avec le CIC).

4.10 Electrophysiologie et basse vision

Les objectifs retenus sont les suivants :

- Soutenir l'activité, notamment par une amélioration du secrétariat pour la prise de RDV et le rendu d'exams ;
- Elargir les demandes aux ophtalmologistes de ville par le biais du formulaire « électrophysiologie » installé sur le site internet de la Fondation et facilement accessible aux médecins ;
- Créer une offre auprès des services de médecine interne et de rhumatologie des autres hôpitaux pour le suivi des patients sous antipaludéens de synthèse ;
- Développer le réseau de basse vision avec les centres partenaires, dans le DHU et en dehors (Ste Marie et les Invalides).

Enfin, il faut relever que la prise en charge basse vision doit être intégrée plus largement dans le plan handicap de l'établissement.

4.11 Urgences ophtalmologiques

Les objectifs retenus sont les suivants :

- Améliorer la prise en charge en diminuant les délais d'attente grâce à la création d'un circuit court au moyen d'un box dédié aux cas les plus simples, l'après-midi ;
- Développer et renforcer la collaboration des urgences le centre de santé Edmond de Rothschild dans le but de pouvoir adresser des patients « légers », ainsi qu'avec la PASS ;
- Utiliser le centre de santé Edmond de Rothschild pour certains contrôles post urgences simples afin de désengorger le circuit post urgences de la Fondation ;
- Travailler sur la prise en charge en lit porte, de manière à optimiser leur utilisation et leur facturation ;
- Mettre en place un cahier de police électronique permettant de disposer de données épidémiologiques sans passer par un mode manuel (mode d'arrivée / temps d'attente/ origine des patients) ;
- Renforcer la collaboration avec les urgences du CHNO des Quinze-Vingts.



II-1.3 Enseignement et recherche

1) Enseignement

L'enseignement (DES, FFI, DFMS) est organisé grâce aux compétences multiples présentes à la Fondation. En plus des réunions hebdomadaires au sein de chaque service, un staff inter services, permettant d'aborder les différents segments de l'ophtalmologie, est organisé tous les deux mois.

Il est prévu de poursuivre l'augmentation du nombre des DES pour ancrer la formation.

L'organisation du « DHU Vision et Handicaps » en task forces avec des réunions thématiques inter-hospitalières (Pitié Salpêtrière, CHNO des Quinze-Vingts, Fondation Rothschild) doit être développée.

Sur le plan chirurgical, les objectifs sont les suivants :

- Formaliser un programme commun de cours de chirurgie et de vidéos commentées ;
- Envisager l'utilisation d'un simulateur de chirurgie ophtalmologique segment antérieur-segment postérieur, en lien avec les structures hospitalo-universitaires déjà positionnées sur ce type de technologie.

Sur le plan international, il est souhaitable de développer la coopération avec des établissements étrangers du Nord et l'aide aux établissements du Sud en accueillant des praticiens en formation.

2) Recherche

La recherche repose actuellement sur l'évaluation de nouvelles thérapeutiques médicales, chirurgicales et techniques d'exploration, notamment dans le cadre de partenariats avec l'industrie.

Les études en cours concernent :

- La cataracte et les troubles de l'optique : évaluations de matériel (qualité des biométries / implants multifocaux/ aberrométrie per opératoire) et des pratiques opératoires (techniques d'anesthésie, de chirurgie, exploration de modèles organisationnels pour alléger la prise en charge) ;
- La pathologie rétinienne adulte : 2 études de phase III dans le traitement de la DMLA, 2 études de phase II dans la néovascularisation choroïdienne du sujet jeune, une étude prospective randomisée portant sur le bénéfice du pelage de la limitante interne dans la chirurgie des membranes ;
- Le traitement de l'œdème cornéen avec une étude multicentrique randomisée en double insu versus placebo ;
- La pathologie inflammatoire : une étude comparant l'efficacité et la tolérance de deux voies d'administration locale de stéroïdes dans l'œdème maculaire inflammatoire ;
- Le strabisme : étude portant sur l'amélioration de la qualité de vie liée à la prise en charge du strabisme ;
- Les pathologies neuro-ophtalmologiques : participation à un PHRC multicentrique dans le traitement de la neuropathie optique ischémique non artéritique, deux études multicentriques dans le traitement de la maladie de Horton et une étude sur les troubles visuels transitoires vus aux urgences dans le but d'améliorer leur prise en charge.

Le déplacement du centre d'investigation clinique au premier étage, en se rapprochant de l'électrophysiologie, de la basse vision et du conseil génétique va permettre :

- d'augmenter encore les études cliniques de phase 2, 3 et 4, en particulier pour les protocoles de traitement de la DMLA et de la rétinopathie diabétique en partenariat avec l'industrie pharmaceutique à qui pourrait ainsi être proposé un plateau technique regroupant tous les examens complémentaires et l'expertise médicale nécessaire ;
- de favoriser les études de cohorte pour les pathologies orphelines et les dystrophies rétiniennes génétiques, en partenariat avec le CIC du Centre National d'Ophtalmologie des Quinze-Vingts (Stargardt, rétinopathie pigmentaire et syndrome de Usher, dystrophie de Best, etc.) ;
- de poursuivre les études cliniques à promotion interne, en particulier pour l'évaluation médico-économique des nouvelles techniques chirurgicales.

II-2 NEUROLOGIE



L'activité de neurologie a représenté en 2015 un peu plus de 20% des séjours totaux de la Fondation, en légère progression par rapport à la proportion de 2010 qui s'élevait à 18%.

Cette activité repose sur des structures de consultation et d'exploration, d'hospitalisation complète (18 lits d'hospitalisation classique et 24 lits neuro-vasculaires) et d'hospitalisation ambulatoire.

Outre l'unité neurovasculaire, d'autres unités ont été individualisées au sein du service : l'unité James Parkinson (maladie de Parkinson et mouvements anormaux), l'unité clinique et recherche "vision-cognition", l'unité de cardiologie et les activités d'électrophysiologie (EMG, EEG, PE). Le service comprend également une consultation mémoire.

De 2011 à 2015, le nombre de séjours de neurologie a progressé globalement de 41%, cette hausse étant à la fois portée par l'hospitalisation ambulatoire (+46%) et l'hospitalisation conventionnelle (+29%), en lien avec l'augmentation des capacités et ressources humaines dévolues au service.

Sur 2015, l'activité du service se ventile comme suit sur les différentes surspécialités :

		Séjours	CA K
SEP		2 569	1 636
	Divers Neuro	161	183
	Neuro-psy	78	137
	Infect SNC	48	143
	T. SNC	54	159
	HTIC	49	63
	Hydrocéphalies	20	30
	Myasthénie	33	64
	Céphalées	32	39
	Epilepsie	44	89
Autres aff. Neuro		519	907
	AVC	458	2 634
	Autre Nvasc	161	289
	AIT	65	89
UNV		684	3 012
Neurop périph		404	331
Neuro-oph		336	333
	Mal degen SNC	138	315
	Parkinson	129	353
Mal degen SNC		267	668
Toxine		453	183
Divers		103	426
TOTAL		5 335	7 496

	Hosp° complète		Hosp° de jour		Total	
Scléroses en Plaques	241	16%	2 346	61%	2 587	48%
Neurovasculaire (AVC / AIT)	552	37%	135	4%	687	13%
Maladies dégénératives du SNC	93	6%	45	1%	138	3%
Toxines	0	0%	452	12%	452	8%
Neuropathies périphériques	71	5%	333	9%	404	8%
Neuro Ophtalmologie	102	7%	234	6%	336	6%
Autres	437	29%	294	8%	731	14%
Total	1496	100%	3839	100%	5 335	100%

II-2-1 Offre de soins

1) Sclérose en plaques et maladies inflammatoires du système nerveux central

La sclérose en plaques représente près de 50% de l'activité du service (2587 séjours). La majorité des patients bénéficie de l'hôpital de jour pour les traitements des poussées ou les traitements de fond. L'hospitalisation classique est nécessaire pour poser le diagnostic ou en cas de poussées sévères à l'origine d'un handicap important et/ou nécessitant des plasmaphèreses.

Le service a mis en place, depuis un an, 5 ateliers d'éducation thérapeutiques sur la sclérose en plaques, ses symptômes et ses traitements.

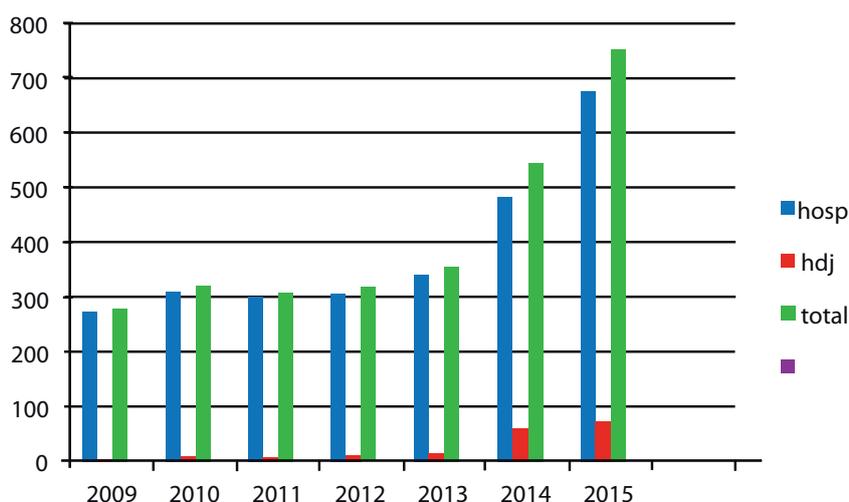
Le service participe au réseau SINDEFI-SEP qui associe, à Paris, les hôpitaux de la Salpêtrière et Tenon. Il est membre de l'Observatoire Français de la Sclérose en Plaques (OFSEP, cohorte nationale financée par l'ANR) et du réseau REFGENSEP (réseau français génétique et sclérose en plaques). Il participe aux essais cliniques de phase II/III dans cette pathologie.

2) Neuro-vasculaire

La prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) et des accidents ischémiques cérébraux et rétinien transitoires (AIT) est une spécificité du service de neurologie de l'établissement, qui réunit sur un même site les moyens et les compétences nécessaires à la prise en charge de tous les aspects de la pathologie neurovasculaire (UNV, neuroradiologie, neuroradiologie interventionnelle, neurochirurgie et neuro-réanimation).

Le renforcement de cette activité représentait un des principaux axes directeurs du précédent projet institutionnel, dans le cadre de l'orientation « urgences neurosciences ». D'importants moyens ont ainsi été consacrés à cette activité, dont, notamment, la mise en place d'une garde de neurologie et d'une garde de manipulateur radio 24H/24 et 7J/7.

L'activité a ainsi fortement progressé, comme en atteste le diagramme ci-dessous :



Cette bonne dynamique a permis la reconnaissance officielle de l'UNV de la Fondation par l'ARS dans le schéma régional.

Les entrées proviennent des pompiers et samu dans 55 % des cas et dans 45 % des cas des transferts via des SAU ne disposant pas d'UNV (Saint-Louis, Tenon, Avicenne, Montfermeil, Saint-Camille, centre intercommunal de Créteil) ou d'autres UNV adressées pour thrombectomie. Ces transferts sont pris en charge de façon conjointe avec le service de NRI.

3) Maladie de Parkinson et mouvements anormaux

L'unité James Parkinson, depuis 2011 à la Fondation, poursuit le développement d'une offre globale destinée aux patients ayant la maladie de Parkinson. Elle prend également en charge les autres troubles du mouvement comme le tremblement essentiel, les dystonies (crampes de l'écrivain, blépharospasme, torticolis spasmodique...), les mouvements anormaux somatoformes, etc...

Appuyée par une équipe spécialisée, l'offre actuelle repose sur une activité :

- de consultation (diagnostic et adaptation thérapeutique personnalisée) ;
- de consultation multidisciplinaire avec kinésithérapeute ;
- d'hospitalisation de jour (bilan étiologique de pathologies du mouvement, bilan des patients stimulés, tests de plots, mise en place d'apomorphine par stylo-injecteur...) ;
- d'hospitalisation complète (bilan pré-opératoire, mise en place d'apomorphine par voie sous cutanée,...) ;
- d'éducation thérapeutique (ET-FOR-PARK : entretiens individuels et réunions de groupe)
- d'injection de toxine botulique pour les patients parkinsoniens (hypersialorrhée, dystonie des orteils, blépharospasme...) et pour les sujets ayant une dystonie ou d'autres pathologies du mouvement.

L'activité de chirurgie fonctionnelle a commencé en novembre 2012. Au cours des 2 premières années, le rythme a été d'une implantation dans le noyau sous-thalamique par mois. Depuis 2015, le rythme tend vers 2 implantations par mois. Des patients ayant une dystonie ou un tremblement essentiel peuvent également bénéficier de la stimulation profonde.

Ont par ailleurs été initiées, dans le cadre du DPC, des formations du personnel paramédical du service afin d'améliorer leur compréhension des syndromes parkinsoniens pour optimiser la prise en charge des patients.

Les secrétaires de l'unité connaissant à la fois les patients et la pathologie sont à même de répondre de façon adaptée aux nombreux appels des patients. La collaboration avec une psychologue est nécessaire pour ces pathologies chroniques associées à des troubles psycho-comportementaux.

4) Consultation mémoire

La consultation mémoire existe depuis 2005. Son activité s'élève à environ 800 évaluations par an.

Ses objectifs consistent à identifier les troubles cognitifs et diagnostiquer avec fiabilité la pathologie sous-jacente, dans le cadre de bilans adaptés et, le cas échéant, à mettre en place un suivi pour les personnes présentant une plainte cognitive.

Les patients adressés à la consultation mémoire de la Fondation sont d'abord reçus en consultation par un neurologue. Cette consultation est, dans la majorité des cas, suivie d'un bilan programmé en HDJ ou plus rarement en hospitalisation complète. Le bilan comprend le plus souvent une évaluation neuropsychologique détaillée et une imagerie cérébrale, auxquels sont associés, en fonction du profil du patient, un bilan cérébrovasculaire, un EEG, un bilan sensoriel (consultation ORL avec audiogramme, examen ophtalmologique de dépistage au centre de santé Edmond de Rothschild), ainsi qu'une évaluation sociale. Un examen du LCR avec dosage des biomarqueurs des pathologies neurodégénératives peut être également réalisé, chez les sujets jeunes ou en cas de doute diagnostique.

Ce bilan peut conclure :

- au diagnostic d'une pathologie pour laquelle une prise en charge et un suivi sont proposés ;
- à la mise en évidence de troubles légers pour lesquels une surveillance régulière est requise ;
- à l'absence de troubles cognitifs ; chez certains de ces sujets présentant une « plainte mnésique subjective », un suivi est justifié car cette plainte peut être le premier symptôme d'une pathologie débutante.

À l'issue du bilan diagnostique, des traitements médicamenteux spécifiques sont prescrits et une prise en charge non médicamenteuse est mise en place, laquelle peut également intégrer les proches du patient.

Des collaborations sont en place avec deux autres structures hospitalières :

- le service de gériatrie du groupe hospitalier Diaconesses - Croix Saint Simon, susceptible de recevoir les patients âgés polypathologiques relevant d'une prise en charge gériatrique globale et d'adresser les patients ayant besoin d'un bilan mémoire ou sensori-cognitif ;
- l'unité sensori-cognitive de l'Institution National des Invalides, au sein de laquelle un praticien du service participe à une consultation d'évaluation de l'aptitude à la conduite automobile du sujet présentant des troubles cognitifs.

5) Neuro-infectiologie

Il s'agit d'une activité extrêmement spécifique qui s'appuie sur un réseau de collaborations internes et externes :

- Au sein de l'établissement, avec le service d'ophtalmologie du Pr I. Cochereau et les services d'ORL, d'imagerie, de neuro-chirurgie et de NRI, avec l'objectif d'étendre ces articulations avec le service de réanimation pour prendre en charge davantage de patients aigus ;
- Avec plusieurs services de maladies infectieuses et tropicales d'autres hôpitaux, le service de la Fondation étant un service de référence pour les complications neurologiques associées à l'infection VIH : des liens sont ainsi établis avec des structures de l'AP-HP (principalement Tenon, Saint-Louis, Pitié-Salpêtrière, HEGP et Saint-Antoine) ainsi qu'avec des hôpitaux périphériques d'Ile de France et des médecins généralistes sidénologues ;
- Avec des CHU d'autres villes universitaires, comme les CHU de Montpellier et de Toulouse, dans le but de développer des travaux communs.

Les liens avec le COREVIH Ile-de-France Centre sont également importants. Des projets de recherche académique multicentriques avec ce COREVIH ou avec d'autres COREVIH, menées chez les personnes vivant avec le VIH, sont en cours ou finalisés : étude de la maladie des petites artères cérébrales (MicroBREAK-ANRS-E51), étude sur le vieillissement neurosensoriel ophtalmologique (étude OCTIHV) et auditif (étude HELO), étude de la microalbuminurie comme facteurs prédictifs des troubles cognitifs associés au VIH (étude ALCOVE), étude des facteurs pronostiques des AVC (étude PROFES), étude de la prévalence des troubles neurologiques et psychiatriques associés aux nouveaux antirétroviraux (étude NEPAL) notamment.

Dans un premier temps surtout orientée sur les complications neurologiques associées à l'infection VIH, cette activité s'élargit depuis 2 ans vers les manifestations neurologiques des maladies infectieuses, quelles qu'en soient les étiologies.

Ainsi des réunions de concertation pluridisciplinaire réunissant infectiologues, internistes, neurologues, neuroradiologues et neurochirurgiens à la demande ont été développées à la Fondation pour définir la meilleure prise en charge de cas difficiles. L'objectif est dans l'avenir d'offrir une prise en charge globale en pathologie neuro-infectieuse.

6) Electrophysiologie et pathologie du nerf périphérique et du muscle

L'activité de l'équipe de neurophysiologie se divise en électromyogramme (EMG), potentiels évoqués (PE) et électroencéphalogramme (EEG).

Une réorganisation de l'activité d'électrophysiologie a été menée au cours de l'année 2015 avec la création d'une unité transversale de neurophysiologie et d'électro-ophtalmologie.

La réalisation des EEG, ENMG, PES et PEM dépend de la neurophysiologie ; les PEV sont désormais réalisés par l'électro-ophtalmologie.

L'activité EEG comprend à l'heure actuelle des examens de patients hospitalisés en neurologie, en réanimation et des examens de patients externes.

Trois vacations d'ENMG sont ouvertes et répondent aux besoins du service de neurologie et de neuro-ophtalmologie.

L'activité de PE a été reprise en 2016. Une vacation est ouverte. Les besoins en neurologie sont faibles car les PE ont été supplantés par l'imagerie sur le plan diagnostique. Seuls les PE permettent cependant une évaluation fonctionnelle du système nerveux central, ce qui justifie le maintien de cette activité.

Les perspectives envisagées pour cette unité sont les suivantes :

- Ouvrir de nouvelles plages d'ENMG en permettant aux chefs de clinique de participer à cette activité ;
- Recruter une technicienne formée aux techniques de PE ;
- Répondre plus largement aux besoins de la Fondation en particulier de la neurochirurgie et de la réanimation ;
- Ouvrir l'offre aux médecins de ville.

Les pathologies neuromusculaires prises en charge au sein du service comportent essentiellement les neuropathies inflammatoires (PRNC, NMB), les neuropathies associées au Ac anti MAG, les neuropathies des patients VIH, les myasthénies et les myopathies mitochondriales.

Il s'agit de pathologies rares. Cependant un nombre important de patients myasthéniques ou présentant une myopathie mitochondriale sont diagnostiqués et pris en charge dans le service en lien avec la neuro-ophtalmologie. La cohorte des patients myasthéniques est vraisemblablement l'une des plus grandes.

7) Unité vision et cognition

L'unité vision et cognition comprend des neuropsychologues, des orthophonistes ainsi qu'un ingénieur de recherche. Cette unité, créée en 2009, s'est développée ces dernières années et offre un ensemble d'évaluations et de prises en charge des troubles de la cognition et des troubles neurovisuels d'origine centrale chez le bébé, l'enfant, l'adulte et le sujet âgé, porteurs ou non de troubles associés du comportement et de l'interaction.

Le recrutement est régional et national et les patients sont adressés par des correspondants hospitaliers, institutionnels et libéraux, ainsi que par les médecins scolaires. Plus d'une centaine de rendez-vous sont assurés chaque semaine.

L'unité vision et cognition a signé de nombreuses conventions ces dernières années dans le but d'améliorer le dépistage et la prise en charge des troubles neurovisuels d'origine centrale avec des établissements hospitaliers et médicaux sociaux :

- Service de néonatalogie du CH de Pontoise ;
- Service de périnatalité de l'hôpital du Vésinet ;
- IPC de Chatou ;
- Association de Santé Mentale du 13^{ème} et centre Alfred-Binet.

Plusieurs conventions avec des services de pédopsychiatrie franciliens et des établissements d'éducation pour déficients visuels sont en cours de signature (hôpital Robert-Debré, hôpital Bichat, hôpital Necker, CEM Garches, Institut IDES...). Ces établissements sont demandeurs d'une approche intégrée du handicap mental et sensoriel au sein de la Fondation, ce qui nécessite de travailler à la mise en place d'un parcours de soins dédié à ces troubles sous forme d'une consultation pluridisciplinaire ou d'un hôpital de jour.

8) Unité de cardiologie

Cette unité assure un rôle transversal pour les avis cardiologiques en interne et la réalisation des échographies cardiaques aux patients hospitalisés sur demande des différentes structures internes de l'établissement.

Sa principale activité recouvre toutefois l'exploration des patients avec AVC ischémique, pour rechercher des sources cardiaques d'embolie, en tant qu'activité support de l'unité neurovasculaire, ce qui justifie son rattachement au service de neurologie et l'augmentation récente de ses effectifs médicaux, en lien avec la forte hausse de l'activité neurovasculaire.

Un échographe de dernière génération a été acquis début 2015, muni de sondes transthoracique et œsophagienne permettant l'imagerie 3D.

Une salle d'échographie cardiaque équipée pour les examens d'échographie cardiaque transthoracique et transœsophagienne a été inaugurée en 2015. Cette salle d'échographie cardiaque fonctionne tous les jours du lundi au vendredi.

II-2-2 Perspectives d'évolution de l'activité de neurologie

Au cours des 5 prochaines années, l'activité du service de neurologie devrait poursuivre sa croissance avec pour principaux relais : le neurovasculaire, la maladie de Parkinson et les mouvements anormaux, l'activité neurovision-cognition et la consultation mémoire.

1) Sclérose en plaques et maladies inflammatoires du système nerveux central

L'activité SEP et maladies inflammatoires du système nerveux devrait poursuivre son développement, son expertise étant désormais totalement reconnue et les correspondants réguliers du service étant plus nombreux (neurologues libéraux, neurologues de centres hospitaliers généraux).

Si certains traitements de fond de 1^{ère} intention (interférons, acétate de glatiramère) sont de moins en moins prescrits, de nouveaux traitements sont apparus, qui nécessitent une prise en charge hospitalière (fingolimod, alemtuzumab, prochainement l'ocrelizumab) et tout au moins une expertise tant dans l'indication (10 traitements ont une AMM dans la SEP) que dans le suivi, rendant indispensable une collaboration entre la ville et l'hôpital.

La création d'une consultation multidisciplinaire (neurologue, neuropsychologue, ophtalmologiste, médecin MPR, assistante sociale) permettra, dans le cadre d'une hospitalisation de jour, de faire le bilan des handicaps physiques, cognitifs et sociaux, ce qui conduira à mettre en place les aides et traitements adaptés.

2) Activité neurovasculaire

Depuis novembre 2016, le nombre de lits d'UNV est passé de 12 à 24 lits (6 lits USINV + 18 lits UNV), ce qui permet d'accueillir les patients adressés par d'autres UNV pour thrombectomie avant leur retour dans l'UNV d'origine.

Depuis cette date, le 5^{ème} étage du nouveau bâtiment est entièrement dédié à la pathologie neurovasculaire regroupant les malades de l'USINV-UNV et de la NRI, ce qui renforcera progressivement le lien entre les 2 services. Les neurologues assurent la prise en charge des patients neurovasculaires, qu'il s'agisse de pathologie ischémique ou hémorragique.

Actuellement au stade de projet (formation des neurologues auprès des réanimateurs), la prise en charge des hémorragies méningées après leur passage en USI-réanimation sera assurée par les neurologues. Ainsi pourront se réunir les équipes de neurologie et de NRI, créant une synergie bénéfique qui ne pourra qu'amplifier le recrutement de la pathologie neurovasculaire.

Des actions visant à améliorer la filière pré-hospitalière devront par ailleurs être conduites :

- Renforcement des liens avec les différents SAU et mis en place de la télémédecine via ORTIF, notamment pour les patients candidats à la thrombolyse et à la thrombectomie (cette sélection permettra l'orientation directe dans une structure disposant d'UNV avec NRI) ;
- Augmentation de la proportion de patients admis directement par SAMU (75 et 93) et pompiers : l'un des arguments est l'apport de la NRI pour un traitement d'emblée combinée thrombectomie + thrombolyse IV en cas d'infarctus cérébral avec un délai de reperméabilisation artérielle plus court, facteur pronostic essentiel ;
- Mise en place du réseau ville hôpital pour les patients neurologiques (information lors de journées dédiées auprès des médecins généralistes et spécialistes sur l'offre de soins des pathologies neurologiques dont les AVC AIT).

Différentes actions devront également être conduites pour améliorer l'organisation aval :

- Signature de nouvelles conventions avec les SSR (Près Saint Gervais, Asnières) ;
- Mise en place d'une consultation multidisciplinaire post AVC (neurologue, médecin MPR, neuropsychologue) ;
- Mise en place d'un dispositif d'éducation thérapeutique des patients AVC AIT (adhésion au traitement, gestion des anticoagulants, contrôle des facteurs de risque vasculaire).

3) Maladie de Parkinson et mouvements anormaux

Afin de proposer toutes les solutions innovantes de prise en charge actuelle de la maladie de Parkinson, la mise en place d'un partenariat avec le service de gastro-entérologie du GH Diaconesses - Croix Saint Simon est à envisager, ce qui permettra d'administrer la Duodopa par jéjunostomie.

Le développement de l'activité de chirurgie fonctionnelle de la maladie de Parkinson devra par ailleurs se poursuivre, avec de nouvelles indications : dystonie, tremblement essentiel...

L'éducation thérapeutique actuellement centrée sur la stimulation cérébrale profonde et l'accompagnement des aidants des patients parkinsoniens devra être élargie à d'autres thématiques.

Des outils thérapeutiques comme l'hypnose ou la TMS (stimulation magnétique transcranienne) dans les troubles neuro-fonctionnels et autres pathologies du mouvement seront proposés.

Dans les années à venir, il est par ailleurs prévu de développer des études de recherche sur les troubles du sommeil liés à la maladie de Parkinson par enregistrement polysomnographique et éventuellement de développer cette activité qui s'inscrit dans une optique de prise en charge globale du patient neurologique.

La prise en charge des tremblements essentiels devrait se développer avec l'implication conjointe des équipes de l'unité et de la neurochirurgie pour l'utilisation du gammaknife.

4) Consultation mémoire

Le renforcement récent de l'équipe médicale permet d'envisager une augmentation de l'activité de consultation et d'hospitalisation de jour au cours des prochaines années, en particulier grâce au développement de l'offre (évolution de la prise en charge aux stades précoces du déficit cognitif, bilan neurosensoriel du sujet âgé) et des contacts avec les partenaires.

Dans le cadre de la prise en charge non médicamenteuse, des séances de stimulation cognitive individuelle (avec une orthophoniste libérale) ou en groupe peuvent être prescrites. L'organisation d'un atelier mémoire hebdomadaire destiné aux patients suivis à la consultation mémoire de la Fondation et animé par les neuropsychologues du service est prévue à court terme. Des séances de soutien, destinées aux aidants des patients atteints de maladie d'Alzheimer ou apparentées, seront également organisées.

Cette dynamique passe aussi par le développement des partenariats avec les médecins traitants, les centres d'accueil de jour, les équipes spécialisées Alzheimer, les orthophonistes, les personnels des services de soins infirmiers, les plateformes gérontologiques, ou encore les MAIA, les objectifs étant :

- d'améliorer la communication autour de la prise en charge du patient ;
- d'orienter les patients et leurs proches le plus tôt possible vers l'offre de soins du territoire afin d'anticiper la perte d'autonomie et ses conséquences ;
- d'informer les partenaires de l'offre de soins de la Fondation et de proposer des formations.

La participation de la Fondation au dispositif PAERPA 9-10-19 représente un élément-clé de cette stratégie partenariale.

5) Neuro-infectiologie

Surtout orientée sur les complications neurologiques associées à l'infection VIH, cette activité s'élargit depuis 2 ans vers les manifestations neurologiques des maladies infectieuses quelles qu'en soient les étiologies. Ainsi des réunions de concertation pluridisciplinaire réunissant infectiologues, internistes, neurologues, neuroradiologues et neurochirurgiens à la demande ont été développées à la Fondation Rothschild pour définir la meilleure prise en charge de cas difficiles. L'objectif est dans l'avenir d'offrir une prise en charge globale en pathologie neuro-infectieuse.

6) Pathologie du nerf et du muscle

L'activité pathologie du nerf et du muscle se développe progressivement en élargissant son recrutement, initialement issu des services de la Fondation (neurologie, ophtalmologie, neuro-ophtalmologie, neurochirurgie, réanimation) par des collaborations avec en particulier l'hôpital Saint-Louis et en s'ouvrant à l'extérieur de la Fondation aux médecins libéraux.

7) Neurovision-cognition

Sur les 5 prochaines années, l'objectif central de l'unité consistera à développer un parcours de soins intégré et poursuivre la recherche clinique et fondamentale.

L'unité vision et cognition souhaite ainsi pouvoir, en collaboration avec les autres services de la Fondation, offrir une prise en charge plus intégrée des cas lourds sur le plan cognitif et/ou neurovisuel qui lui sont adressés. Ces patients souffrent en effet de nombreux handicaps, perceptifs, cognitifs, moteurs et souvent comportementaux et mériteraient d'être évalués de manière pluri-disciplinaire, grâce à un parcours spécifique au sein de la Fondation.

Ce parcours spécifique dédié aux enfants et adultes souffrant d'un ou plusieurs handicaps pourrait s'effectuer sous forme de rendez-vous groupés, sur une même matinée et en hôpital de jour. Il devrait, dans l'idéal, inclure une consultation ophtalmologique, des explorations visuelles (PEV, champs visuels), un bilan neurovisuel et neuropsychologique au sein de l'unité vision et cognition, une consultation neuropédiatrique et/ou pédopsychiatrique, une imagerie cérébrale, un EEG et un bilan ORL lorsque cela est nécessaire.

La création d'un tel parcours permettrait ainsi aux patients porteurs d'un handicap (comportemental, visuel, neurologique, neuropsychologique ou moteur) de bénéficier d'une offre de soins adaptée à leur déficit auprès de cliniciens concernés et engagés afin de pouvoir :

- répondre à la demande croissante d'explorations complètes chez l'enfant et l'adulte souffrant de troubles neuropsychologiques et/ou psychiatriques (sensoriels, neurologiques et neuropsychologiques) qui n'existe pas actuellement même dans les grands CHU parisiens ;
- offrir à des patients qui n'ont jamais eu d'évaluation ophtalmologique, ORL ou neuropsychologique la possibilité de prendre en charge leur trouble sensoriel et réduire ainsi en partie leurs troubles d'adaptation et/ou d'interaction ;
- corriger des diagnostics erronés et améliorer le diagnostic différentiel entre trouble psychiatrique et neurologique.

Pour prendre en charge dans les meilleures conditions possibles ces patients, il est prévu de bénéficier de la présence d'une pédopsychiatre et d'une psychologue spécialisée en pédopsychiatrie, adressées par l'hôpital Robert Debré et mutualisées avec le service de neurochirurgie pédiatrique.

La présence d'un médecin de réadaptation à mi-temps pourrait également être souhaitable.

Sur le plan de la recherche clinique et fondamentale, l'unité vision et cognition, en collaboration avec l'UMR 8242 CNRS à laquelle elle est associée, lance un essai clinique sur la restauration du champ visuel après AVC chez l'adulte en collaboration avec différentes UNV au niveau régional et national et poursuit son activité de mise en place d'outils numériques pour la formation, le dépistage et la prise en charge des troubles neurovisuels d'origine centrale. Les recherches en imagerie fonctionnelle pour étudier la plasticité et la réorganisation cérébrales après lésion du système visuel se poursuivent en collaboration avec le service d'imagerie.

8) Cardiologie

Sur les 5 prochaines années, l'unité de cardiologie devrait poursuivre sa dynamique de développement, en lien avec la hausse des activités neurovasculaires de l'établissement, ainsi que par la structuration d'une offre externe de consultation et d'examen d'échographie, de holter ECG et de MAPA.

L'augmentation de l'amplitude des plages horaires couvertes par l'activité d'échocardiographie permettra une exploration cardiologique complète en moins de 24-48 heures maximum, et de voir les patients arrivant en urgence le jour même.

La collaboration déjà active avec le service de cardiologie de l'hôpital Saint Antoine qui assure depuis 2005 la prise en charge aval des patients de la Fondation nécessitant une hospitalisation, devra se renforcer en matière de recherche et de soutien scientifique.

Sur le plan technique, il est prévu que le plateau technique de cardiologie soit rapidement raccordé au MACS de l'établissement afin de permettre un accès transversal interne et externe des images et des comptes rendus.

II-1-3 Enseignement et recherche

L'ensemble de l'équipe médicale du service participe à la recherche clinique dans les différents domaines de la neurologie : sclérose en plaques, pathologie vasculaire cérébrale, maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens, démences d'Alzheimer et autres démences, maladies des nerfs périphériques et musculaires (myasthénie), neurosida et autres pathologies infectieuses du système nerveux central, neurovision et cognition.

Cette recherche clinique académique et en collaboration avec l'industrie pharmaceutique augmentera probablement encore au cours des prochaines années.

Les praticiens du service participent à divers enseignements post universitaires (DU, DES) et à la formation post-universitaire (EPU) dans les différents domaines de la neurologie.

Le service de neurologie dispose de 4 postes d'internes DES ; un 5^{ème} poste est demandé. Le service reçoit des externes (une quinzaine) des universités de Paris VI et Paris VII.



II-3 NEUROCHIRURGIE



Les activités de neurochirurgie représentent 8% des séjours et 26% du chiffre d'affaires en hospitalisation de la Fondation.

Elles ont progressé de 9% sur les 5 dernières années :

	2011	2012	2013	2014	2015	Δ 11 / 15
Ambu	486	425	640	599	688	42%
<i>Chir</i>	38	48	46	38	43	13%
<i>Med</i>	448	377	594	561	645	44%
HC	1473	1581	1475	1486	1453	-1%
<i>Chir</i>	1078	1191	1112	1149	1065	-1%
<i>Med</i>	395	390	363	337	388	-2%
Séjours totaux	1959	2006	2115	2085	2141	9%

Elles sont marquées par deux grandes spécificités : la présence simultanée d'une offre adulte et pédiatrique, ainsi qu'une forte orientation fonctionnelle (douleur, épilepsie, Parkinson). Ainsi, sur 2015, ces activités présentaient le case-mix suivant :

Sur le plan structurel, ces activités sont organisées en deux services, auxquels sont rattachées deux unités spécifiques :

- le service de neurochirurgie adulte, auquel est rattaché le centre médico-chirurgical d'étude et de traitement de la douleur (CETD)
- le service de neurochirurgie pédiatrique, auquel est rattachée l'unité d'endocrinologie pédiatrique.

Les moyens mis à disposition pour l'hospitalisation comprennent :

- 32 lits d'hospitalisation complète dédiés à la neurochirurgie adultes au 4^{ème} étage du nouveau bâtiment ;
- Un accès à l'aile d'hospitalisation pédiatrique de 13 lits, située au 3^{ème} étage de l'ancien bâtiment, et comprenant 3 chambres équipées pour les explorations SEEG (épilepsie pédiatrique) ;
- Un accès à l'aile d'hospitalisation médicale de 13 lits, située au 3^{ème} étage de l'ancien bâtiment, qui accueille en particulier les patients médicaux du CETD ;
- Le recours aux 10 lits de réanimation adultes et aux 12 lits de surveillance continue, adulte et pédiatrique ;
- Un accès à la structure de chirurgie ambulatoire de l'établissement.

En termes de plateau technique, les activités neurochirurgicales disposent du service d'imagerie, de trois salles d'opération et d'un accès à la plate-forme de radiochirurgie gamma knife située à la Pitié-Salpêtrière et dont la Fondation détient 10% dans le cadre d'un GCS.

		Séjours	CA K
	Epilepsie	321	1 698
	Retard psy-mot	92	52
	Endocrino	121	100
	T. Bénigne SNC	64	341
	Malf. SNC	48	141
	T. Maligne SNC	83	473
	Autres. Aff	66	257
	Hydrocéphalies	31	215
Nch Pédiatrique		826	3 277
	Douleur Chron.	188	445
	Réglage Syst impl.	125	99
	Autres Aff.	54	183
	Path. Rachidiennes	33	58
	T. SNC	17	45
	Hydrocéphalies	6	10
	Aden. Hypophyse	1	4
	Epilepsie	0	
	T. Maligne	4	18
Douleur médicale		428	862
	Douleur Chron.	125	762
	HD Lominaire	78	328
	Laminectomie	41	337
	Myelopathies arthros	62	696
	T. Bénigne	27	363
	Spond-listh. Lomb	32	442
	Autres Aff.	10	75
	T. Maligne	12	239
	Autre Rachis	33	395
	Hydrocéphalies	1	20
Chir Rachis & Moelle		421	3 657
	Méningiome	113	1 527
	T. Maligne	73	1 379
	Hydrocéphalies	59	1 143
	Hématome SD	50	1 179
	Autre Aff.	51	741
	Aden. Hypophyse	25	341
	T. Bénigne	21	260
	Douleur Chron.	11	107
Craniotomies		403	6 677
Chir Nerfs périph.		34	35
Tissus Mous et Os		29	268
TOTAL		2 141	14 776

II-3-1 Offre de soins en neurochirurgie adultes

Le service de neurochirurgie adultes prend en charge les tumeurs de la base du crâne (méningiomes, hypophysés...), les tumeurs orbitaires, la chirurgie du rachis avec une spécialisation concernant la charnière crano-cervicale et le rachis cervical, la neurochirurgie fonctionnelle du Parkinson, mais aussi tous les actes de neurochirurgie classique (neurochirurgie du sujet âgé, hydrocéphalies chroniques, hématomas sous-duraux chroniques, neuro-oncologie).

1) Organisation médicale et permanence des soins

L'équipe médicale du service est composée de 6 neurochirurgiens. Ils sont assistés de 2 médecins pour assurer le fonctionnement général des unités d'hospitalisation.

Ces neurochirurgiens participent à un dispositif d'astreinte opérationnelle 24h/24 qui assure :

- La continuité des soins : urgences internes au service (patients hospitalisés et anciens patients), urgences internes à la Fondation (patients de NRI et de réanimation) ;
- La permanence des soins, dans le cadre du dispositif régional francilien mis en place en 2014 : pour l'ensemble des adressages en journée et en semaine, et, pour les hôpitaux avec lesquels un partenariat spécifique a été signé, la nuit et le week-end (CH de Saint Denis, d'Aulnay, de Gonesse...) ; ces patients sont alors pris en charge en collaboration avec le réanimateur de garde.

Il existe par ailleurs des listes d'astreinte spécifiques pour le CETD et le service de neurochirurgie pédiatrique.

L'accès au plateau technique d'imagerie 24h/24 (IRM, scanner...) complète ce dispositif.

2) Collaborations au sein de la Fondation avec les autres services

- **Réanimation** : prise en charge conjointe des opérés de lésions cérébrales, en urgence ou en chirurgie programmée, des interventions rachidiennes lourdes, des interventions chirurgicales chez le sujet âgé ;
- **ORL** : pour les abords chirurgicaux de la partie antérieure de la base du crâne, notamment les adénomes de l'hypophyse (\approx 1 / semaine), ainsi que pour les tumeurs de la base du crâne affectant le rocher et l'angle ponto-cérébelleux (neurinomes du VIII, méningiomes de l'angle ponto-cérébelleux) ;
- **Ophthalmologie** : méningiomes révélés par des troubles visuels, tumeurs de la base du crâne (chirurgie u optique), chirurgie de tumeurs orbitaires ;
- **NRI** : artériographies diagnostiques et de contrôle, embolisations, traitements endo-vasculaires, collaborations dans la prise en charge des accidents ischémiques (strokes), avec un nombre croissant d'hémi-craniectomies décompressives effectuées en urgence ;
- **Médecine interne** : près de la moitié des séjours du service de médecine interne de la Fondation sont en relation avec une pathologie rachidienne ou un motif rhumatologique. Dans le cadre du projet d'adossement de l'unité de médecine interne au service de médecine interne du GH des Diaconesses - Croix Saint Simon, une collaboration, déjà effective par la prise en charge de nombreux patients provenant de ces deux services, est en voie de développement et d'institutionnalisation (staffs communs, optimisation de la prise en charge de la pathologie infectieuse). Par ailleurs, le centre d'évaluation et de traitement de la douleur de la Fondation participe souvent à la prise en charge des patients atteints de pathologie rachidienne, en amont ou en aval de l'intervention neurochirurgicale.
- **Neurologie (unité Parkinson)** : conformément au projet médical 2012-2016, la stimulation cérébrale profonde a été mise en route en 2012 avec la prise en charge d'un nombre croissant de patients atteints de maladie de Parkinson, actuellement au rythme de 1 à 2 patients par mois.

3) Collaborations actives avec les établissements extérieurs

- Avec la Pitié-Salpêtrière, Tenon et l'Institut Curie : en neuro-oncologie ;
- Avec la Pitié-Salpêtrière : pour la radiochirurgie en conditions stéréotaxiques, dans le cadre du groupement de coopération sanitaire francilien de radiothérapie dont la Fondation est membre fondateur et titulaire de 10 % des droits ;
- Avec les hôpitaux de Mantes, Senlis, Creil : dans le cadre de staffs, de consultations et d'interventions chirurgicales en commun, ainsi que de transmissions d'images ;
- Avec l'hôpital Lariboisière : pour un suivi commun de patients pris en charge dans les services de rhumatologie et de médecine interne ;
- Avec les CH de Saint-Denis et d'Aulnay : par la voie de consultations délocalisées sur ces établissements et d'un partenariat dans le cadre du dispositif régional de permanence des soins.

II-3-2 Perspectives d'évolution en neurochirurgie adultes

1) Augmenter le niveau d'activité de la chirurgie fonctionnelle des mouvements anormaux

Le transfert de l'équipe Parkinson de Léopold Bellan à la Fondation mi-2011 a induit une cohorte importante de patients parkinsoniens et ce d'autant qu'il existe des besoins non couverts à ce jour dans le Nord de Paris et en Ile-de-France.

Actuellement, l'activité de stimulation cérébrale profonde repose sur un seul neurochirurgien. La file active de patients de l'unité Parkinson permet d'entrevoir une augmentation de la fréquence des interventions, au rythme de deux par mois. Cela nécessitera certainement l'arrivée d'un autre neurochirurgien compétent en stimulation cérébrale profonde, ou d'un neurochirurgien spécialisé en neurochirurgie de la douleur pour que le premier puisse se consacrer essentiellement à la stimulation cérébrale profonde.

La perspective de ce développement est d'autant plus intéressante que les indications sont de plus en plus précoces dans l'histoire de la maladie, que le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation du nombre de patients atteints de maladie de Parkinson, et que la stimulation cérébrale sera progressivement utilisée dans d'autres pathologies (mouvements anormaux, TOC).

Une offre de neurochirurgie fonctionnelle liée au traitement de la douleur existe déjà à la Fondation et procède de la même culture médico-chirurgicale. L'activité de neurochirurgie fonctionnelle, en particulier la neuromodulation chirurgicale, va certainement voir ses indications augmenter dans les années à venir. Le service de neurochirurgie adultes est un des principaux réalisateurs de neurochirurgie fonctionnelle en Ile de France. Une réflexion doit être conduite pour étoffer son offre et sa lisibilité dans ce domaine, en renforçant certains partenariats historiques comme celui conclu avec l'hôpital Raymond Poincaré de Garches.

2) Maintenir la chirurgie de la base du crâne (méningiomes, adénomes de l'hypophyse)

Spécificité de la Fondation, la chirurgie de la base du crâne bénéficie de tous les partenariats et collaborations nécessaires dans ce type de chirurgie : ORL, neuro-ophtalmologie, imagerie spécialisée, réanimation... Cette spécialité devra être maintenue et consolidée dans les années à venir.

3) Développer des prises en charge conjointes neurochirurgie – NRI

Un projet de développement de nouvelles technologies d'imagerie médicale et de thérapeutiques interventionnelles des malformations vasculaires cérébrales (anévrismes, malformations artério-veineuses, fistules dures), de l'ischémie cérébrale (stroke) et de certaines tumeurs intra-crâniennes est toujours à l'étude entre les services de NRI et de neurochirurgie de la Fondation.

L'objectif de ce projet consiste à élaborer de nouveaux équipements et de nouvelles techniques hybrides associant imagerie et actes opératoires dans l'évaluation et le traitement des pathologies vasculaires cérébrales précitées. Ainsi, il est ainsi de créer un nouvel environnement radiologique et chirurgical, comme par exemple, une salle d'opération multi modalités, qui permettra le traitement combiné (endovasculaire et neurochirurgical) de certaines pathologies telles que les malformations artério-veineuses et les tumeurs de la base du crâne. Cette nouvelle modalité pourra également être étendue au traitement de certaines pathologies rachidiennes.

Le développement de cette « salle hybride » est un projet à long terme, qui se trouve renforcé par la participation de la Fondation au dispositif régional de permanence des soins neurosciences.

Sa réalisation est toutefois conditionnée à l'extension du nouveau bâtiment.

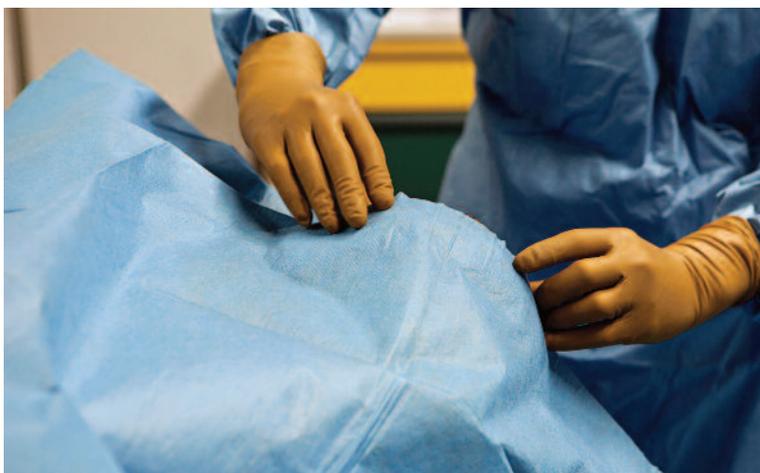
4) Renforcer la place du service de neurochirurgie dans le dispositif de PDES

Les évolutions récentes du service de neurochirurgie adultes (réorganisation institutionnelle efficace de la gestion des lits, arrivée de trois nouveaux neurochirurgiens) permettent d'envisager une montée en capacité de la prise en charge des urgences neurochirurgicales :

- Urgences neuro-vasculaires hémorragiques (hémorragies méningées, hématomes intra-cérébraux...);
- Urgences neurochirurgicales des strokes (hémi-craniectomies) ;
- Urgences neurochirurgicales autres, adressées par les SAU et services hospitaliers partenaires, 24H/24 et 7J/7.

La création du département neurosciences au décours du 2ème trimestre 2011 a déjà contribué à mettre la Fondation en capacité d'accueillir des urgences selon des circuits formalisés et mieux articulés. Ensuite, un numéro de téléphone d'entrée unique et un contact médical séniorisé ont été mis en place. La présence d'un neuro-réanimateur 24h/24 a permis de déclencher, notamment la nuit et les week-ends, les moyens nécessaires pour une prise en charge efficace des patients. Les astreintes de sécurité ont été transformées en astreintes opérationnelles. L'adhésion de la Fondation au réseau ORTIF a aussi contribué à l'identifier comme centre reconnu dans le schéma de la PDES en Ile de France.

Cependant des réflexions plus larges se poursuivent au sein de la Fondation pour graduer précisément les moyens à mettre en regard des différents types d'urgences, avec l'objectif d'optimiser les ressources : ouverture de la SSPI la nuit, formalisation des parcours patients et sécurisation des parcours de soins non programmés.



5) Développer la neurochirurgie du sujet âgé

Le développement de la neurochirurgie du sujet âgé s'entend notamment dans le cadre de partenariats avec les services d'urgence des hôpitaux voisins. Ces services d'urgence ont fréquemment des difficultés à placer des patients âgés dans des services de neurochirurgie déjà saturés.

Dans le cadre de partenariats plus larges entre les structures d'urgence voisines et les services de neurochirurgie / NRI d'une part, de neurologie / AVC d'autre part, les patients âgés (hématomes sous-duraux, hydrocéphalies, ...) pourront bénéficier de ces accords de manière prioritaire.

Un développement de la neurochirurgie programmée du sujet âgé est également recherché, nécessitant une collaboration avec les circuits gériatriques d'aval pour fluidifier le circuit des patients.

La participation des neurochirurgiens à des EPU auprès de correspondants, médecins traitants comme gériatres hospitaliers, permettra par ailleurs de définir les besoins et les objectifs de cette prise en charge. Il s'agit en fait d'un projet transversal au sein de la Fondation, impliquant toutes ses compétences « tête et cou » : neurologie, ORL, ophtalmologie, neurochirurgie...

En effet, l'association fréquente de pathologies chez le sujet âgé nécessite une analyse diagnostique multidisciplinaire (par exemple des troubles de l'équilibre chez un sujet âgé peuvent avoir des causes associées, aussi bien ORL que neurologiques...). Le partenariat de médecine interne avec le GH des Diaconesses - Croix Saint Simon devrait permettre une évolution institutionnelle de ce projet.

6) Renforcer et développer la prise en charge médico-chirurgicale de la pathologie rachidienne

Développer un centre médico-chirurgical « Rachis » en partenariat avec le service de médecine interne et le CETD était un des axes de développement inscrit dans le précédent projet médical d'établissement. Les objectifs consistaient à :

- Améliorer la prise en charge des patients accueillis en consultation et en hospitalisation dans des parcours de soins mieux coordonnés ;
- Développer de nouvelles techniques et traitements (innovations thérapeutiques) ;
- Augmenter l'activité scientifique sous forme de recherche clinique, de publications, d'enseignement ;
- Augmenter le nombre de patients pris en charge (hospitalisation / consultation) pour répondre à un réel besoin compte tenu de la grande fréquence des pathologies rachidiennes dans la population (cf. amélioration de l'espérance de vie, recherche d'une meilleure qualité de vie...).

La situation des effectifs médicaux des services de médecine interne et de neurochirurgie adultes n'a pas permis de mener à bien ce projet dans le cadre du précédent plan stratégique.

Le nouveau partenariat en cours d'élaboration avec le service de médecine interne du GH des Diaconesses - Croix Saint Simon devrait permettre une renaissance de ce projet sur une association médico-chirurgicale plus large, avec des objectifs non seulement cliniques, mais aussi d'enseignement et de recherche clinique.

7) Développer un réseau d'aval pour améliorer la fluidité de la filière

Le regroupement des lits de neurochirurgie adultes sur un seul étage d'hospitalisation a permis, comme il était prévu dans le précédent projet d'établissement, d'optimiser l'occupation des lits du service et, globalement, de l'ensemble de la filière, en identifiant des lits de médecine de transition, en attente d'une sortie ou d'un aval adapté, selon les préconisations du SROSS. La formalisation de conventions avec des structures d'aval SSR ou médico-sociales permettra de parachever ce dispositif.

II-3-3 Recherche et enseignement en neurochirurgie adultes

Jusqu'à présent la recherche clinique n'a été que peu développée en neurochirurgie adultes, le service n'ayant été véritablement structuré qu'à partir de 2011, et la structure démographique du personnel neurochirurgical ne permettant pas de consacrer du temps à ces activités.

La création de l'URC a permis d'envisager des travaux de recherche sur des thèmes neurochirurgicaux spécifiques à la Fondation (chirurgie des lésions du canal optique par exemple) ou correspondant à des activités du service de neurochirurgie pour lesquelles existent d'importantes files actives (adénomes hypophysaires avec troubles visuels, myélopathies cervicarthrosiques, malformations de la charnière craniale-cervicale...).

Actuellement, sont conduites deux études rétrospectives importantes, l'une permettant d'analyser la série de plusieurs centaines de méningiomes de la base du crâne envahissant le nerf optique opérés à la Fondation et l'autre, la série de plus de 120 interventions effectuées par voie transorale.

Un travail de recherche biomédicale (appelé ROBOPHYSE, validé par l'ANSM et le CPP) est mené dans le service de neurochirurgie (Dr Chauvet), en collaboration avec le service d'ORL de l'HEGP, afin d'étudier une nouvelle voie d'abord transorale assistée par le robot Da Vinci (Intuitive Surgical) pour la chirurgie des adénomes hypophysaires.

Enfin, une thèse de sciences est en cours actuellement (Dr Bekaert) pour mettre au point un nouvel outil de résection per-opératoire en neurochirurgie oncologique avec des radio-isotopes (laboratoire de physique d'Orsay, CNRS – IMNC/INZP3).

L'enseignement est dispensé essentiellement dans des DU ou DIU (douleur, chirurgie du rachis) ou d'ateliers d'enseignement organisés par les sociétés savantes (Société Française de Neurochirurgie, Société Française de Chirurgie du Rachis).

II-3-4 Offre de soins du CETD

Le CETD de la Fondation est reconnu pour son expertise dans la prise en charge des douleurs neuropathiques qui représentent environ 70 % des motifs de consultation (versus 30 % dans les autres structures Douleur). La grande majorité des patients est adressée par des spécialistes. L'offre de soins est à la fois médicale et chirurgicale avec possibilité de chirurgie fonctionnelle et d'hospitalisation de patients complexes, ce que peu de centres sont en mesure d'offrir.

1) Activité clinique

Le CETD assure une prise en charge pluridisciplinaire, pluriprofessionnelle et globale de patients atteints de douleurs chroniques sévères et rebelles, selon le modèle biopsychosocial, avec une expertise spécifique concernant les pathologies (douleurs neuropathiques - près de 70 % des motifs de consultation contre 30 % dans les autres centres anti-douleur, douleurs cancéreuses rebelles), les thérapeutiques (neurochirurgie de la douleur : avulsion plexique, douleurs cancéreuses rebelles, cordotomie, névralgie faciale, thermocoagulation, compression par ballonnet et neurochirurgie du handicap) et les populations (patients atteints d'un handicap neurologique séquellaire ou sur maladie évolutive, patients atteints de cancer).

Près de 2 800 consultations et 460 séjours spécifiques « Douleur » ont été réalisés en 2015.

Concernant tout d'abord les consultations externes, la file active est de 976 patients, les nouveaux patients s'élevant quant à eux à 348.

48 % sont adressés par des spécialistes (41% par des services hospitaliers tels que Garches ou la Pitié-Salpêtrière, 35% par les médecins de la Fondation, 17% par les structures douleur ou soins palliatifs telles Saint-Antoine, Saint-Louis, Jeanne-Garnier, Diaconesses, Cochin, Argenteuil, Saint-Joseph), 7% par des spécialistes libéraux, 52 % par des généralistes.

La spécificité du CETD de la Fondation explique la variété de provenance des patients : 28% Paris, 46 % Ile-de-France (hors 75), 25 % Province.

Sur les 460 séjours réalisés en 2015, 286 ont relevé d'un GHM médical, 175 d'un GHM chirurgical.

Les séjours médicaux sont représentés par la prise en charge :

- de douleurs chroniques rebelles, avec un état d'hypersensibilisation, tel les douleurs neuropathiques, les lombosciatiques séquellaires (LSS), les sevrages d'opiacés, par des perfusions de kétamine ou tricycliques ;
- de quelques cancers nécessitant un rééquilibrage de leur traitement ;
- de remplissages et réglages de systèmes implantés (pompe) notamment pour spasticité, douleurs neuropathiques et cancer (entre 120 et 150 chaque année)

Cette activité de gestion des appareillages est technique et requiert une organisation sans faille. Elle se pratique essentiellement en HDJ. La file active est d'environ 40 patients.

Les séjours chirurgicaux sont quant à eux de deux types :

- Chirurgie fonctionnelle (environ 75% des cas) : stimulation médullaire (pile, électrodes), stimulation corticale (pile, électrodes), poses de pompes intrathécales (pompe, cathéter), changement de matériel ;
- Chirurgie destructrice (environ 25% des cas) : thermocoagulation, compression par ballonnet, Nashold, Janetta, cordotomie.

Les cinq pathologies les plus fréquentes débouchant sur un acte chirurgical sont les suivantes :

- Lombosciatiques séquellaires et douleurs neuropathiques périphériques ;
- Névralgies faciales ;
- Avulsions plexiques ;
- Douleurs rebelles liées au cancer.

2) Organisation médicale et permanence des soins

L'organisation repose sur une équipe pluri-professionnelle :

- Six médecins spécialisés « Douleur » assurent la prise en charge médico-chirurgicale des patients ;
- Une équipe paramédicale pluriprofessionnelle : psychologue, IDE, sophrologue et kinésithérapeute.

La permanence des soins est assurée grâce à une astreinte organisée au sein de l'équipe (4 médecins y participent), des consultations quotidiennes et un accueil téléphonique 5j/7.

3) Procédures de concertation pluridisciplinaire et d'amélioration des soins

Sur ces points, le CETD repose sur l'organisation suivante :

- Un staff hebdomadaire ;
- Deux réunions de bibliographie trimestrielles ;
- Une réunion RMM trimestrielle ;
- Une participation aux RCP nationales « douleurs rebelles du cancer » par le système LORCONF ;
- Une participation au réseau « douleurs rebelles du cancer » Ile-de-France (Saint-Antoine).

4) Collaborations au sein de la Fondation

De nombreux patients pris en charge au sein de l'établissement ont accès au CETD :

- Neurologie 28% : collaboration pour les douleurs neuropathiques des scléroses en plaques (40% des patients atteints de SEP ont des douleurs neuropathiques), les céphalées non contrôlées, les névralgies faciales ;
- ORL 5% : collaboration pour les cancers ORL, les douleurs atypiques de la face ;
- Ophtalmologie 14% : collaboration pour les douleurs orbitaires post-opératoires ou infectieuses ;
- Neurochirurgie 46% : pour des patients ne relevant pas de chirurgie conventionnelle, pour des patients opérés et douloureux (tumeur angle ponto cérébelleux, lombosciatique...);
- Médecine interne 6%.

Le CETD intervient à la demande des services au lit des patients (109 consultations en 2015 dans les différents services) ; il participe aux réunions éthiques et RCP de limitation de soins (réanimation).

En sens inverse, le CETD bénéficie d'avis spécialisés fournis en interne (neurologie, ophtalmologie, rhumatologie, ...).

5) Collaborations actives avec les établissements extérieurs

L'implantation de pompes ou les stimulations centrales sont pratiquées dans un nombre de centres restreints. La Fondation de par la diversité de son offre fonctionne avec un grand nombre d'établissements ou de structures Douleur dont l'offre de soins est moins élaborée.

- En médecine physique et de réadaptation, pour les patients de l'hôpital Raymond-Poincaré (Garches) et de l'hôpital Rothschild (Paris 12^{ème}) : implantation de pompes dans les indications de spasticité notamment ;
- En cancérologie, pour l'implantation de pompes, dans le cadre d'un réseau avec plusieurs établissements : Saint-Antoine, Tenon, Saint-Louis, IGR, Curie, Diaconesses, Argenteuil et Bichat ;
- Prise en charge de patients adressés par différents centres « Douleur » : Tenon, Cochin, Bichat, Troyes, Amiens, Rennes, Abbeville, Granville...
- Prise en charge de patients adressés par différents services hospitaliers : service de neurologie de la Pitié-Salpêtrière, service d'orthopédie de Bichat...
- Relations avec le CETD de Robert-Debré : création d'un lien de prise en charge pour le passage à l'âge adulte des enfants douloureux chroniques.

II-3-5 Perspectives d'évolution du CETD

La ligne de conduite adoptée par le CETD est d'éviter une trop grande dispersion de prise en charge et de cibler les patients qui pourront bénéficier au maximum des expertises proposées à la Fondation et notamment des synergies entre services.

1) Développer la neurochirurgie de la douleur et du handicap

Les cibles à développer sont les cancers, les lombalgies, les céphalées chroniques et la chirurgie du handicap.

Concernant tout d'abord le cancer, le potentiel de patients est important : 70 % des patients atteints d'un cancer connaissent des douleurs au cours de leur maladie et 10 % de ces douleurs sont rebelles aux traitements par morphiniques PO ou IV. Pour ces patients, le changement de voie (implantation de pompes intrathécales) et l'association de molécules (morphine, anesthésique local, catapressan, PRIALT) permettent d'obtenir un contrôle des douleurs.

Cette chirurgie fonctionnelle demande une expertise technique tant dans l'équilibration initiale des doses délivrées que dans la gestion des pompes au long cours (réglage, remplissage, ...). La Fondation peut augmenter l'implantation de pompes dans les indications de cancers à condition que le relais soit pris par les structures partenaires pour le suivi et le remplissage des pompes. Il incombe donc au CETD, en partenariat avec les industriels concernés de former les structures partenaires.

Concernant ensuite la chirurgie du handicap, l'implantation de pompes intrathécales dans les indications de spasticité sera également consolidée. Un partenariat est déjà bien établi avec Garches et l'hôpital Rothschild dans ce domaine d'activité. De même, pour la radicectomie et les neurotomies pour la spasticité localisée, la stimulation centrale dans les dystonies douloureuses semble prometteuse.

Concernant enfin les douleurs chroniques non cancéreuses, il est probable que les stimulations médullaires augmentent, notamment dans les lombosciatiques, activité déjà bien développée à la Fondation. De même, les stimulations sous-cutanées dans les céphalées et les lombalgies sont en plein développement. La stimulation centrale et la stimulation du vague dans les algies vasculaires rebelles de la face semblent des indications prometteuses pour une pathologie affligeante.

La stimulation transcrânienne (TDCS) pour l'indication des syndromes douloureux chroniques devrait également se développer, la stimulation médullaire à haute fréquence étant quant à elle une technique encore à l'étude.

Le développement de toutes ces activités nécessitera la mobilisation d'au moins un équivalent temps plein de neurochirurgien spécialisé douleur.

2) Augmenter le recrutement spécifique de névralgies du trijumeau

La Fondation assure déjà une activité significative dans cette pathologie, avec environ une trentaine de patients traités par an. Cette activité est encore renforcée depuis septembre 2016, avec l'arrivée d'un praticien qui dispose d'une renommée nationale pour les cas de névralgies faciales traitées par microchirurgie (décompression vasculaire).

Le traitement chirurgical est réservé aux sujets jeunes, tandis que les autres traitements pratiqués au CETD (thermocoagulation, ballonnet...) sont réservés à des sujets plus âgés. La Fondation disposera ainsi d'une offre complète en matière de névralgies faciales.

Ce recrutement spécifique mérite d'être élargi par une lisibilité et une communication accrues.

3) Développer les pratiques de la neurochirurgie de la douleur dans une logique de sécurisation des prises en charge

Les axes de développement envisagés sont les suivants :

- Développer les cibles : tractotomie pédonculaire, sites intracérébroventriculaire dans la douleur du cancer ;
- Développer le repérage anatomique par IRM, la sélectivité par l'utilisation de la neuro-navigation pour la thermocoagulation du GG de Gasser, la compression par ballonnet ;
- Développer l'électrophysiologie peropératoire pour la chirurgie médullaire (cordotomie, Drez) ;
- Développer certaines techniques invasives dans un environnement sécurisé : les injections ICV et intrathécale de morphine, le réglage initial des pompes à morphine, doivent être initiés dans un service d'unité de soins intensifs.

4) Développer l'ambulatorio et faire évoluer l'organisation et les circuits de prise en charge

Les alternatives à l'hospitalisation complète devront être renforcées, que ce soit en chirurgie ambulatoire (thermocoagulation, remplacement du matériel), comme en hôpital de jour (bilan pluridisciplinaire de pathologies complexes).

Le travail en réseau devra également être développé, autour des axes suivants :

- Renforcer le réseau cancer soins palliatifs en Ile de France : mise en place d'une RCP « Douleur cancer rebelle Ile de France » par vidéoconférence avec les USP en lien avec la Fondation ;
- Renforcer les liens ville / hôpital - hôpital / hôpital - hôpital / centres de rééducation par des actions de formations, une meilleure lisibilité (améliorer le site par exemple), de courriers et CRH explicites sur les pathologies et les stratégies proposées adressées dans des délais brefs au sortir de la consultation ou de l'hospitalisation ;
- Possibilité de double évaluation pour les patients lourds ++ (ex. : école du dos à St-Antoine, Coubert, paraplégiques avec Garches, Rothschild...).

Dans le futur, les thérapies cognitives et comportementales, hypnose et stimulation transcutanée devraient poursuivre leur augmentation (6 patients concernés en 2010, 533 en 2015).

Le CETD devra enfin poursuivre son fort investissement en matière d'éducation thérapeutique du patient : ateliers stress et douleur, utilisation du réseau Lutte contre la Douleur (LCD), développement prévu d'ateliers à thème (douleurs chroniques : mécanismes, traitements destinés aux nouveaux patients) et de séances individuelles d'ETP (mesure d'hygiène de vie, sommeil..).

5) Développer les activités de recherche clinique

- Réglages des stimulations centrales : étude sur les réglages efficaces des stimulations médullaire et sous cutanée (consommation/efficacité) ;
- Etudes cliniques sur l'administration intrathécales de substances analgésiques ;
- Intérêt de l'utilisation de l'électrophysiologie peropératoire dans la neurochirurgie de la douleur ;
- Intérêt de protocoles péri opératoire dans la prévention des infections nosocomiales de la neurochirurgie fonctionnelle.

II-3-6 Offre de soins en neurochirurgie pédiatrique

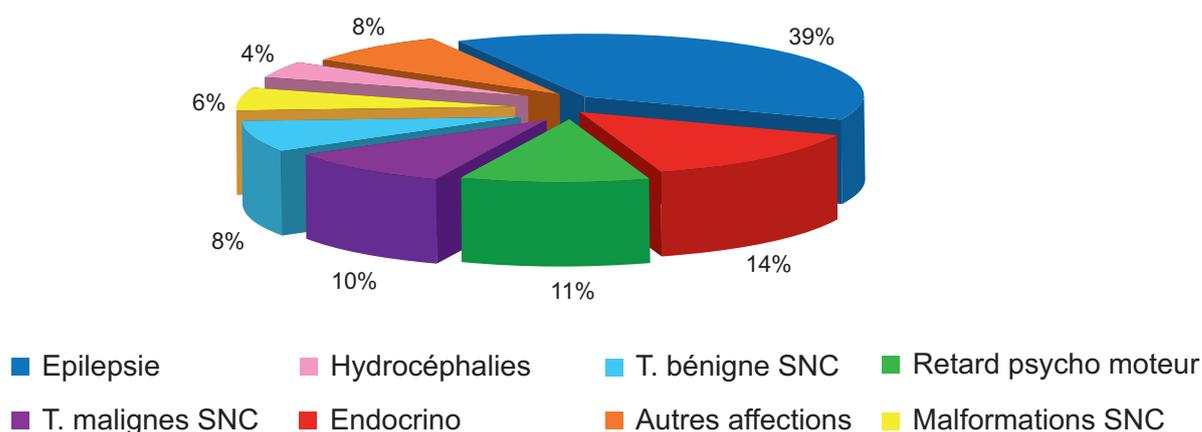
1) Répartition des séjours

Le service de neurochirurgie pédiatrique a augmenté de 48% le nombre de ses séjours sur les 5 dernières années, comme en atteste le tableau ci-après :

	2011	2012	2013	2014	2015	$\Delta 11 / 15$
Ambu	272	322	400	389	480	76%
<i>Chir</i>	2	5	5	6	7	250%
<i>Med</i>	270	317	395	383	473	75%
HC	287	283	311	306	346	21%
<i>Chir</i>	185	189	205	204	213	15%
<i>Med</i>	102	94	106	102	133	30%
Séjours totaux	559	605	711	695	826	48%

Sur 2015, ces séjours se sont ventilés comme suit :

Ventilation des séjours 2015 par segment d'activité



39% des séjours sont liés à la chirurgie de l'épilepsie du nourrisson et de l'enfant. Le service de la Fondation est ainsi le premier centre en France pour cette activité dont l'expertise est reconnue au niveau international.

Il s'agit d'enfants présentant une épilepsie grave et rebelle aux traitements médicaux spécialisés (définition H.A.S.). Le service assure les explorations d'imagerie notamment neurophysiologiques (3 chambres d'enregistrement) et neuropsychologiques indispensables dans le cadre du bilan pré-opératoire. Les interventions neurochirurgicales (hémisphérotomies, déconnexions endoscopiques de lésions cérébrales épileptogènes) sont hautement spécialisées, expliquant le recrutement extrêmement large de ce service.

Deux tiers des séjours sont médicaux : ils sont réalisés en hôpital de jour et il s'agit de bilans pré- ou post-opératoires (consultations, IRM, EEG), de bilans de neuropsychologie pré- ou post-opératoire ou encore de bilans d'endocrinologie.

2) Organisation médicale et permanence des soins

L'activité de neurochirurgie pédiatrique a été individualisée au sein d'un véritable service en 2011. Elle repose sur une équipe composée d'actuellement 3 neurochirurgiens, 4 neuropédiatres, 2 neurophysiologistes et 1 neuropsychologue.

L'organisation du service est « médico-chirurgicale », ce qui signifie en pratique la présence permanente de neuropédiatres qualifiés travaillant en étroite collaboration avec les neurochirurgiens.

Cette organisation prévaut depuis la création de cette activité à la Fondation en 1995 et a précédé toutes les recommandations actuelles.

L'activité est majoritairement programmée.

Cependant, une astreinte de sécurité permet d'accueillir les urgences (hors urgences traumatologiques) et de répondre aux problèmes en interne.

Les consultations quotidiennes (3 consultations de neurochirurgie pédiatrique, 6 consultations de neurologie pédiatrique, 2 consultations de neuropsychologie) permettent de répondre sans délai à l'attente des correspondants hospitaliers.

Deux fois par semaine, les consultations de neurochirurgie, de neuropédiatrie et d'anesthésie sont groupées, évitant ainsi de multiplier les déplacements pour les familles.

La sélection des patients pour la chirurgie de l'épilepsie se fait à partir de consultations spécialisées. Une partie importante de l'activité de consultation est générée par l'envoi de dossiers postaux ou par courriels pour avis et prise en charge de patients de province et de l'étranger.

3) Collaborations au sein de la Fondation avec les autres services

➤ Ophtalmologie

La neuro-ophtalmologie intervient à double titre. Elle concourt au recrutement d'enfants qui seront opérés (tumeurs, malformations, ...) et qui ont des signes d'appels ophtalmologiques liés à une atteinte des voies visuelles. Les neuropédiatres interviennent dans le diagnostic et la prise en charge des atteintes ophtalmologiques révélant une pathologie neurologique ; cela permet une prise en charge rapide avec – si nécessaire – des compléments de bilans faits en neurologie à Robert-Debré.

➤ Imagerie médicale

La collaboration est ancienne et repose actuellement sur différents projets en cours : révision des protocoles IRM (séquences, plans d'acquisition) selon les pathologies et demandes, particulièrement en oncologie, épilepsie et mouvements anormaux (bilan pré DBS) et développement de l'IRM fonctionnelle (notamment IRMf du langage) en pédiatrie avec formation d'un radiologue. Cela permettra une meilleure accessibilité à cet examen, qui est actuellement réalisé au CEA d'ORSAY et facilitera le regroupement des examens/consultations. La collaboration entre les deux services recouvre aussi l'exploitation des données pour la recherche clinique.

➤ Neurochirurgie adultes

Le partage d'expérience entre les deux services existe dans les domaines frontières et le service de neurochirurgie adultes permet de suivre certains patients au-delà de l'âge pédiatrique.

➤ Anesthésie-réanimation

Les interfaces avec ce service sont majeures pour l'anesthésie et le post-opératoire. Un projet commun est actuellement envisagé, en collaboration avec la neurochirurgie et l'anesthésie de l'hôpital Bicêtre, sur la neurochirurgie éveillée chez l'enfant.

➤ Neurologie

Une collaboration médicale existe concernant l'interprétation des EEG.

4) Collaborations actives avec les établissements extérieurs

➤ Avec l'hôpital Robert-Debré

Les relations avec cet établissement sont fortes et anciennes. Elles s'inscrivent dans la convention cadre de partenariat conclue entre les deux établissements. Elle implique de nombreux services à Robert Debré, y compris les urgences et la réanimation. Un numéro portable unique pour les urgences de neurochirurgie pédiatrique qui est transféré tous les jours sur le portable du neurochirurgien d'astreinte de la Fondation, a été communiqué aux différents services de Robert-Debré et est sollicité par les différents services 24H/24.

Relevons en particulier l'existence d'un staff « épilepsie », une fois par trimestre, entre le service de neurochirurgie pédiatrique de la Fondation et le laboratoire EEG de Robert-Debré, ainsi que le service de neuropédiatrie qui a créé une activité entièrement dédiée à l'épilepsie, avec un hôpital de jour spécifique.

Des liens sont également développés entre les deux structures sur le volet neuropsychologie cognitive.

Enfin, un neurochirurgien de la Fondation a des consultations à Robert-Debré pour les pathologies neurochirurgicales classiques au sein du service de neurologie pédiatrique

➤ Avec l'Institut Curie

Une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en neuro-oncologie pédiatrique est organisée de façon hebdomadaire pour les enfants traités conjointement.

➤ Avec Robert-Debré et l'Institut Curie

Un dispositif de transfert d'images a été mis en place avec ces deux établissements afin de faciliter et accélérer les prises de décision, et d'éviter les déplacements des enfants (et de leur famille) dont les pathologies sont souvent lourdes et chroniques.

➤ Avec Necker-Enfants Malades

Il existe une collaboration de recherche avec l'Unité INSERM du Dr. Chiron (UMR 663) abritée à Necker. Le service de neurochirurgie pédiatrique de la Fondation fait ainsi partie du réseau francilien de prise en charge pluridisciplinaire des tumeurs cérébrales de l'enfant. Le service participe également à l'organisation hospitalière inter-régionale de recours en neuro-oncologie pédiatrique avec l'Institut Curie, l'Institut Gustave Roussy et le service de neurochirurgie de Necker (RCPPI).

Le service de neurochirurgie de la Fondation est également représenté à chaque réunion du centre de référence des épilepsies rares (Necker) ainsi qu'aux réunions de leur réseau de chirurgie de l'épilepsie de l'enfant.

Des discussions sont actuellement en cours afin d'envisager une meilleure articulation des activités cliniques, d'enseignement et de recherche des deux services.

➤ Avec l'hôpital Trousseau

Une consultation externalisée bimensuelle de neuropédiatrie à orientation mouvements anormaux, ainsi qu'une deuxième consultation mensuelle handicap moteur et neuropédiatrie générale (épilepsie et autres pathologies neuropédiatriques pour les patients non chirurgicaux vus à la Fondation initialement) sont assurées au sein de cet hôpital par un des neuropédiatres de la Fondation. Il existe par ailleurs un staff « épilepsie », une fois par trimestre, entre les deux équipes.

➤ Avec l'hôpital Bicêtre

Plusieurs projets sont en cours avec cet établissement : réalisation des S-EEG chez les jeunes adultes, formation de 2 neurochirurgiens et d'un neurophysiologiste du CHU Bicêtre, mise en place de la neurochirurgie éveillée, réalisation des FDG-PET en médecine nucléaire du CHU Bicêtre, consultation bimensuelle en épileptologie adulte au CHU Bicêtre par le Dr Taussig, qui participe également au staff épilepsie hebdomadaire de Bicêtre.

➤ Avec l'hôpital d'Orsay

Un neuropédiatre du service de la Fondation assure une consultation mensuelle d'épilepsie pédiatrique au sein du service de pédiatrie de cet établissement.

5) Recrutement national et international

La spécificité du positionnement du service de neurochirurgie pédiatrique de la Fondation induit un recrutement de niveau national et international.

Afin de faciliter l'adressage en provenance des CHU de province, des réunions visant à augmenter ce recrutement et à former les correspondants ont été mises en place depuis 2014.

La patientèle internationale est également fortement représentée : 28 patients ont été discutés avec le département international de la Fondation en 2015, dans le cadre d'un staff hebdomadaire.

II-3-7 Perspectives d'évolution en neurochirurgie pédiatrique

1) Renforcer les liens et articulations avec les hôpitaux Necker et Robert-Debré

Sous l'égide du Doyen de la faculté de médecine de l'université Paris V, des discussions sont actuellement en cours afin de permettre une meilleure articulation de l'offre de soins et des projets de recherche et d'enseignement des deux services de neurochirurgie pédiatrique de Necker et de la Fondation Rothschild.

À court terme, le renforcement nécessaire de l'équipe de neurochirurgiens pédiatriques de la Fondation pourrait ainsi passer par le recrutement conjoint d'un nouveau neurochirurgien, avec valence universitaire.

La stabilisation des relations avec l'hôpital Necker devrait également permettre de consolider les partenariats avec l'hôpital Robert-Debré, tant sur les avis neurochirurgicaux que sur la structuration des activités de neuropédiatrie sur les deux sites.

2) Consolider et développer la prise en charge médico-chirurgicale de l'épilepsie

En fonction du développement de l'adressage, les moyens humains et techniques dévolus à l'activité épilepsie pourraient être renforcés :

- Augmentation des effectifs de techniciens EEG pour libérer du temps de neurophysiologistes à des fins de recherche et de formation ;
- Installation d'une 2^{ème} chambre en 256 canaux ;
- Ouverture d'une quatrième chambre d'enregistrement dans la nouvelle aile pédiatrique, afin d'accroître l'activité dans le cadre de collaborations avec d'autres équipes de chirurgie de l'épilepsie de l'enfant, pour des échanges de patients, pour former les correspondants ou encore permettre de faire face aux demandes urgentes pour les patients instables ;
- Mise à disposition de temps de pédopsychiatre pour assurer le suivi des enfants hospitalisés et permettre une offre de consultation externe, en alternance avec l'unité vision et cognition une semaine sur deux.

3) Développer l'activité de chirurgie tumorale

La spécialisation du service sur l'épilepsie est un atout majeur mais également une faiblesse, raison pour laquelle il est nécessaire d'envisager une diversification du case-mix d'activité, le premier axe envisagé étant celui du développement de la chirurgie tumorale, notamment dans le cadre de la convention avec l'Institut Curie, la réunion hebdomadaire RCP assurant l'accroissement du nombre d'enfants traités conjointement.

4) Développer la prise en charge des mouvements anormaux et de la spasticité

Les activités de neurochirurgie de la Fondation étant fortement marquées par la chirurgie fonctionnelle, il est logique d'envisager le développement de ces techniques pour des pathologies autres que l'épilepsie, à savoir les dystonies graves de l'enfant, mouvements anormaux et spasticité.

Le premier axe concerne la stimulation cérébrale profonde (DBS) pour les patients dystoniques pédiatriques, dans lequel l'établissement s'est engagé fin 2014, concomitamment à l'arrivée du Pr Coubes au sein de la Fondation, à la structuration de liens spécifiques avec l'hôpital Trousseau sur ce sujet (participation de l'équipe de la Fondation aux consultations multidisciplinaires mensuelles « mouvements anormaux » de Trousseau, collaborations avec les médecins de rééducation de Trousseau), au renforcement des collaborations avec le service en charge de ces activités pour les adultes sur la Pitié – Salpêtrière et au développement de liens avec l'équipe de St Maurice pour le secteur rééducatif et médico-social.

Afin d'augmenter la notoriété et la visibilité du service dans ce domaine, il est envisagé de :

- renforcer les articulations avec les équipes de Trousseau et de Robert-Debré ;
- renforcer les synergies avec l'équipe du Pr Coubes au CHU de Montpellier ;
- développer les liens avec les associations de patients ;
- développer les actions de communication : site internet, participation et interventions lors des congrès ou réunions nationales ou régionales spécialisées dans la dystonie de l'enfant, participation à des articles, à des livres ou à des projets de recherche communs avec d'autres équipes, publications...
- continuer à développer des liens avec les centres de rééducation d'Ile de France et les neuropédiatres investis dans cette pathologie au niveau national.

L'objectif quantitatif assigné est de l'ordre de 5 à 10 patients implantés par an, soit 7 à 15 enfants bilantés annuellement.

Le développement de cette activité nécessite par ailleurs une coopération accrue avec les autres services de la Fondation, les patients dystoniques pédiatriques étant des patients souvent très handicapés, dépendants et fragiles, nécessitant une évaluation pluridisciplinaire avec des correspondants spécialisés ou référents.

Le second axe concerne la spasticité de l'enfant

De nombreux patients dystoniques ont en effet également une spasticité qui doit être prise en charge avant la pose d'une DBS, certains patients pouvant avoir une pompe à baclofène puis une DBS. Le développement de cette activité s'est donc fait naturellement dans la suite du projet DBS pédiatrique. Le pool de patients potentiels est en revanche beaucoup plus important (IMC).

La renommée de la Fondation dans la prise en charge de la spasticité de l'adulte et le travail du CETD ont facilité la pose des premières pompes pédiatriques, une partie du personnel paramédical étant déjà formé à la manipulation et à la surveillance lors des tests ou des implantations.

Au premier trimestre 2016, 2 tests ont été réalisés, 1 première pompe à Baclofène a été posée et le nombre de demandes est en forte croissance (en particulier venant de Bois Larris où consulte un neurochirurgien de la Fondation).

Afin de porter le développement de ces activités, une consultation multidisciplinaire dédiée spasticité/dystonie, susceptible d'évoluer en hôpital de jour, a été mise en place à la Fondation depuis mai 2016.

5) Poursuivre le développement des activités de neuropsychologie

La mise en place de l'hôpital de jour neuropsychologie - épilepsie en février 2011 a été couronnée de succès.

Cette activité s'inscrit dans un cadre clinique mais aussi universitaire et de recherche grâce à une convention de collaboration scientifique avec l'unité de neuropsychologie de l'université Paris V.

L'objectif est d'évaluer le devenir sur le plan cognitif, scolaire et professionnel et en termes de qualité de vie des enfants opérés d'hémisphérotomie ou de chirurgie focale (lobe temporal, frontal, occipital...). Les résultats permettent de poser des diagnostics précis et de proposer des prises en charge individualisées (rééducatives et/ou psychologiques, aménagements pédagogiques, orientation, aide sociale...) et participe à l'activité de recherche et de publications scientifiques.

Cette activité est conduite en étroite relation avec le service de neuropédiatrie de l'hôpital Robert-Debré. Cette organisation permet de systématiser l'évaluation neuropsychologique péri-opératoire en augmentant le recrutement des patients, d'accroître la reconnaissance et la renommée de l'institution ainsi que les communications et publications scientifiques, ce qui participe à l'amélioration continue de la qualité du service médical rendu.

L'objectif est donc de maintenir et de renforcer cette activité, en mettant l'accent sur la recherche et l'enseignement.

6) Poursuivre le développement des activités d'endocrinologie pédiatrique

Cette unité, dirigée par le Pr Brauner, a été implantée à la Fondation en septembre 2012. Elle prend en charge les troubles de la croissance et de la puberté, et les problèmes endocriniens de l'enfant et de l'adolescent. L'hôpital de jour est réservé aux tests d'explorations fonctionnelles. Elle dispose d'une expertise toute particulière sur les anomalies de l'hypophyse, de la puberté (puberté précoce ou retard pubertaire) et du développement des organes génitaux. L'activité de recherche porte sur ces trois thèmes, avec une collaboration étroite et ancienne avec le service d'explorations fonctionnelles de l'hôpital Necker Enfants Malades et l'Institut Pasteur.

Cette expertise est venue compléter celle du service de neurochirurgie pédiatrique du site et son lien avec le service d'oncologie pédiatrique de l'Institut Curie avec lequel elle entretient une collaboration très ancienne sur les conséquences endocriniennes des traitements des cancers et des greffes de moelle.

L'objectif est de poursuivre et de maintenir cette activité, notamment en :

- renforçant les liens avec les adresseurs ;
- permettant la réalisation des IRM par le service d'imagerie de la Fondation ;
- développant la prise en charge des conséquences endocriniennes des lésions intracrâniennes et de leur traitement, en lien avec les neurochirurgiens et les neurologues ;
- poursuivant les travaux de recherche en cours : identification de nouvelles causes génétiques des troubles du développement et de la physiologie des organes génitaux, validation internationale des modèles mathématiques de prédiction de la croissance et de la puberté, intérêt des dosages des taux sanguins de vitamine D, marqueurs osseux et hormone anti-mullérienne (AMH) dans le diagnostic et le suivi des troubles de la croissance et de la puberté.

II-3-8 Recherche et enseignement en neurochirurgie pédiatrique

De nombreux projets de recherche sont en cours ; ils portent sur les thèmes suivants :

- génétique des malformations corticales ;
- efficacité des coagulations post SEEG sur la fréquence des crises ;
- effets indésirables du sevrage médicamenteux en EEG de longue durée pré-chirurgicaux ;
- stimulations 1 Hz et relations entre régions corticales ;
- relations intra-corticales ;
- stimulations thalamiques profondes ;
- spasmes et SEEG ;
- évaluation clinique de l'efficacité de la chirurgie d'épilepsie ;
- neuro-oncologie chez patients en récurrence ;
- neuro-oncologie : gliome infiltrant du tronc cérébral.

Les projets prévus pour le futur devraient porter sur les thèmes suivants :

- Neural networks oriented functional neurosurgery ;
- IRM-Tractographie / réseau du langage / épilepsie focale pédiatrique ;
- Evaluation des indications de DBS dans les dystonies secondaires ;
- Electrodes insulaires ALCIS (précision topographique de l'exploration insulaire par SEEG).

L'équipe médicale du service assure par ailleurs des enseignements dans différents DIU : neuropédiatrie, neurophysiologie et épileptologie. De nombreux stagiaires sont régulièrement accueillis dans le service. Des sessions de formation spécifiques sont organisées pour les médecins libéraux et les instituts médico-sociaux. Une journée d'enseignement annuel national EPIFOR consacrée à la chirurgie d'épilepsie de l'enfant est organisée depuis 2013.

Des partenariats sont également en place avec l'industrie (MedTech, Montpellier, ALCIS, Besançon, DixiMedical, Besançon) pour le développement et l'amélioration du matériel et des techniques innovantes et pour la formation des médecins venant de l'étranger.

Enfin, l'activité de publications du service est dynamique : 20 publications en 2014 et 2015 (pubmed), nombreuses rédactions de chapitres de livres, participation à l'établissement de référentiels nationaux en EEG en 2014/2015 et EEG intracrâniens (en cours).

II-3-9 Synthèse des grands axes d'évolution en neurochirurgie

En synthèse, les grands axes d'évolution retenus pour le pôle neurochirurgical de la Fondation sur les 5 prochaines années sont les suivants.

1) Développement de certains segments d'activité

- Positionnement accru sur la prise en charge des urgences neurochirurgicales hémorragiques, neuro-radiologiques, AVC ischémiques ;
- Développement de la chirurgie du rachis dégénératif et tumoral en collaboration avec la future fédération de médecine interne Fondation Rothschild – GH Diaconesses - Croix Saint Simon ;
- Développement de la neurochirurgie du sujet âgé (d'urgence et programmée) ;
- Développement des prises en charge conjointes à forte expertise :
 - Neurochirurgie et NRI (hémorragies méningées) ;
 - Neurochirurgie et ORL (chirurgie voie endonasale) ;
 - Neurochirurgie et ophtalmologie (neuro-ophtalmologie, orbito-palpébral...) ;
 - Radiochirurgie.
- Développement de la neurochirurgie fonctionnelle
 - Douleur : Implantations de pompes intrathécales dans les indications de cancers, stimulations centrales notamment médullaires dans les douleurs rachidiennes ;
 - Parkinson : stimulations cérébrales profondes pour les patients avec fluctuations on / off. ;
 - Pédiatrie : stimulations cérébrales profondes de certaines dystonies.
- Augmentation du recrutement spécifique de névralgies du trijumeau ;
- Développement de la chirurgie tumorale chez l'enfant et la prise en charge des pathologies vasculaires en collaboration avec la NRI.

2) Evolutions concernant les organisations

- Optimiser la rotation des patients dans les unités très spécialisées : définir des lits de médecine de transition et développer des filières d'aval ;
- Développer un système de régulation des activités opératoires pour optimiser le taux d'occupation des salles, compte tenu de la création d'une nouvelle salle d'opération dédiée à la neurochirurgie ;
- Développer les prises en charge en ambulatoire ;
- Optimiser l'informatisation et l'utilisation du transfert d'images (ORTIF).

3) Perspectives en matière de recherche

Neurochirurgie Adultes :

- Formaliser, si possible dans le cadre d'un PHRC, une étude prospective sur la chirurgie du canal optique en collaboration avec le service de neuro-ophtalmologie ;
- Poursuivre l'analyse des résultats à long terme de la chirurgie des méningiomes de l'étage antérieur et du canal optique, des myélopathies cervicarthrosiques et des malformations de la charnière craniale-cervicales.

Neurochirurgie Pédiatrique :

- Etude des résultats à long terme de la chirurgie de l'épilepsie (PHRC) ;
- Etude des mécanismes de plasticité cérébrale et des nécessités de récupération des enfants avec un hémisphère cérébral unique.

II-4 NEURORADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE



II-4-1 Offre de soins en NRI

1) Profil d'activité

L'activité de NRI qui a débuté en 1973, soit presque en même temps que la naissance de la discipline a été, jusqu'à présent, une activité très structurante au sein de la Fondation spécialisée dans la prise en charge des pathologies de la tête et du cou. D'une sur-spécialité radiologique, la NRI a évolué, et continue à évoluer vers une discipline clinico-technique située au carrefour de la neuroradiologie diagnostique, de la radiologie interventionnelle, de la neurochirurgie et de la neurologie.

Le service de NRI dispose actuellement de 15 lits fléchés. Un secteur ambulatoire est également mis à disposition, notamment pour les artériographies. Deux salles sont dédiées pour les angiographies numérisées interventionnelles accessibles 24h/24 ; il s'agit de deux salles biplan dont le renouvellement est intervenu à l'été 2016.

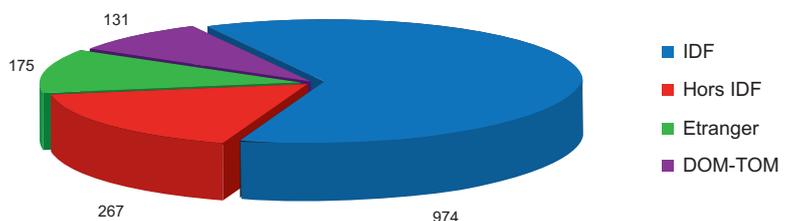
La NRI fonctionne en lien, en amont ou en aval des services d'anesthésie-réanimation, de neurochirurgie, d'UNV, d'imagerie, d'ophtalmologie et d'ORL.

La prise en charge est assurée par des praticiens seniors, tant en urgence que de manière programmée, et la possibilité de disposer du service d'imagerie, du recours aux compétences de l'UNV et de la neurochirurgie 24h/24 en font un service réputé pour sa réactivité. L'augmentation au fil des ans de la proportion des interventions réalisées en urgence (504 actes réalisés en urgence en 2015) témoigne de l'intégration du service dans le dispositif régional de soins. Ainsi 27% de l'activité totale au bloc de NRI sont consacrés aux urgences.

L'évolution des séjours sur les cinq dernières années a été la suivante :

Séjours NRI	2012	2013	2014	2015	Progression 2012-2015
Enfants	35	84	124	137	+390%
Total	936	1044	1279	1547	+65%

En 2015, 63% des patients pris en charge provenaient de Paris - Ile-de-France, 17,3% étaient des patients hexagonaux hors Ile-de-France, 8,5% des départements et territoires d'outre-mer et 11,3% des patients étrangers.



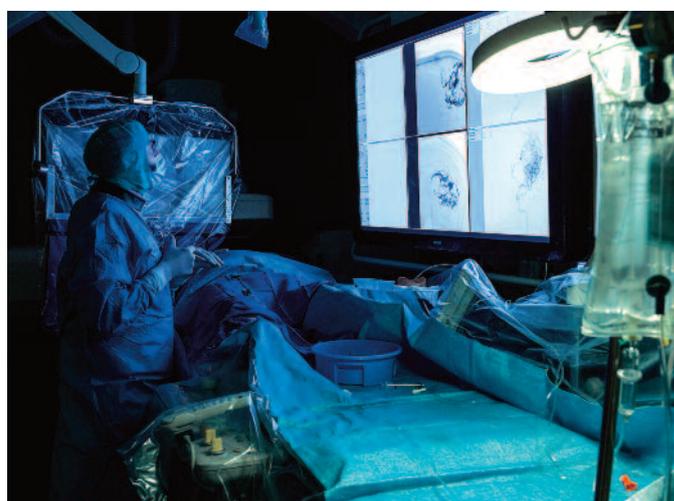
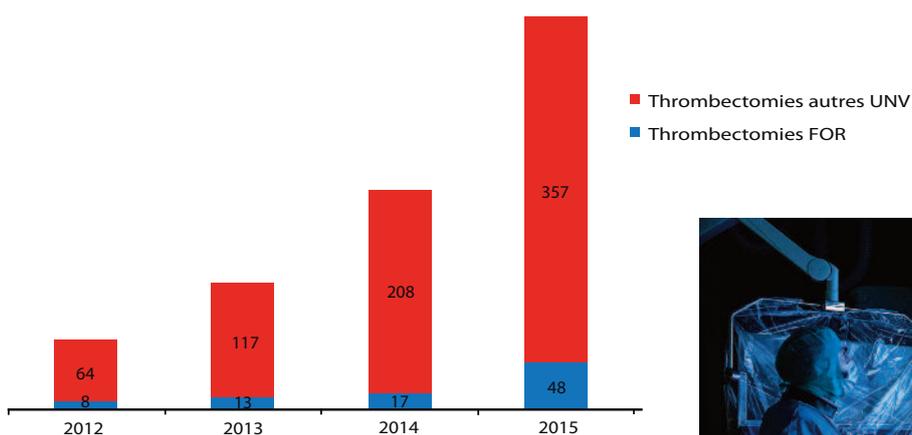
Le tableau ci-après détaille la répartition des actes de NRI réalisés en 2015 :

Les embolisations incluent les embolisations d'anévrismes, de fistules et de malformations artério-veineuses et représentent une activité de référence du service autant pour la pathologie élective que les cas référés en urgence.

L'activité de thrombectomie mécanique a connu un pic sans précédent en 2015, avec plus de 400 alertes thrombectomie. Cette activité devrait se stabiliser en 2016, dans le cadre de la mise en place d'un schéma régional de permanence des soins spécifiques.

L'origine des patients candidats à la thrombectomie mécanique montre une faiblesse du recrutement interne en raison d'une faible proportion de patients adressés par l'UNV de la Fondation. Néanmoins, on peut noter une tendance à l'augmentation de ce recrutement endogène avec une nouvelle dynamique durant les derniers mois de la part de l'UNV de la Fondation.

Décomposition des Actes	2015
Total Actes	1881
Anévrismes non rompus	184
Anévrismes rompus (Hémorragies méningées)	99
Embolisations MAV cérébrales	158
Embolisations fistules dures cérébrales	28
Chimiothérapie intra-artérielle pour rétinoblastomes	34
Embolisations tumeurs (bénignes et malignes autres que rétinoblastomes)	13
Artériographies cérébrales de contrôle	313
Artériographies cérébrales diagnostiques	412
Artériographies médullaires	17
Embolisations de MAV ou fistules médullaires	11
AVC ischémiques (thrombectomies mécaniques)	404
Angioplasties cervicales	11
Angioplasties (pour vasospasme et athérome)	140
Autres actes interventionnels	53
Autres artériographies	16



2) Organisation médicale et continuité des soins

La NRI se compose de 8 praticiens, pour 6,6 ETP. Elle dispose également de 2 internes DES et d'1 poste d'interne étranger intra-communautaire.

5 médecins seniors participent à la continuité des soins sous la forme d'astreintes opérationnelles, avec l'aide des 3 internes (1 senior + 1 interne par astreinte).

5 manipulateurs en radiologie assurent une partie de la prise en charge paramédicale des 2 blocs de NRI pendant les heures ouvrables, ainsi que pendant les astreintes de nuit et de week-end, aux côtés des 2 IADE du service d'anesthésie.

3) Collaborations au sein de la Fondation avec les autres services

➤ Réanimation / surveillance continue

Cette collaboration est primordiale pour la gestion en commun des urgences vasculaires ischémiques ou hémorragiques. Une part importante des patients programmés passent également en réanimation et / ou en USC après le geste NRI.

➤ Neurologie

La NRI participe régulièrement au staff de neurologie. Y sont revus principalement les dossiers de patients thrombectomisés dans le cadre des accidents ischémiques. Les demandes d'avis aux neurologues et aux neuropsychologues sont régulières. Un staff exclusivement neurovasculaire est mis en place depuis le printemps 2016. Depuis novembre 2016, les services de NRI et de neurologie gèrent de manière conjointe les capacités d'hospitalisation de la totalité du 5^{ème} étage du nouveau bâtiment, entièrement dévolu aux pathologies neurovasculaires.

➤ Neuro-ophtalmologie

Le service de neuro-ophtalmologie adresse régulièrement des patients en NRI (ex. : souffrance du nerf optique, compression des nerfs crâniens lors d'anévrisme). En sens inverse, le service de NRI est amené à demander des avis aux neuro-ophtalmologues pour certains patients qui leur sont adressés.

➤ Chirurgie orbito-palpébrale et ORL

Des collaborations existent notamment pour ce qui concerne la pathologie faciale et palpébrale vasculaire (malformations vasculaires orbito-faciales), avec 1 staff commun tous les 2 mois.

➤ Neurochirurgie adultes

Ces collaborations concernent le traitement des malformations artério-veineuses (approche combinée, chirurgie complémentaire de reliquat de MAV après traitement endovasculaire), la pose de dérivations en urgence dans les hémorragies méningées, les craniectomies décompressives dans les AVC ischémiques malins, les résections d'hématomes dans le cadre de la pathologie vasculaire malformative (anévrismes, MAV). La collaboration s'accroît progressivement avec une interaction plus importante de la NRI et de la neurochirurgie dans la prise en charge des MAV et des anévrismes. La NRI adresse par ailleurs plusieurs patients porteurs de MAV cérébrales, chaque année, à la plate-forme de radiochirurgie Gamma-Knife située à la Pitié-Salpêtrière.

➤ Neurochirurgie pédiatrique

Durant les deux dernières années, le service de neurochirurgie pédiatrique est devenu un partenaire essentiel en soutien direct de l'activité de NRI pédiatrique. Ses collaborateurs participent à la prise en charge ainsi qu'à l'évaluation pré et post-opératoire des très jeunes enfants adressés dans ce cadre à la Fondation.

➤ Neuroradiologie diagnostique

Le service de neuroradiologie diagnostique assure la réalisation des protocoles de suivi des MAV, des anévrismes et des patients thrombectomisés. Il réalise également les IRM de suivi des rétinoblastomes.

4) Collaborations actives avec les établissements extérieurs

➤ Partenariats hors urgences

Pour la pédiatrie :

- Avec l'Institut Curie : rétinoblastomes de l'enfant ;
- Avec l'hôpital Robert-Debré : services d'ORL et de neurologie, centre de drépanocytose.

Pour les adultes :

- Avec différents établissements franciliens : Saint-Antoine, CH de Saint-Denis, d'Aulnay, de Mantes-la-Jolie, de Creil et de Gonesse ;
- Avec différents établissements des DOM-TOM : CHU de Guadeloupe et de Martinique, CHG de Cayenne et de Papeete.

➤ Partenariats couvrant la prise en charge des urgences

- Avec les DOM-TOM (Antilles, Guyane), pour la prise en charge des hémorragies cérébro-méningées ;
- Avec les UNV des hôpitaux de Saint-Denis, d'Aulnay, Saint-Antoine, Creil, Mantes-la-Jolie pour les pathologies neurovasculaires ischémiques mais aussi hémorragiques ;
- Avec des SAU d'hôpitaux proches : Aulnay, Saint-Denis, Avicennes à Bobigny, Bry-sur-Marne, Montfermeil.
- Avec des établissements privés : clinique de l'Estée (Stains), hôpital privé de la Roseraie (Aubervilliers), hôpital privé de l'Est Parisien (Aulnay), hôpital privé Claude Galien (Quincy-sous-Sénart), hôpital Américain.

➤ Partenariats couvrant la filière d'aval des patients pris en charge (SSR) :

- Avec l'hôpital de Mantes-la-Jolie ;
- Avec la clinique Vauban à Livry-Gargan ;
- Avec l'hôpital Lafontaine à Saint-Denis ;
- Avec l'hôpital Avicenne à Bobigny.



II-4-2 Perspectives d'évolution en NRI

1) Renforcer le positionnement dans la prise en charge des urgences neurovasculaires

Les équipes multidisciplinaires (NRI, neurochirurgie, réanimation, imagerie, UNV) ont amélioré la lisibilité et l'organisation concernant la prise en charge des urgences (hémorragiques ou ischémiques), notamment via un numéro de téléphone d'entrée unique pour la neuro-réanimation et l'UNV.

La prise en charge séniorisée, la complémentarité des équipes, la possibilité d'obtenir une IRM 24h/24 avec recours possible à des compétences très spécialisées en neurologie, neuro-ophtalmologie et neurochirurgie permettent à la Fondation d'être un interlocuteur fiable dans le dispositif régional. Désormais, la Fondation est souvent contactée en première intention pour des demandes de prise en charge urgente, et non plus comme un recours ultime après le refus d'autres structures.

Cette dynamique, à laquelle s'ajoutent le doublement des capacités de l'UNV à partir de novembre 2016 et le rajeunissement et l'accroissement de l'équipe médicale de neurochirurgie, devraient permettre à la Fondation de renforcer encore sa place dans le dispositif régional de permanence des soins neurosciences et de s'y positionner en tant que site de recours, tant en neurochirurgie que s'agissant des thrombectomies mécaniques.

Les collaborations inter-hospitalières déjà effectives tant pour les accidents hémorragiques qu'ischémiques seront quant à elles consolidées voire étendues.

Enfin, la Fondation envisage de jouer un rôle moteur dans la reconfiguration du dispositif de formation du champ neurovasculaire en mettant en place une filière de formation des neurologues à la NRI.

2) Valoriser l'activité de traitement des anévrismes et malformations vasculaires

C'est une activité quantitativement importante du service et qui requiert une expertise très pointue présente à la Fondation. Il s'agit de traitements endovasculaires d'anévrismes, fistules dures, malformations artério-veineuses mais également d'artériographies diagnostiques et de contrôle.

On relève à ce sujet une demande de plus en plus importante d'artériographies diagnostiques des hôpitaux périphériques disposant d'un service de neurologie vasculaire mais pas de NRI.

La collaboration effective avec les neurochirurgiens permet d'offrir aux patients les meilleures garanties sur la stratégie thérapeutique à mener, un large panel de traitements pouvant être proposés aux patients.

De même, la proximité du service de réanimation contribue à un environnement sécuritaire de haut niveau.

Le service de NRI jouit ainsi d'une grande notoriété sur ce segment d'activité comme l'attestent les différents palmarès de la presse où la Fondation se positionne en première place depuis plusieurs années. La variété de l'origine géographique des patients pris en charge témoigne également de cette notoriété.

3) Poursuivre le développement de la prise en charge de la pathologie ischémique cérébrale

La poursuite du développement de la prise en charge de la pathologie ischémique et, notamment, de la revascularisation mécanique (thrombectomie) en urgence dans le cadre des accidents ischémiques représente une orientation stratégique majeure pour les 5 prochaines années.

Il a en effet été mis en évidence que ces récentes techniques de « désobstruction mécanique » améliorent le pronostic à trois mois des accidents ischémiques avec occlusion des gros troncs.

Ces traitements doivent intervenir dans un délai très rapide à compter de l'apparition du déficit, délai de l'ordre de 3 heures d'où la nécessité pour SAMU, Pompiers, UNV, etc... d'obtenir des interlocuteurs ciblés rapidement. La possibilité d'effectuer une IRM 24h/24 est un atout supplémentaire dans ce dispositif car elle permet de rectifier le diagnostic horaire grâce aux images produites (imagerie en diffusion, étude de la collatéralité vasculaire) corrélées à l'examen clinique du patient et permet éventuellement d'engager une thrombectomie jusqu'à 6 heures après l'ictus.

L'ouverture en novembre 2016 d'un étage d'hospitalisation NRI & neurovasculaire de 28 lits au 5^{ème} étage du nouveau bâtiment modifie le schéma de prise en charge en acheminant les patients au 5^{ème} étage dans la majorité des cas et en orientant sur la réanimation et l'USC du 6^{ème} étage les patients réanimatoires seuls.

Le transfert d'images facilitera par ailleurs la communication entre médecins et entre sites. Le développement du projet ORTIF TELENEURO, mis en place au printemps 2015, et dans les instances de gouvernance duquel le service de NRI de la Fondation est représenté, permet déjà de faciliter les échanges ainsi que le suivi des patients.

4) Consolider l'activité de NRI pédiatrique

Grâce notamment au recrutement du Dr Georges Rodesch, cette activité est maintenant ancrée au sein de la Fondation et s'impose au premier rang régional.

Son développement devra être poursuivi dans l'avenir, tant sur les plans cliniques qu'en matière de recherche et d'innovation. Cette activité recouvre également une forte demande internationale, s'agissant tant des patients à traiter que des coopérations d'ordre scientifique.

Or, actuellement, la Fondation ne dispose pour cette activité que d'une autorisation restreinte aux protocoles de recherche. Compte tenu des évolutions décrites, la Fondation demandera à l'ARS la délivrance d'une autorisation de plein exercice lors de la prochaine procédure de renouvellement.

5) Accroître la capacité opératoire

Les 2 blocs de NRI sont désormais saturés par l'activité (1881 actes en 2015). La création d'un troisième bloc est déjà justifiée par l'activité actuelle. Les contraintes structurelles de l'établissement obligent à attendre l'opération d'extension du nouveau bâtiment pour envisager cette création. Un troisième bloc pourrait être dédié à l'activité des urgences ischémiques et hémorragiques, en laissant les 2 blocs actuels occupés par l'activité réglée. Dans l'attente, a été réalisée une salle d'induction anesthésique et de réveil au bloc NRI, afin de réduire le temps entre la fin d'intervention et le début de la suivante.

6) Diversifier l'origine des patients étrangers

Actuellement, la majorité de la patientèle étrangère NRI provient de la CNAS algérienne. Depuis le début 2016, le flux de patients est très important avec 5 hospitalisations hebdomadaires. Même si cette dynamique est très positive, il est nécessaire de diversifier l'origine des patients étrangers pour éviter une dépendance trop importante vis-à-vis de la CNAS.

II-4-3 Recherche et enseignement en NRI

1) Enseignement

Le service de NRI est impliqué dans l'enseignement de la discipline en accueillant des internes DES franciliens ou en stage inter-régional pour une durée de 6 à 12 mois. Le service accueille également en permanence des médecins étrangers extra-communautaires (en tant que FFI ou auto-subsidés) pour une durée de 6 à 12 mois.

Les médecins du service de NRI participent, en tant qu'enseignants, à diverses formations spécialisées dans le cadre de DU et DIU nationaux (DIU de neuroradiologie, DU de neuroradiologie Interventionnelle du CHU de Limoges, DU d'urgences neurologiques de Paris VII), ou d'enseignements académiques internationaux (European School of Neuroradiology). Le Pr Mikael Mazighi est le directeur du DHU de pathologie neurovasculaire et coordonnateur du DES de neurologie en Ile de France.

Depuis plus de 20 ans, le service de NRI accueille 2 à 3 médecins étrangers (Iran, Brésil, Japon, Espagne, Italie, Suisse...) pour des périodes variant de 6 mois à 12 mois, pour une formation aux actes de NRI. Enfin, le service organise de manière pluriannuelle (17 journées en 2015), avec le soutien du Dr Guillaume Taylor, des ateliers de traitement endovasculaire d'anévrismes complexes, regroupant 3 à 6 médecins étrangers qui sont accueillis durant une journée (enseignement théorique et réalisation de cas en direct).

Des contacts ont été pris en 2015 et début 2016 avec les services de NRI de UCLA (Dr Gary Duckwiller) et du Mount Sinai à New York (Dr J Mocco). La possibilité d'échanges de personnels médicaux a été envisagée sur des périodes définies. Un symposium franco-brésilien de NRI a été organisé en septembre 2016 au CHU de Limoges, conjointement avec la Fondation. Il est prévu de renouveler cette réunion chaque année, en alternance entre la France et le Brésil. La Fondation devrait accueillir cette réunion en 2018.

Le service de NRI organise des réunions d'informations pluri-annuelles auprès des partenaires adresseurs (urgentistes, neurologues vasculaires d'UNV partenaires). Les deux dernières ont eu lieu en mars et en juin 2016.

2) Recherche et innovation

Il est à noter que le chef de service est détenteur d'une HDR depuis 2002. L'arrivée du Pr Mazighi en février 2016 vient encore renforcer les activités de recherche clinique translationnelle. Cette collaboration avec Paris VII est aussi facilitée par l'activité de recherche menée avec l'INSERM (unité U 1148 à Bichat). La labellisation du service de NRI auprès de cette unité est en cours.

Le Dr Blanc participe au développement d'un cathéter actif visant à améliorer la navigation des vaisseaux de la crosse de l'aorte. Ce projet est basé sur un transfert de technologie issue de brevets en partenariat avec l'Université Paris 6 UPMC (Laboratoire de robotique ISIR) et le CNRS. Une jeune entreprise innovante est en création pour valoriser cette technologie et a bénéficié du soutien de la SATT Lutech, de la Fondation de l'Avenir et plus récemment du Concours mondial de l'innovation (CMI). Une étude clinique (promotion Fondation- CIC) du dispositif chez l'homme est prévue pour le début de l'année 2017. Depuis plusieurs années, la NRI collabore avec l'Université Paris-Est Créteil et l'ESME-Sudria en accueillant des ingénieurs-doctorants travaillant sur des projets de création de logiciels afin d'améliorer l'imagerie vasculaire cérébrale 3D.

La recherche clinique est un important secteur d'activité du service. Celle-ci est à l'origine de nombreuses communications scientifiques lors de congrès internationaux et de publications dans des revues scientifiques avec comité de lecture (45 depuis 2011). La recherche clinique a été renforcée au sein du service grâce à l'appui du CIC de la Fondation créé fin 2011. Le CIC est un partenaire essentiel de la NRI afin de valoriser le travail académique et les publications scientifiques. Plusieurs bases de données de patients du service (anévrismes, MAV cérébrales, AVC thrombectomisés) sont constituées. Le Pr Humain Baharvadhath (Mashhad, Iran), ancien fellow du service, vient travailler dans le service de NRI (1 semaine tous les deux mois) sur un projet de consultations de suivi des patients porteurs de MAV cérébrales, base de données. La base de données AVC-thrombectomie est partagée avec Foch pour les publications. Plusieurs publications conjointes sont en cours sur la thrombectomie mécanique.

Actuellement, le service participe à plusieurs études multi-centriques dans le cadre d'essais cliniques :

➤ Etudes à promotion Fondation :

- Exploitation de la base de données de suivi des patients ;
- Etude sur les AVC ;
- Etude sur les MAV ;
- Etude sur les anévrismes ;
- Etude sur les anévrismes rompus ;
- Utilisation des caillots récoltés durant les thrombectomies mécaniques avec l'INSERM ;
- Utilisation d'un niveau dispositif de thrombectomie mécanique ;
- Apport de l'échographie pour la ponction artérielle fémorale des enfants ;
- Etude sur les occlusions du tronc basilaire ;

➤ Etudes à promotions extérieures industrielles :

- 6 études sur les anévrismes ;
- 3 études sur les AVC ;

➤ Etudes à promotions extérieures académiques :

- Etude sur les rétinoblastomes ;
- 2 études sur les anévrismes.



II-5 ORL



II-5-1 Offre de soins en ORL

1) Profil d'activité

L'activité ORL représente 14 % des séjours totaux de la Fondation.

Cette activité se fait pour 67 % en HDJ et en chirurgie ambulatoire (la tendance ambulatoire de l'établissement est de 70 %). 6 % des séjours du service ORL sont des séjours pédiatriques.

Les moyens mis à disposition pour l'hospitalisation comprennent :

- Une unité de 15 lits d'hospitalisation conventionnelle ;
- Un HDJ médical au sein de l'établissement et une annexe à proximité immédiate pour les séances d'injection de toxine botulique ;
- Une structure de chirurgie ambulatoire.

Un plateau d'explorations audio-vestibulaires pour l'adulte et l'enfant jouxte 6 boxes de consultation.

Le service assure des prises en charge médicales et chirurgicales :

- 70 % des séjours sont médicaux, dont la grande majorité est réalisée en HDJ : activité de toxine, prise en charge des surdités...
- 30 % des séjours sont chirurgicaux, représentés par les reconstructions de l'oreille moyenne, les interventions sur les sinus et la pathologie ORL courante (amygdales, végétations...).

Comme prévu lors du précédent projet quinquennal de service, l'équipe médicale a été notablement recomposée, à savoir rajeunie et renforcée en praticiens à temps plein au détriment des attachés à temps partiel.

L'évolution de l'ensemble des séjours sur les cinq dernières années est la suivante :

ORL	2011	2012	2013	2014	2015	Δ 11 / 15
Ambu	2058	2159	2127	2261	2393	16%
<i>Chir</i>	197	193	215	271	277	41%
<i>Med</i>	1861	1966	1912	1990	2116	14%
HC	1140	1032	1105	1218	1166	2%
<i>Chir</i>	738	674	762	828	800	8%
<i>Med</i>	402	358	343	390	366	-9%
Séjours totaux	3198	3191	3232	3479	3559	11%

Les différents segments d'activité du service (3 559 séjours en 2015)

se ventilent de la manière suivante :

Pathologies	Séjours	CA K
Toxine	1 460	573
Path. Cervico-faciales	559	875
Oreille	410	934
Surdités	303	145
Polygraphie sommeil	233	126
Sinus	190	356
Amygd/VG/drains	217	178
Cancers	133	843
Autres aff.	42	107
Base du Crâne	12	58
TOTAL	3 559	4 195

Otologie

La chirurgie de l'oreille moyenne représente l'activité phare du service.

Elle englobe la prise en charge d'otospongiose, otites chroniques, cholestéatomes, ...

La chirurgie des aides auditives est actuellement limitée aux aides auditives implantées par voie osseuse. Elle pourrait s'élargir aux implants d'oreille moyenne voire aux implants cochléaires, si les conditions de financement et d'agrément venaient à se modifier.

Outre cette activité chirurgicale, des traitements médicaux pour surdité (perte auditive soudaine, idiopathique, ...) sont réalisés en HDJ. Environ 1 patient est pris en charge par semaine pour surdité brusque dans le cadre de bilans protocolisés, chaque patient bénéficiant en moyenne de 5 à 7 séances de traitements médicamenteux par voie systémique. Cette activité de prise en charge des surdités brusques connaît une décroissance progressive en raison de nouvelles modalités de traitements en externe.

Le service offre également une prise en charge spécifique des acouphènes par des médecins dédiés. La demande est forte dans ce domaine et peu d'équipes sont formées notamment en secteur I. Il s'agit d'une offre de consultations spécialisées et de bilans d'audition qui débouchent sur des traitements thérapeutiques ou symptomatiques et parfois sur des collaborations avec le CETD (une voie de recherche thérapeutique met en œuvre des protocoles de stimulation magnétique trans-crânienne, qui pourrait faire l'objet d'une collaboration avec les médecins du CETD). L'arrivée en 2016 d'un nouveau praticien spécialisé dans la prise en charge des pathologies médicales otoneurologiques a permis d'augmenter le recrutement et de proposer des modalités de prise en charge multi-disciplinaires qui semblent devenir le gold standard (ORL, audioprothésiste, sophrologue ou psychologue, médecin de la douleur ou neurologue ou neurochirurgien).

La prise en charge des vertiges et troubles de l'équilibre devrait également monter en charge grâce au recrutement de ce praticien spécialisé et à l'acquisition d'un nouveau système d'exploration vestibulaire. Ce praticien assure également une activité de rééducation vestibulaire, habituellement effectuée par des kinésithérapeutes en cabinet libéral (demande importante pour offre limitée et quasi inexistante en milieu hospitalier).

Pathologies cervico-faciales et cancérologiques

Conformément au précédent projet de service et aux orientations stratégiques de l'établissement, l'activité de cancérologie ORL a notablement augmenté ces dernières années. Le nombre de patients ayant bénéficié d'une éradication tumorale a doublé entre 2010 et 2015, passant de 30 à 60 cas annuels. Cette activité est structurée autour d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (1 à 2 RCP / mois), la Fondation étant intégrée au 3C de la Pitié-Salpêtrière. Bien que rares, la Fondation offre la possibilité de prises en charge chirurgicales multidisciplinaires de tumeurs frontières (neurochirurgie + ORL + ophtalmologie).

Les autres pathologies cervico-faciales sont principalement représentées par la micro-chirurgie du larynx (polypes cordes vocales) pratiquée en ambulatoire ainsi que par la chirurgie des parotides et sous-maxillaires.

Dystonies cervico-faciales (activité toxines)

Le service ORL, qui s'est intéressé depuis son origine (1989) à la prise en charge des dystonies cervico-faciales est toujours le N° 1 en France en termes d'expérience et de cohorte de patients. Les indications relèvent pour l'essentiel de la Neurologie mais également de pathologies ORL (pharyngo laryngées), ce qui a permis d'individualiser une véritable sur-spécialité de neuro-ORL.

Le service ORL est ainsi devenu un centre de référence pour de nombreux services de neurologie.

Comme souhaité dans le précédent projet d'établissement, une unité transversale intitulée « Fédération Toxine » a été créée, afin d'homogénéiser et de rationaliser les pratiques des différents intervenants (ORL, ophtalmologie, neurologie).

Nez – Sinus

Il s'agit là de la prise en charge de certaines sinusites, déviations de cloison, polypes... Cette activité rhinologique comporte un volet médical avec suivi en consultation, réalisation d'explorations fonctionnelles (en particulier rhinomanométrie dont le service d'ORL s'est récemment doté), d'explorations allergologiques (recrutement récent d'un médecin ORL-allergologue pour une à deux vacances hebdomadaires) et d'explorations radiologiques (avec en particulier, acquisition récente dans le service de radiologie d'un système de tomographie à faisceau conique ou Cone Beam CT qui permet d'offrir une qualité d'image identique au scanner conventionnel avec une dose d'irradiation nettement diminuée pour le patient). L'activité rhinologique comporte également un volet chirurgical important, réalisé en hospitalisation conventionnelle ou en ambulatoire (septoplasties, turbinoplasties, chirurgie des sinus par voie endonasale, chirurgie des tumeurs sinusiennes par voie endonasale ou externe).

Il s'agit également d'une région frontière avec d'autres spécialités comme l'ophtalmologie (chirurgie des voies lacrymales, chirurgie de décompression orbitaire, chirurgie des tumeurs orbitaires) et la neurochirurgie (chirurgie de l'hypophyse et de la base antérieure du crâne). Dans ce cadre se sont nouées des collaborations internes fortes, en particulier avec le service de neurochirurgie.

Il faut citer également la pathologie du ronflement et des syndromes d'apnées obstructives du sommeil. Cette activité génère consultations et fibroscopies nasolaryngées, de même que des enregistrements du sommeil (polygraphies) et quelques actes chirurgicaux (uvulopharyngoplasties). Le service a réalisé plus de 200 polygraphies du sommeil en 2015. Jusqu'à présent, la politique du service était de répondre à la demande de correspondants ou de la population locale et n'avait pas vocation à être amplifiée. Néanmoins, de nouvelles modalités d'explorations (endoscopies du sommeil réalisées au bloc opératoire en ambulatoire) ou de traitement (implantation chirurgicale d'un système de stimulation du nerf hypoglosse), pourraient conduire à réviser cette stratégie.

2) Organisation médicale

Les praticiens sont répartis selon les hyperspécialités suivantes :

- Oreille et base latérale du crâne ;
- Sinus et partie antérieurs base du crâne ;
- Chirurgie cervico-faciale et cancérologie ;
- Chirurgie ORL pédiatrique ;
- Chirurgie maxillo-faciale.

Deux médecins sont spécialisés dans la prise en charge des acouphènes.

Plusieurs praticiens ORL assurent quotidiennement des consultations dites de premier niveau.

Le service dispose d'un poste d'assistant (post-internat) et reçoit 3 internes de spécialité (le service est habituellement choisi par les internes de dernière année).

La continuité des soins est assurée par une astreinte de sécurité.

3) Collaborations au sein de la Fondation avec les autres services

Ophtalmologie

Pour la chirurgie des voies lacrymales qui peut bénéficier d'une prise en charge endoscopique par voie endonasale (dacryocystorhinostomies), ainsi que pour certaines indications de chirurgie de décompression orbitaire.

Neurochirurgie

La chirurgie endoscopique par voie endo-nasale permet également une collaboration active et fructueuse avec les neurochirurgiens pour les abords chirurgicaux de la partie antérieure de la base du crâne notamment les adénomes de l'hypophyse (≈ 1 / semaine).

Neurologie et neuro-ophtalmologie

Des synergies sont en cours d'élaboration pour l'exploration des mouvements oculaires anormaux avec le neuro-ophtalmologie et pour la prise en charge des troubles de l'audition et des troubles de l'équilibre du sujet âgé avec la neurologie.

4) Collaborations actives avec les établissements extérieurs

L'activité de cancérologie ORL s'effectue de façon pluridisciplinaire avec le GH Diaconesses-Croix St Simon (pour la réalisation des séances de chimiothérapie dans le service d'oncologie et pour le transfert de certains patients vers l'unité de soins palliatifs) et certaines structures de radiothérapie (essentiellement avec le département de radiothérapie de la clinique Hartmann).

Certains des patients du service (en particulier pour certaines indications de prise en charge des neurinomes de l'acoustique) sont adressés à l'unité d'irradiation stéréotaxique de la Pitié-Salpêtrière (GCS gammaknife) au sein de laquelle la Fondation est partie prenante.

Depuis l'individualisation d'un praticien ORL référent à mi-temps pour l'ORL pédiatrique, le partenariat avec le service d'ORL pédiatrique de l'hôpital Robert-Debré a été développé. L'activité d'audiologie pédiatrique du service a conduit à présenter de façon régulière des jeunes enfants au staff de Robert-Debré en vue d'une indication d'implantation cochléaire. À l'inverse, certains patients du service d'ORL de Robert Debré sont dirigés vers la Fondation lorsqu'ils nécessitent un environnement neurochirurgical ou un geste de neuroradiologie interventionnelle. Enfin, et bien que rare, une collaboration existe avec le service d'oncologie pédiatrique de l'Institut Curie pour la prise en charge des tumeurs ORL de l'enfant.

II-5-2 Perspectives d'évolution en ORL

1) Poursuivre et amplifier la reconnaissance spécifique sur l'oreille

Sur le plan chirurgical, le service est très bien positionné sur le plan régional, national et international pour la chirurgie de l'oreille moyenne. Ses activités de formation initiale auprès des internes, ses actions de formation post-universitaire et de participation à des congrès nationaux et internationaux, ainsi que ses travaux de recherche clinique et de publication devraient lui permettre de maintenir cette reconnaissance, voire de la renforcer.

Comme indiqué précédemment, la chirurgie des aides auditives implantées se limite actuellement aux implants en conduction osseuse. Elle pourrait s'ouvrir aux implants d'oreille moyenne (à moyens humains constants) et aux implants cochléaires (mais devra s'articuler autour d'une équipe pluri-disciplinaire à constituer) si les conditions financières et réglementaires venaient à se modifier.

Avec le recrutement récent d'un praticien ORL hyperspécialisé en explorations fonctionnelles audio-vestibulaires, il est prévu d'accroître la cohorte de patients, avec un intérêt particulier pour les troubles de l'audition et de l'équilibre du sujet âgé. Ceci devrait permettre d'ouvrir de nouvelles collaborations internes avec les services de neurologie et de neuro-ophtalmologie, tant sur le plan purement clinique que pour des projets de recherche et de publications. En outre, a été démarrée mi 2016, une activité de rééducation des troubles de l'équilibre, dont la demande est importante et habituellement peu pratiquée au sein des établissements hospitaliers.

Toujours en lien avec le recrutement récent d'un praticien supplémentaire hyperspécialisé en explorations fonctionnelles audio-vestibulaires, le nombre de prises en charge de patients souffrant d'acouphènes devra être augmenté. En s'attachant les services d'autres professionnels de santé (audioprothésiste, sophrologue, hypnothérapeute déjà présents dans le service...), il est prévu de créer une « unité acouphènes », qui pourrait en outre ouvrir des collaborations avec le CETD, voire avec la neurochirurgie (techniques d'implantation et de stimulation cérébrale en cours d'évaluation).

Enfin, le service rendu aux patients souffrant de troubles de l'audition pourrait être amélioré en recrutant à temps partiel un audioprothésiste (avec le matériel de mesure et d'adaptation audio-prothétique) afin de pouvoir bénéficier sur le même plateau technique des compétences des principaux intervenants en matière de réhabilitation des troubles de l'audition (ORL et audioprothésiste). Cette activité générerait essentiellement une augmentation des consultations et actes techniques d'explorations fonctionnelles, mais pourrait également concourir à augmenter notre recrutement chirurgical.

2) Développer les chirurgies couplées avec les neurochirurgiens

La recomposition récente des équipes d'ORL et de neurochirurgie devrait permettre de poursuivre et d'amplifier le travail collaboratif sur les pathologies frontières de la base du crâne :

- chirurgie de la base latérale du crâne : neurinomes de l'acoustique, méningiomes frontières, neurotomies vestibulaires et autres chirurgie des conflits neuro-vasculaires de la base du crâne (décompression du nerf facial pour les spasmes de l'hémiface, décompression du trijumeau pour les névralgies faciales...);
- abords chirurgicaux de la partie antérieure de la base du crâne notamment les adénomes de l'hypophyse, mais également pour certaines lésions du clivus ou de l'apex pétreux.

La mise en place d'une réunion de concertation pluridisciplinaire « base du crâne », intégrant neurochirurgiens, ORL, radiologues, neuroradiologues interventionnels, voire neurologues, devrait permettre d'optimiser les prises en charge patients, de stimuler les opportunités de travaux de recherche clinique et d'offrir aux internes et assistants du service une réunion d'enseignement de haut niveau.

3) Développer l'ORL pédiatrique

Il est prévu de poursuivre cette activité dans le cadre des missions de service public et en apportant certaines compétences particulières liées à l'environnement de l'établissement, sur certaines pathologies frontières avec l'ophtalmologie et la neurochirurgie.

Le virage de l'ambulatoire devra être pris pour la chirurgie des amygdales.

La collaboration avec le service d'ORL pédiatrique de l'hôpital Robert Debré devra être poursuivie et amplifiée, tant pour la pathologie purement pédiatrique, que pour offrir un accès privilégié aux patients devenus adultes et nécessitant un suivi ORL, en facilitant la prise de rendez-vous, en ciblant le praticien le plus adapté et en fluidifiant les échanges d'informations.

4) Développer le pôle phoniatrie, neuro-ORL et toxine

La phoniatrie comporte la prise en charge des troubles de la voix et de la déglutition.

Les troubles de la voix représentent une activité significative à la Fondation. Cette activité connaît encore un potentiel d'augmentation dans les différents champs pathologiques. La mise en valeur de l'expérience accumulée durant les années passées (publications, congrès, EPU, passages dans les médias...) sera un élément fondamental pour identifier le service en tant qu'acteur majeur sur le plan national. Il est ainsi envisagé de développer une activité de chirurgie de réinnervation des paralysies du larynx, qui représente actuellement une niche d'innovation, à fort potentiel « vitrine ».

La prise en charge des troubles de la voix et de la déglutition des patients atteints de Parkinson est quant à elle une activité à fort potentiel de collaboration avec l'équipe de neurologues de l'unité Parkinson.

La présence dans le service d'une ORL disposant d'un DU de neurophysiologie depuis fin 2015 avec expertise en matière d'électromyographie cervico-faciale est un atout majeur (car rare) qui permettra d'élargir l'offre d'explorations fonctionnelles.

La Fondation détient clairement une position nationale de leader sur l'activité « dystonies cervico-faciales et injections de toxine botulique ». Suite à plusieurs départs en retraite, ce secteur a été réorganisé en 2016, ce qui devrait permettre d'absorber un peu plus de patients. En outre, cette réorganisation devrait également permettre d'optimiser l'utilisation scientifique de nos cohortes (recherche clinique, publications, communications...). Enfin, l'ORL souhaite être un moteur pour participer à une meilleure identification de la Fédération Toxine pluridisciplinaire.

5) Développer une activité de chirurgie maxillo-faciale

Il s'agit d'une activité récemment mise en place à la Fondation(2015), grâce au recrutement de 2 chirurgiens qui effectuent actuellement une vacation chirurgicale mensuelle chacun. Pour l'instant, les interventions réalisées concernent essentiellement la chirurgie orthognathique.

Dans ce secteur, l'offre de soins est relativement limitée, surtout en secteur conventionné sans dépassement d'honoraires. Il apparaît donc tout à fait licite et pertinent de poursuivre une montée en puissance dans les années à venir, tant en termes de volumétrie que d'éventail de pathologies et d'actes (rhinoplasties, liftings...). Cette activité ouvre également des perspectives en implantologie dentaire et en chirurgie plastique et esthétique de la face.

6) Poursuivre le développement de la cancérologie ORL

Cette activité a été relancée et stabilisée conformément aux options stratégiques définies dans le dernier projet quinquennal de service et le précédent projet d'établissement.

Les objectifs des prochaines années sont de maintenir cette activité de cancérologie à des niveaux dépassant largement les quotas d'agrément d'activité (comme c'est le cas actuellement), voire d'augmenter la volumétrie de patients, dans un contexte concurrentiel (service ORL de l'hôpital Bichat, service ORL de l'hôpital Tenon, service ORL de l'IGR...). Pour y remédier, outre la qualité des soins apportés aux patients et aux accompagnants, il est envisagé d'explorer certains territoires de santé « désaffectés » comme le 93 ou le 60, afin de créer des réseaux et des filières de soins (expérimentation en cours d'un praticien du service effectuant des consultations spécialisées dans un centre de santé du 93).

La chirurgie robotisée des cancers ORL est en voie de développement depuis quelques années mais reste encore très limitée en raison du faible nombre de robots chirurgicaux disponibles en région parisienne. Il est actuellement illusoire d'imaginer l'acquisition d'un tel matériel très onéreux pour les seuls besoins du service ORL. Néanmoins, il pourrait être envisagé un partenariat avec l'hôpital Diaconesses – Croix St Simon qui dispose de ce système. Ceci aurait pour effet d'élargir l'offre de soins du service et d'améliorer sa visibilité en matière de cancérologie ORL.

7) Structurer la consultation pour faire face à la demande d'ORL dite de 1^{er} niveau

La recomposition de l'équipe médicale a été majeure ces dernières années. L'objectif était de recruter plusieurs praticiens à temps plein et sur-spécialisés. Cet objectif a été atteint, mais il s'est fait au détriment de médecins attachés à temps partiel. Ces médecins attachés avaient au moins deux rôles majeurs : assurer des consultations de premier niveau (patients dits « tout-venant » consultant pour une pathologie ORL courante non triée, patients consultant sans rendez-vous pour une urgence alléguée et souvent non réelle) et apporter un recrutement chirurgical provenant de leurs cabinets libéraux.

La raréfaction et les difficultés de recrutement des tels attachés de premier niveau sont un réel problème depuis quelques années et pour les années à venir. Afin de pérenniser et d'ouvrir les possibilités d'accueil de patients, il faudra envisager de nouvelles modalités de collaborations avec les correspondants de ville (en particulier spécialistes ORL et médecins généralistes). Cela impliquera la mise en œuvre de relations privilégiées avec les correspondants (numéros dédiés pour joindre les médecins du service, espaces internet dédiés, actions de communication pour faire connaître les potentialités du service, réflexions sur l'efficacité des modalités actuelles d'accueil et de prises de RDV pour les patients).

8) Développer les activités de rhino-sinusologie

L'activité de rhino-sinusologie est régulière dans le service. Elle devrait s'accroître grâce à plusieurs actions mises en œuvre ces dernières années : plusieurs chirurgiens sur-spécialisés, une PH temps plein membre de l'association française de rhinologie et impliquée dans plusieurs actions de formation en rhinologie, plusieurs pages consacrées à la rhinologie sur notre site web, publications scientifiques récentes ou en cours, acquisition de matériel d'exploration (rhinomanomètre, dont peu de services en disposent sur Paris) ...

Le recrutement d'un praticien spécialisé en allergologie (allergologue ou ORL avec compétence en allergologie) est envisagé afin de répondre à un besoin et une demande croissante. Cette activité sera essentiellement génératrice de consultations et d'actes d'allergologie supplémentaires.

L'activité « ronflement et troubles du sommeil » est habituellement rattachée au secteur rhinologie. Comme déjà mentionné plus haut, la politique du service était de répondre à la demande de correspondants ou de la population locale et n'avait pas vocation à être amplifiée. Néanmoins de nouvelles modalités d'explorations (endoscopies du sommeil réalisées au bloc opératoire en ambulatoire) ou de traitement (implantation chirurgicale d'un système de stimulation du nerf hypoglosse) devraient conduire le service à développer cet axe dans l'avenir.

9) Contribuer au développement de la prise en charge des orbitopathies dysthyroïdiennes

La création d'une unité transversale dédiée à la prise en charge des orbitopathies dysthyroïdiennes est envisagée. Le service d'ORL a vocation à être un moteur et un acteur clé de cette unité, piloté par le service de chirurgie orbito-palpébrale, en lien avec l'unité de médecine interne.

Les impacts chirurgicaux pour le service d'ORL seraient la chirurgie sinusienne avant ou après décompression orbitaire, les décompressions orbitaires par voie endonasale ou mixte et les thyroïdectomies.

II-5-3 Recherche et enseignement en ORL

Durant les 5 dernières années, la recomposition majeure de l'équipe médicale avec l'arrivée de jeunes praticiens sur-spécialisés à temps plein ou à mi-temps, a permis d'initialiser une politique « recherche clinique », jusqu'alors impossible à structurer.

Plusieurs travaux de recherche sont aboutis, en cours ou en projet :

otologie et audiology (travaux purement ORL ou en collaboration avec le service de neurologie), imagerie de l'oreille en collaboration avec le service d'imagerie, imagerie des voies auditives de l'enfant en collaboration avec le service d'imagerie et le service d'ophtalmologie pédiatrique, rhinologie et chirurgie de l'hypophyse (en collaboration avec les services de neuro-ophtalmologie et de neurochirurgie), dystonies cervico-faciales et injections de toxine botulique, ...

En matière d'enseignement, le service participe déjà à de nombreuses actions : formation des internes DES en ORL (3 internes, le service étant choisi par les plus anciens et les mieux classés), formation des étudiants en audioprothèses, rédaction d'un ouvrage d'entraînement à l'examen de fin de 2^{ème} cycle des études médicales (ECNi), enseignement au sein de DU ou DIU (chirurgie de l'oreille moyenne, imagerie de la tête et du cou, mouvements anormaux), fonctions du Dr Ayache en tant que secrétaire général adjoint du Collège des enseignants et vice-président d'ORL DPC, participation régulière des membres de l'équipe à des congrès, EPU, et sessions de DPC, enseignements à l'école d'audioprothèse de Paris...

Pour les 5 ans à venir, il est prévu de poursuivre et d'amplifier ces actions de recherche et d'enseignement. L'accueil et l'encadrement d'étudiants en 2^{ème} cycle des études médicales (externes) pourraient être envisagés. L'implication du service dans les actions de DPC et d'accréditation des praticiens devrait également être renforcée. Enfin, le service envisage d'organiser des journées d'enseignement « Fondation Adolphe de Rothschild » sur certains thèmes de la spécialité (dystonies cervico-faciales et injection de toxine botulique, otologie et chirurgie de l'oreille moyenne...).



II-6 ANESTHÉSIE REANIMATION



II-6-1 Offre de soins en anesthésie

1) Organisation médicale et continuité des soins

La partie anesthésie du service d'anesthésie-réanimation est structurée autour de 2 types d'activités cliniques principales :

- la consultation d'anesthésie ;
- le bloc opératoire.

Sur les 23 médecins du service (21 titulaires temps plein et 2 assistants), 15 médecins titulaires et 1 assistant assurent la totalité de l'activité anesthésique de la Fondation, assistés pour cela par l'équipe paramédicale et administrative.

La consultation d'anesthésie, récemment restructurée en janvier 2016, reçoit, sur 4 box, 90% des patients pris en charge de façon programmée dans les différents blocs opératoires.

Les locaux de cette consultation sont structurés pour permettre de passer aisément d'un box à l'autre, ce qui a permis de créer une consultation infirmière, préparatoire à l'entretien patient-médecin anesthésiste.

Sur le site de la consultation d'anesthésie sont organisés l'accueil des patients, la prise de rendez-vous en direct ou par téléphone, ainsi que les pré-admissions.

Les équipes d'anesthésie interviennent sur plusieurs sites :

- les 9 salles d'opération du bloc central et en salle de surveillance post-interventionnelle centrale ;
- les 5 salles d'opération du bloc ambulatoire et en salle de surveillance post-interventionnelle ambulatoire ;
- les 2 salles d'opération de NRI ;
- en secteurs de radiologie (IRM et scanner).

L'équipe d'anesthésie a développé une expertise médicale adulte et pédiatrique autour des pathologies « Tête et Cou » prises en charge à la Fondation.

Plus de la moitié de l'équipe d'anesthésie a réalisé un clinicat ou un assistantat en anesthésie pédiatrique, et est à ce titre, un des rares centres non-CHU reconnus en Ile-de-France comme validant la maquette pédiatrique des internes d'anesthésie. Le stage valide de plus la maquette « Tête et Cou » pour le DES d'anesthésie-réanimation, et accueille 9 internes DES, 4 en anesthésie et 5 en réanimation.

L'équipe d'anesthésie assure une astreinte opérationnelle (1 médecin + 1 infirmier anesthésiste) pour permettre d'assurer la continuité des soins et la prise en charge des urgences chirurgicales ou neuro-radiologiques, adulte et enfant. L'astreinte médicale est modifiée en garde sur place en fonction du besoin (ouverture SSPI la nuit, activité pédiatrique en réanimation...).

Le service assure parallèlement un certain nombre de missions de régulation des activités de la Fondation, et notamment le pilotage médical de la coordination du bloc opératoire, celui des unités d'ambulatoire court et long, du CLUD, de gestion du dépôt de sang et de l'hémovigilance, de la commission d'organisation de la permanence des soins.

2) Collaborations au sein de la Fondation avec les autres services

➤ Ensemble des services de chirurgie

Les services collaborant avec le service d'anesthésie sont tous les services de chirurgie de la Fondation.

➤ Réanimation

Participation à la liste de garde, établissement de protocoles de soins communs et formalisation de staffs d'enseignement communs interviennent dans le cadre du service d'anesthésie-réanimation. Les 2 assistants du service d'anesthésie-réanimation effectuent leur assistanat sur les 2 secteurs.

➤ Radiologie

Les collaborations existent notamment par le développement de l'anesthésie en IRM et échographie ophtalmologique pédiatrique.

➤ Neurologie

Des collaborations existent concernant la prise en charge des céphalées après ponction lombaire et des syndromes d'hypotension intra-crânienne.

3) Collaborations avec d'autres services d'anesthésie

Le service d'anesthésie a une convention inter-hospitalière :

- d'appui au service d'anesthésie de Lariboisière-Saint-Louis (AP-HP)
- de participation au Plan Blanc inter-régional pédiatrique avec l'hôpital Robert-Debré.

II-6-2 Perspectives d'évolution en anesthésie

1) Poursuivre le développement de la recherche

En 5 ans, le service a accru considérablement son activité de recherche, avec plus de 10 études à promotion en cours de réalisation, et l'obtention de 2 PHRC, 1 PHRI et 1 PREPS. Le service a de plus obtenu différentes bourses pour conduire ses travaux.

Ces thèmes de recherche sont plus particulièrement orientés vers l'anesthésie pédiatrique, l'organisation de l'anesthésie en ophtalmologie, la prise en charge anesthésique de la thrombectomie et la gestion des anticoagulants et antithrombotiques.

1/ Anesthésie pédiatrique

Le service a développé l'axe de recherche d'abord vasculaire périphérique depuis 2012. Une étude multicentrique avec nos partenaires Robert Debré et Necker-Enfants Malades, bénéficiant d'un PHRC s'est conclue en 2015 et est en cours de rédaction. Elle visait à tester l'utilisation d'un dispositif utilisant la technique infra-rouge (VeinViewer) pour faciliter l'accès veineux chez les enfants difficiles à perfuser. Une étude évaluant la courbe d'apprentissage de l'échographie des différents personnels (IADE, IDE, internes, MAR) est en cours d'élaboration.

La gestion des voies aériennes est le deuxième axe de recherche en anesthésie pédiatrique. Une étude multicentrique, bénéficiant là encore d'un PHRC, sur l'intérêt de l'utilisation des curares pour faciliter l'intubation chez le nourrisson a débuté en 2016. Cette étude bénéficie parallèlement d'un financement via une bourse de la SFAR.

Une étude évaluant la meilleure technique de gestion des voies aériennes chez l'enfant anesthésié en IRM devrait débuter en 2017.

L'utilisation de chimiothérapie in situ via le cathétérisme de l'artère ophtalmique est une technique innovante de traitement du rétinoblastome. Cette technique provoque de nombreux événements respiratoires mal caractérisés. L'équipe va donc conduire une étude d'évaluation de l'intérêt d'un monitoring du système nerveux autonome (ANI) pour mieux caractériser cet événement et proposer la meilleure prise en charge possible.

2/ Anesthésie en ophtalmologie

Le service a conduit 2 études médico-économiques sur la prise en charge de la chirurgie de la cataracte de l'adulte : 1 sur la diminution du nombre d'IADE pour surveiller plusieurs salles d'opération (et a bénéficié d'un financement via un PREPS), 1 sur la constitution d'un circuit non anesthésique de cette chirurgie, créant 2 nouveaux métiers : infirmière de consultation et d'évaluation préopératoire, infirmière de surveillance de la chirurgie de la cataracte.

Dans cette dynamique innovante de création de nouveaux circuits-patients, le service va évaluer l'efficacité des infirmières d'évaluation préopératoire pour des chirurgies différentes de celle de la cataracte de l'adulte.

3/ Gestion de l'hémostase, des anticoagulants et des antithrombotiques

Ce programme, piloté par le Dr Anne Godier (MD PhD) est translationnel et associe de la recherche clinique et des protocoles menés au laboratoire, dans l'unité INSERM UMRS 1140, à la faculté de Pharmacie.

Il porte sur 3 grands axes :

- La prise en charge des antiplaquettaires/anticoagulants, autour d'une réflexion sur la prise en charge du risque hémorragique associé aux médicaments antithrombotiques ;
- La coagulopathie des hémorragies graves ;
- Les accidents vasculaires cérébraux : hémostase et thrombolyse, stratégies de prise en charge anesthésique des AVC en neuroradiologie interventionnelle, participation au projet de recherche multi-spécialité sur la gestion de la pression artérielle lors des thrombectomies et participation à l'étude sur la structure des caillots issus de thrombectomie.

2) Accompagner le développement des nouvelles techniques chirurgicales et d'anesthésie

Dans l'avenir, le service envisage d'accompagner le développement de nouvelles techniques chirurgicales et anesthésiques :

- En neurochirurgie fonctionnelle, neurochirurgie éveillée, chirurgie maxillo-faciale, nouveaux matériaux de NRI, chirurgie de la carotide...
- Par la mise en place de l'hypnose pour la chirurgie éveillée et de l'hypnose conversationnelle pour diminuer le stress préopératoire et se passer de la prémédication médicamenteuse.

3) Accompagner la montée en charge des admissions en urgence

L'augmentation probable des admissions en urgence nécessitant une prise en charge anesthésique, qu'il s'agisse de l'ophtalmologie, de la neurochirurgie et de la NRI, implique :

- De faire évoluer l'organisation médicale pour ne pas perturber la prise en charge post-opératoire immédiate du programme froid de neurochirurgie et de NRI ;
- En lien avec la COPS, de définir l'organisation permettant de faire face aux gestes urgents de plusieurs spécialités ;
- D'envisager une ouverture de la SSPI 24H/24 ;
- De reconfigurer et d'agrandir la SSPI centrale.

4) Répondre à l'augmentation de la demande de chirurgie ambulatoire

Dans le domaine ambulatoire, les objectifs suivants peuvent être définis :

- Poursuivre l'essor de l'ambulatoire en chirurgie pédiatrique et en ophtalmologie notamment, en travaillant sur la sécurisation du circuit hors Fondation ;
- Augmenter la chirurgie ambulatoire du strabisme en favorisant l'anesthésie locorégionale associée à l'anesthésie générale pour diminuer la douleur et les nausées-vomissements qui représentent des freins à ce mode de prise en charge ;
- Améliorer la souplesse des organisations pour permettre aux patients les plus lourds (dialysés, handicaps moteurs) et les plus fragiles (patients âgés et seuls) de bénéficier de cette technique moderne et sûre de prise en charge ;
- Travailler sur les séjours longs en ambulatoire (artériographie, neurochirurgie, amygdalectomie...).

5) Poursuivre les missions de régulation transversale

Le service devra poursuivre son engagement dans les missions de régulation transversale, en association avec les équipes d'encadrement et de pilotage des activités pour améliorer l'efficacité de l'organisation du bloc opératoire en lien avec la direction des opérations et du circuit préopératoire du patient, afin d'optimiser l'occupation des lits d'hospitalisation.

Le service poursuivra par ailleurs son implication forte dans les missions transversales de l'établissement : CLIN, CLUD, EPP, RMM, CREX...

6) Implanter l'informatisation du dossier d'anesthésie

Ce déploiement devra être réalisé en lien avec le dossier de réanimation-USC et le dossier patient informatisé de l'établissement. Parallèlement, sera testé le dispositif de e-consultation pour les 15% de patients qui actuellement ont une consultation délocalisée (avec un travail spécifique à conduire sur les modalités de financement).

7) Créer une unité mobile d'anesthésie hors murs de la Fondation

Cette structure mobile serait à disposition des structures de soins ne disposant pas de la qualification juridique d'« établissement de santé » (exemple : cabinet dentaire / patients non coopérants nécessitant une anesthésie).

En partenariat avec le centre d'évaluation des innovations en santé de la Fondation, un projet est en cours de finalisation, via un financement de l'ARS Île-de-France dans le cadre du FIR, afin de proposer une offre d'anesthésie francilienne pour soins bucco-dentaires aux personnes souffrant de handicap mentaux empêchant la réalisation de l'acte de soins sans anesthésie.

8) Offrir une visibilité nationale à l'équipe d'anesthésie

Publications et travaux de recherche permettent à plusieurs médecins du service de faire partie des différentes commissions de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation, et d'être reconnus dans le cadre de leurs enseignements dans les différents DU et autres organes de formation.

Cette reconnaissance en anesthésie pédiatrique se concrétisera en 2017 avec l'organisation par le service du congrès annuel de l'association des anesthésistes pédiatres d'expression française.

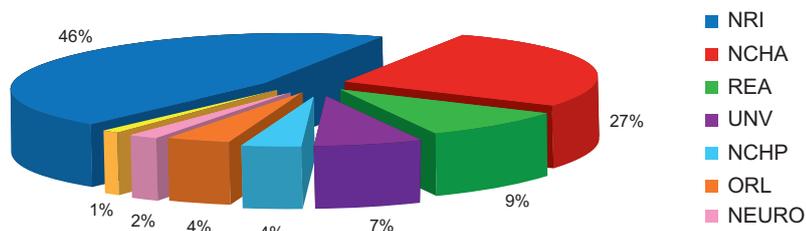
II-6-3 Offre de soins en réanimation

1) Profil d'activité

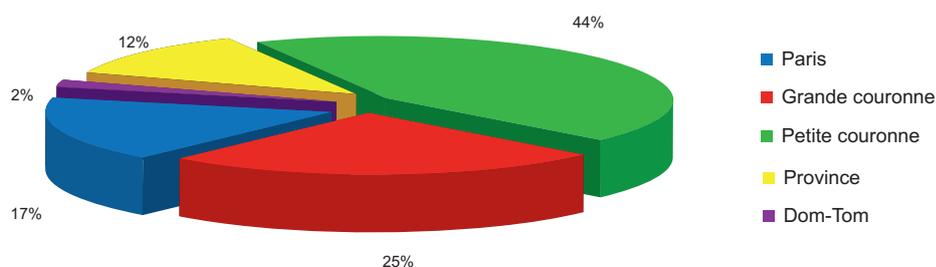
La Fondation dispose des capacités suivantes :

- Unité de réanimation : 10 lits ;
- Unité de surveillance continue rattachée à la réanimation : 12 lits ;
- Unité de surveillance continue non rattachée à la réanimation : 20 lits dont 6 d'USC pédiatrique.

Les services à l'origine des journées de réanimation en 2015 figurent dans le schéma ci-après :



L'origine géographique des patients de réanimation est quant à elle la suivante :



Ces données témoignent de l'importance de l'attractivité du service.

2) Organisation médicale et continuité des soins

L'équipe médicale est actuellement constituée de 7 médecins temps plein (ancien DES d'anesthésie-réanimation et anciens CCA) et d'un assistant.

De 3 à 4 réanimateurs sont présents du lundi au vendredi de 8h à 20h et attachés exclusivement aux soins : 2 médecins sont présents le samedi, le dimanche et les jours fériés et 1 médecin est présent la nuit de garde sur place de 20h à 8h.

1 interne DES est de garde sur place.

L'équipe médicale d'anesthésie participe au tour de garde de réanimation.

Le fonctionnement médical est organisé sur 12 heures ; le planning est structuré pour permettre la continuité et la cohérence de la prise en charge médicale.

La permanence médicale est constamment maintenue en réanimation tout au long de l'année. Il y a au minimum un médecin anesthésiste-réanimateur sénior présent en permanence 24h/24.

Ce réanimateur est en permanence détenteur du numéro d'appel unique de l'ensemble des urgences neurologiques et neurochirurgicales pour tout l'hôpital.

Une réunion de service entre médecins est organisée de façon mensuelle, ainsi qu'une réunion mensuelle avec les personnels para-médicaux. L'objectif est de parler des projets, des dysfonctionnements, des nouvelles techniques...

Un staff éthique pluridisciplinaire, impliquant les médecins d'autres spécialités en charge des cas de patients examinés et au moins un médecin extérieur, est réalisé de façon mensuelle et surtout à chaque fois que nécessaire.

Une séance de revue de morbidité est organisée chaque trimestre, à propos d'un cas clinique de patient pris en charge au sein du service.

Les soins relevant de procédures qui peuvent être standardisées font l'objet de protocoles spécifiques, de façon à uniformiser les pratiques au sein de la réanimation et de l'unité de surveillance continue. Tel est le cas par exemple pour la nutrition, l'insulinothérapie, la sédation, la prise en charge de la douleur, la pose de cathéter veineux central, la ventilation mécanique ou encore la dialyse. Les protocoles sont rédigés selon l'état de l'art, la validation étant effectuée après discussion de l'ensemble de l'équipe médicale.

3) Collaborations au sein de la Fondation avec les autres services

➤ NRI

La collaboration NRI / réanimation est primordiale pour la gestion en commun des urgences vasculaires ischémiques (thrombectomies) ou hémorragiques (hémorragies méningées, ruptures d'anévrisme, ...). Une part importante de patients programmés en NRI et en neurochirurgie passe également en réanimation et en surveillance continue. L'USC pédiatrique accueille les enfants pris en charge par l'équipe de NRI.

➤ Neurochirurgie

La collaboration porte sur la prise en charge conjointe d'une partie des patients post-opératoires, y compris pour l'activité de neurochirurgie de l'épilepsie de l'enfant, ainsi que les urgences neurochirurgicales.

➤ NRI, neurochirurgie et UNV

Le réanimateur de garde assure 24h/24 l'accueil des urgences, si besoin en lien avec le neurochirurgien, le NRiste ou le neurologue de garde.

➤ Anesthésie

La collaboration avec l'équipe d'anesthésie, au sein du service, est étroite, tant en ce qui concerne l'activité clinique programmée et urgente, qu'en ce qui concerne l'activité extra-clinique (staffs communs, activités transversales, recherche...).

➤ Radiologie diagnostique

La collaboration porte sur la réalisation de scanners diagnostiques, pour le suivi des patients neuro-lésés, la détection de vasospasme cérébral, les IRM pronostiques précoces des patients pauci-relationnels...

➤ ORL, ophtalmologie, neurologie, médecine interne

Les collaborations portent sur la prise en charge des urgences générales ou médicales survenant chez des patients hospitalisés dans la structure ainsi que sur la prise en charge concertée de patients souffrant de pathologies cardiaques ou endocriniennes. On relève aussi le développement de l'activité de plasmaphérèse et de traitement notamment des névrites optiques rétrobulbaires (70 séances par an).

4) Collaborations actives avec les établissements extérieurs

La réanimation de la Fondation a développé une collaboration étroite avec le service de réanimation pédiatrique de l'hôpital Robert-Debré. Cette collaboration porte sur l'échange de compétences médicales et paramédicales, ainsi que sur des soutiens de compétence et de transfert de patients (convention interhospitalière Fondation – Robert-Debré).

La réanimation a par ailleurs développé de nombreux partenariats propres avec des services d'urgence et de réanimation de l'Île-de-France, qui bénéficient également aux services de NRI et de neurochirurgie :

- SAU, SMUR, réanimation polyvalente, neurologie du Centre Hospitalier Delafontaine de Saint-Denis (93) ;
- SAU et réanimation polyvalente de Montfermeil (93) ;
- SAMU, réanimation polyvalente du CHU Avicenne de Bobigny (93) ;
- SAU et UNV d'Aulnay (93) ;
- Réanimation polyvalente de l'hôpital Saint-Joseph (75) ;
- Réanimation polyvalente de Saint-Antoine (75) ;
- Réanimation polyvalente du CH de Poissy (78) ;
- Agence de Biomédecine et réanimation chirurgicale de Saint-Louis : transfert de patient en état de mort encéphalique en vue de prélèvement multi-organes.

Indépendamment de son rôle moteur dans la prise en charge des patients devant bénéficier de techniques de neurochirurgie et de NRI, le service a développé sa propre expertise de neuro-réanimation. Celle-ci se traduit par la prise en charge spécifique de patients souffrant de lésions cérébrales graves, y compris sans geste chirurgical, mais également par l'exportation de cette expertise, tant par le conseil médical aux services partenaires, que par l'enseignement dans de nombreux cadres (nombreux DU divers, staffs et congrès...).

II-6-4 Perspectives d'évolution en réanimation

1) Informatiser le dossier de réanimation-USC

Ce déploiement devra être réalisé en lien avec le dossier d'anesthésie et le dossier patient informatisé de l'établissement.

2) Poursuivre la structuration de l'offre d'urgences neurologiques et neurochirurgicales

Cette offre concerne :

- les urgences neurochirurgicales, en particulier hémorragiques et tumorales ;
- les urgences neuro-radiologiques (hémorragies méningées...) ;
- les urgences AVC ischémiques ;
- les urgences neurologiques (crises myasthéniques, crises convulsives...).

La réanimation médico-chirurgicale continuera d'exercer son rôle moteur dans le dispositif de prise en charge de ces patients.

3) Développer une activité de prélèvement multi-organes et de tissus (PMOT)

Sur sollicitation de l'Agence de Bio-Médecine, le service d'anesthésie-réanimation s'est engagé dans la procédure de PMOT. Avec en 2015, 19 donneurs potentiels dont 7 transferts ayant permis 42 greffes d'organes et de tissus, la Fondation a un fort potentiel de développement de cette activité qui concrétisera l'investissement du service dans l'activité de soins en neuro-vasculaire urgent notamment. L'ensemble des personnels nécessaire à la mise en place du projet PMOT a été désigné, et la phase de validation de la structure et du dossier est en cours de complétion.

4) Renforcer l'expertise du service dans la prise en charge du patient neuro-lésé grave

Celle-ci comprend :

- Un volet clinique : avec le développement des partenariats avec les réanimations et SAU de la région parisienne, en collaboration avec la NRI et la neurochirurgie ;
- Un volet universitaire : avec des activités d'enseignement et de recherche visant à promouvoir la spécificité de la neuro-réanimation chirurgicale et médicale.

Le service organisera ainsi en 2018 le congrès national de l'association des neuro-anesthésistes réanimateurs de langue française.

Les domaines plus spécifiquement concernés sont :

- L'évaluation de l'hémodynamique cérébrale, doppler transcrânien, hypertension transcrânienne ;
- L'évaluation cardiologique avec l'introduction de l'échographie trans-oesophagienne ;
- L'épileptologie et l'EEG en réanimation ;
- La spasticité du patient neuro-lésé ;
- La place de la crâniectomie dans le traitement de l'HTIC et de l'AVC.

5) Etre acteur des projets de développement transversaux

Ces projets concernent principalement :

- Le développement de prises en charge conjointes neurochirurgie / NRI dans le domaine des malformations vasculaires cérébrales ou bien encore de l'ischémie cérébrale ;
- La carcinologie ORL.

6) Continuer à être un service leader dans la qualité des soins

À cet effet, le service continuera son investissement sur les deux axes suivants :

- Travail sur l'accueil des familles ;
- Diplôme ARS « Sauve ma peau » dans la prévention des escarres.

II-6-5 Recherche et enseignement en réanimation

L'équipe de réanimation-USC assure l'enseignement quotidien « au lit du malade », avec des cours didactiques à 5 internes DES en anesthésie-réanimation et à deux externes DCEM 2 de l'Université Pierre et Marie Curie. Elle accueille de nombreux étudiants en soins infirmiers (≈ 30 / an), aides-soignants (≈ 5 à 7 / an) et kinésithérapeutes. Ses médecins sont enseignants dans de nombreux DU (neuro-réanimation, échographie,...) et conférenciers dans les différents congrès nationaux. Le service accueille également régulièrement des réanimateurs polyvalents et des urgentistes pour l'apprentissage du doppler transcrânien (4 à 6 médecins par an).

L'équipe de réanimation a obtenu et réalisé une étude dans le cadre d'un PHRI sur la prévention des lésions de cornées en réanimation. Cette étude faisait suite à la réalisation d'une enquête nationale en cours de publication. L'équipe de réanimation a fait partie du groupe d'experts nationaux ayant rédigé les recommandations sur la protection oculaire en anesthésie et en réanimation.

Enfin, l'activité de publication sera développée en partenariat avec l'unité de recherche clinique, en particulier dans le cadre d'un projet d'étude de l'EEG en réanimation en partenariat avec le service de neurologie.



II-7 MEDECINE INTERNE



II-7-1 Offre de soins en médecine interne

1) Profil d'activité et organisation

L'activité en médecine interne est structurée au sein de l'Institut de Médecine Interne de l'Est Parisien autour des trois axes cliniques suivants :

- Pathologies auto-immunes et auto-inflammatoires de l'oeil : uvéites, pathologies de l'orbite, orbitopathies dysthyroïdiennes (Basedow), autres maladies rares.
- Pathologies endocriniennes (notamment thyroïdiennes et hypophysaires) et la Diabétologie.
- Pathologies du rachis : rachis dégénératif et complexe, onco-rhumatologie.

L'équipe médicale est composée de :

- 2 médecins internistes en temps partagé avec le GH Diaconesses/Croix Saint-Simon.
- 2 médecins endocrinologues et diabétologues.
- 2 médecins rhumatologues.

L'activité de Médecine Interne de la Fondation s'exerce en complémentarité avec les différentes disciplines de la Fondation, notamment, l'ophtalmologie, la neurochirurgie et la neurologie permettant une approche multidisciplinaire de qualité et transversale médicochirurgicale importante.

La prise en charge clinique est offerte avec trois secteurs d'activité :

- Consultation externe d'endocrinologie, de diabétologie, de rhumatologie et de médecine interne. Avis d'experts à l'intérieur de l'hôpital dans chacun des services de la Fondation.
- Hôpital de jour médecine ambulatoire.
- Hospitalisation conventionnelle au sein d'une aile dédiée et partagée avec l'ophtalmologie médicale et l'activité du CETD.

Sur les 5 dernières années, l'activité d'hospitalisation a évolué de la manière suivante :

	2011	2012	2013	2014	2015	Δ 11 / 15
Total séjours	394	340	366	368	396	1%
Dont hosp° conv.	308	286	291	302	289	-6%
Dont hosp° de jour	86	54	75	66	107	24%

Entre 2014 et 2015, on note une augmentation de l'activité d'hospitalisation de 8% : +62% en HDJ, principalement portés par les Basedow, -4% en hospitalisation complète. Les pathologies liées à l'oeil (Basedow, uvéites, autres orbitopathies inflammatoires...) représentent le premier motif de recours aux consultations externes (56%) et des séjours hospitaliers en médecine (84%). On relève également une augmentation de la part des patients adressés par les services de la Fondation : 49% en 2015 vs 42% en 2014, ainsi qu'une augmentation de la part des patients d'ophtalmologie et de neurochirurgie en consultation : +4%.

Sur 2014 et 2015, les GHS rattachés à l'unité de médecine interne se sont ventilés comme suit :

Pathologies	2 014	2 015	Ecart val	Ecart %
Rachis	152	131	-21	-14%
OPH	61	86	25	41%
Basedow	46	58	12	26%
Mal Systémiques	35	48	13	37%
Rhum Inflam	26	19	-7	-27%
Autres aff.	14	31	17	121%
Hypophyse	16	15	-1	-6%
Autre Rhumato	10	0	-10	-100%
Endocrino	8	8	0	0%
Total	368	396	28	8%

2) Collaborations au sein de la Fondation avec les autres services

➤ Neurochirurgie

Ces collaborations portent sur l'endocrinologie (prise en charge des pathologies hypophysaires, en péri-opératoire mais aussi suivi au long cours des patients opérés et/ou traités médicalement) et en rhumatologie (prise en charge des pathologies rachidiennes).

➤ Ophtalmologie

Ces collaborations portent sur l'orbitopathie dysthyroïdienne (Basedow), les uvéites, les inflammations orbitaires, les maladies systémiques et les rhumatismes inflammatoires chroniques avec expressions ophtalmologiques, mais aussi sur les diabétiques.

➤ ORL

Les équipes collaborent dans le domaine de la chirurgie thyroïdienne (recrutement des patients chirurgicaux, suivi des patients opérés) ainsi que pour la prise en charge multi-disciplinaires des orbitopathies dysthyroïdienne (décompression orbitaire, thyroïdectomie).

➤ Neurologie

Les collaborations portent sur la prise en charge du diabète et d'autres problèmes métaboliques fréquents en UNV ainsi que sur les maladies systémiques.

➤ Anesthésie-réanimation :

L'unité de médecine interne participe à la prise en charge des problèmes aigus tels que les problèmes métaboliques (hyperglycémie, diabète insipide...).

3) Collaborations avec les établissements extérieurs :

- Avec le service de médecine nucléaire de l'hôpital Saint-Louis : accès aux plateaux techniques (en matière de diagnostic et thérapeutique), collaboration active pour le traitement par l'iode 131 des cancers de la thyroïde et d'autres maladies thyroïdiennes, participation à « Saint-Louis réseau thyroïde » (SLRT) dont l'objectif est d'organiser le suivi des patients atteints d'un cancer différencié de la thyroïde ;
- Avec le service d'endocrinologie de l'hôpital Bicêtre (centre de référence en pathologies hypophysaires) : collaboration pour les cas difficiles, participation aux réunions de concertation pluridisciplinaire ;
- Avec l'institut Curie : la consultation d'endocrinologie de la Fondation représente un aval important pour les patients nécessitant un suivi endocrinien après une radiothérapie cérébrale avec un risque hypothalmo-hypophysaire.



II-7-2 Perspectives d'évolution en médecine interne

L'évolution de la médecine interne montre une progression des pathologies en lien avec l'ophtalmologie et l'endocrinologie devant ainsi les pathologies rachidiennes traditionnellement en première position.

Les collaborations inter-services et l'augmentation constante de la part des patients adressés par les services de la Fondation montrent quant à elles l'apport de l'unité de médecine interne dans les différentes disciplines de la Fondation ainsi que l'importance et l'intérêt de son rôle transversal.

Parallèlement aux collaborations inter services en raison de l'importance et de l'intérêt de son rôle transversal, il apparaît néanmoins nécessaire de développer l'attractivité et la visibilité du service de Médecine Interne de la Fondation.

Ainsi le projet médical du service va se décliner autour de deux principes :

- Renforcement de cette collaboration du service avec les autres services de la Fondation grâce à une expertise plus pointue en médecine interne.
- Organisation d'un recrutement propre et spécifique du service de Médecine Interne. Pour ce faire, il est créé avec le groupe hospitalier Diaconesses/Croix Saint-Simon, un Institut de Médecine Interne : l'Institut de Médecine Interne de l'Est Parisien.

A côté des thématiques développées par le service de Médecine Interne Diaconesses/Croix Saint-Simon, le service de Médecine Interne de la FOR, organisera son développement autour de trois axes médicaux affichés :

- Les pathologies auto-immunes et auto-inflammatoires de l'oeil et de l'orbite.
- Les pathologies endocrinologiques et diabétiques.
- La prise en charge rhumatologique des pathologies rachidiennes et des maladies auto-immunes rhumatologiques.

1) Pathologies en lien avec l'ophtalmologie

Uvéites et autres pathologies inflammatoires orbitaires

La médecine interne assure la prise en charge médicale de ces patients en phase aiguë mais aussi au long cours. Les objectifs arrêtés sont les suivants :

- Assurer, affiner le diagnostic d'une maladie rare auto-immune au auto inflammatoire révélée par une pathologie ophtalmologique ;
- Organiser son suivi et sa prise en charge multidisciplinaire ;
- Renforcer cette activité croissante en conjuguant les consultations ophtalmologie – médecine interne et en favorisant les hospitalisations de jour ;
- Formaliser l'utilisation, de plus en plus fréquentes, de thérapeutiques innovantes de type biothérapie ;
- Rentrer dans des protocoles de recherche clinique multicentriques ;
- Poursuivre les staffs communs : mensuels avec l'équipe de Pr Cochereau et bi-mensuels avec l'équipe du Dr Vignal.

Basedow / orbitopathie dysthyroïdienne

Le projet consiste à mettre en place une « fédération Basedow » afin d'optimiser la prise en charge multi-disciplinaire des orbitopathies dysthyroïdiennes en s'appuyant sur la complémentarité et la synergie des services concernés : ophtalmologie (service du Dr Galatoire), endocrinologie/médecine interne, imagerie et ORL, avec les objectifs opérationnels suivants :

- Poursuivre la progression des hôpitaux de jour constatée en 2015, avec 2 types d'offre : bilan (projets thérapeutiques, décisions pluridisciplinaires) et traitements (consensuels : protocoles européens EUGOGO, innovateurs : biothérapies) ;
- Elaborer et utiliser des documents et protocoles communs : bilans, HDJ, dossier commun ophtalmologie – endocrinologie ;
- Mieux organiser les consultations chaînées ;
- Tenir des staffs communs ophtalmologie – médecine interne ;
- Rentrer dans des projets multicentriques, notamment sous l'égide du GRT (club français de recherche pour la thyroïde) ;
- Améliorer la communication autour de cette offre spécifique (« faire savoir »).

2) Diabète

Cette activité doit être développée compte tenu du fort potentiel de recrutement qu'elle représente et de la demande qui va certainement croître dans les années à venir, du fait de l'explosion épidémique du diabète de type 2, de l'évolution de l'offre de soin de la Fondation et de l'augmentation de la file active de patients souffrant de rétinopathie diabétique via le dépistage réalisé au niveau du centre de santé Edmond de Rothschild.

Les actions à envisager à cet effet sont les suivantes :

- Déploiement de moyens humains et techniques pour développer l'activité, augmenter le recrutement et assurer une prise en charge complète avec qualité et efficacité ;
- Communication ciblée vis-à-vis des adresseurs sur cette nouvelle offre ;
- Formalisation d'une prise en charge ophtalmo-diabétologie ;
- Consultations communes, voire simultanées pour les cas difficiles ;
- Mise en place d'hospitalisations de jour pour bilan de complication avec accès au plateau technique ;
- Hospitalisation de semaine pour équilibration et organisation des schémas thérapeutiques ;
- Organisation du suivi des patients ;
- Programmes d'éducation thérapeutique ;
- Poursuite de la prise en charge des diabétiques en transversal : péri-opératoire (anesthésie), UNV, diabètes cortico-induits/aggravés...
- Actualisation des protocoles en cohérence avec les recommandations, documents types ;
- Participation régulière aux journées mondiales du diabète ;
- Optimisation des actions conjointes avec le GH Diaconesses - Croix Saint Simon sur ce thème : accès facilité aux compétences de la Fondation pour les patients du GH, avis téléphonique (hot line) notamment pour le péri-opératoire et diabète cortico-aggravé, prise en charge du diabète gestationnel sur la maternité du GH.

3) Soutien aux filières transversales de la Fondation

Pathologies hypophysaires

La chirurgie hypophysaire est une spécificité de la Fondation. Elle bénéficie de tous les partenariats et collaborations nécessaires dans ce type de chirurgie, dont l'endocrinologie, avec les nombreux points positifs suivants :

- Bel exemple d'une prise en charge multidisciplinaire de qualité ;
- Exploitation optimale des ressources humaines et techniques de la Fondation ;
- Fidélisation de la population cible au sein du circuit médico-chirurgical ;
- Évolution quantitative et qualitative au fil des années ;
- Bonne organisation (protocoles de soin, documents types...) et bonnes procédures d'évaluation (EPP en phase 5) ;
- Réseaux de compétences fonctionnels et fluides : endocrinologie de l'hôpital de Bicêtre, radiothérapie de l'Institut Curie...

Cette activité devra être poursuivie et amplifiée.

Pathologies rachidiennes

Cette activité est actuellement en baisse malgré la grande fréquence des pathologies rachidiennes dans la population générale et l'offre multidisciplinaire à la Fondation.

Elle devra être relancée dans le cadre du projet fédératif avec la médecine interne du GH Diaconesses - Croix Saint Simon, dans le but d'augmenter le recrutement des malades chirurgicaux.

Dans un premier temps, des réunions de concertation (étude des dossiers, topos) seront mises en place entre neurochirurgiens, rhumatologues et radiologues des deux établissements.

4) Projet fédératif avec le GH Diaconesses – Croix St Simon

Les objectifs de ce projet sont les suivants :

- S'inscrire dans le projet de rapprochement des deux établissements ;
- S'adosser à une structure viable de grand volume et assurer l'attractivité et la pérennité de l'activité de médecine interne sur le site de la Fondation ;
- Apporter une valence de médecine interne pure ;
- Développer des partenariats et appuis scientifiques croisés : assembler des cohortes de patients, renforcer la recherche clinique.

Les points d'articulation sont nombreux. Ils portent sur :

- Le partage de temps médical : avec le recrutement en temps partagé sur les deux sites d'un praticien hospitalier interniste (compétence spécifique en hématologie), devant participer à l'organisation et à l'évolution du projet et assurer l'aval des filières ; implication d'un directeur médical de l'institut de médecine interne du GH Diaconesse-Croix-Simon pour coordonnée, organiser, développer le service de médecine interne de la Fondation.
- La tenue de réunions médicales (concertation, dossiers difficiles, topo...) communes en alternance sur les sites : rachis, œil, maladies systémiques avec ou sans expression ophtalmologiques, biothérapies...
- L'échange croisé d'expertises : étendre les échanges de compétences aux autres spécialités et y fluidifier l'accès sous l'égide de la fédération de médecine interne : consultations de gériatrie (mobiles), Parkinson, UNV, pneumologies/EFR, gastro-entérologie, orthopédie, maladies infectieuse/infection ostéo-articulaire ;
- L'optimisation des filières de prise en charge par pathologie :
 - Renforcement des apports de la médecine interne aux différentes filières d'ophtalmologie ;
 - Optimisation du parcours patient en coordonnant au mieux les différents intervenants de sa prise en charge, avec un accès aux compétences médicales et plateaux techniques sur les 2 sites ;
 - Préservation de l'efficacité de certains circuits actuels courts et complets au sein de la Fondation et définition de circuits relevant d'une prise en charge transversale ;
 - Identification des typologies de patients à prendre en charge sur les différents sites, avec sélection des patients qui pourront, à un moment donné de leur parcours, relever plus d'un site que d'un autre.

5) Poursuivre l'investissement de la médecine interne dans les missions transversales

Ces investissements transversaux sont la présidence du CLAN et la vice-présidence du COMEDIMS.

II-7-3 Recherche et enseignement en médecine interne

En matière d'enseignement, l'équipe participe à deux diplômes : le DU d'échographie articulaire et le master 2 « biominéralisation, morphogénèse et pathologies inflammatoires » (Paris 13, 7 et 5).

L'unité de médecine interne déploie une activité de recherche fondamentale en lien avec le laboratoire INSERM 1125 « physiopathologie et thérapie de la polyarthrite rhumatoïde ».

Elle porte ou participe également à plusieurs projets de recherche clinique sur :

- La maladie de Horton ;
- L'efficacité du Tocilizumab en association aux stéroïdes dans l'artérite à cellules géantes avec atteinte oculaire ;
- Le protocole DDX (comparaison séquence composite mDIXON et séquences classiques en IRM 3T dans l'orbitopathie basedowienne) ;
- Les pathologies à Ig G4 ;
- Les sclérites Mooren et pseudo Mooren ;
- L'efficacité du Rituximab dans l'orbitopathie basedowienne.

II-8 IMAGERIE MEDICALE



II-8-1 Offre de soins en imagerie médicale

Le service d'imagerie de la Fondation est spécialisé dans les explorations « Tête et Cou » en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement et en partenariat avec les différents services cliniques.

Le plateau technique d'imagerie est regroupé sur un niveau au sous-sol de l'établissement.

Il est composé de 4 blocs techniques :

- Scanner ;
- IRM 3T et IRM 1,5T (détenu à 56% dans le cadre d'un GIE) ;
- Echographie ;
- Radiologie standard.

Le choix de la Fondation va dans le sens d'une part d'une amélioration de la prise en charge diagnostique et de la qualité des examens et d'autre part du développement d'une activité de recherche clinique dans cet établissement très spécialisé au recrutement exceptionnel en ophtalmologie et neurosciences. L'acquisition d'une IRM 3T en 2011 a permis un investissement renforcé en recherche clinique.

Différentes décisions d'extension des horaires du service ont permis les projets en cours et favoriser le développement de nouveaux projets (cf. ci-après).

Le service d'imagerie dispose d'un RIS et d'un PACS couplés permettant un suivi complet du flux patient, de l'activité et de l'enregistrement des données relatives au patient et à l'examen. Les comptes rendus sont systématiquement associés aux images et dictés dès la fin de l'examen. Ils sont archivés avec les dossiers images.

Cette organisation assure une sauvegarde de l'ensemble des données qui peuvent être secondairement utilisés à des fins statistiques.

L'évolution des actes sur les cinq dernières années a été la suivante :

	2011			2012			2013		
	Internes	Externes	Total	Internes	Externes	Total	Internes	Externes	Total
Total	8 178	13 955	22 133	8 775	13 126	21 901	8 177	12 545	20 722
<i>IRM</i>	<i>2 015</i>	<i>3 953</i>	<i>5 968</i>	<i>2 062</i>	<i>3 575</i>	<i>5 637</i>	<i>2184</i>	<i>3683</i>	<i>5 867</i>
<i>Scanner</i>	<i>2 854</i>	<i>5 171</i>	<i>8 025</i>	<i>3 078</i>	<i>4 904</i>	<i>7 982</i>	<i>2544</i>	<i>4240</i>	<i>6 784</i>
<i>Radiologie</i>	<i>2 503</i>	<i>1 582</i>	<i>4 085</i>	<i>2 761</i>	<i>1 366</i>	<i>4 127</i>	<i>2600</i>	<i>1314</i>	<i>3 914</i>
<i>Echographie</i>	<i>806</i>	<i>3 249</i>	<i>4 055</i>	<i>874</i>	<i>3 281</i>	<i>4 155</i>	<i>849</i>	<i>3308</i>	<i>4 157</i>

	2014			2015			2015/2011		
	Internes	Externes	Total	Internes	Externes	Total	Internes	Externes	Total
Total	9 000	12 564	21 564	10 833	13 918	24 751	32%	0%	12%
<i>IRM</i>	<i>2492</i>	<i>3795</i>	<i>6 287</i>	<i>3 286</i>	<i>4 031</i>	<i>7 317</i>	<i>63%</i>	<i>2%</i>	<i>23%</i>
<i>Scanner</i>	<i>3239</i>	<i>4476</i>	<i>7 715</i>	<i>3 674</i>	<i>5 474</i>	<i>9 148</i>	<i>29%</i>	<i>6%</i>	<i>14%</i>
<i>Radiologie</i>	<i>2338</i>	<i>1322</i>	<i>3 660</i>	<i>2 865</i>	<i>1 444</i>	<i>4 309</i>	<i>14%</i>	<i>-9%</i>	<i>5%</i>
<i>Echographie</i>	<i>931</i>	<i>2971</i>	<i>3 902</i>	<i>1008</i>	<i>2 969</i>	<i>3 977</i>	<i>25%</i>	<i>-9%</i>	<i>-2%</i>

Les actes d'imagerie réalisés pour le compte des services de l'établissement se ventilent comme suit en 2015 :

Neurologie – UNV	3 172	29%
Réanimation – USC	2 077	19%
Neurochirurgie Adultes	1 393	13%
Urgences	1117	10%
NRI	797	7%
Neurochirurgie Enfant	747	7%
Médecine Interne	440	4%
Ophtalmologie	439	4%
ORL	400	4%
Non défini	251	2%
Total actes internes 2015	10 833	100%



II-8-2 Activités d'enseignement et formation continue

Le service accueille tous les semestres 4 internes spécialisés et 1 à 2 Inter-CHU. Du fait de l'intérêt du recrutement spécifique de la Fondation Rothschild, de la notoriété du service et de ses médecins, ainsi que de la diversification de l'enseignement aux internes (séniorisation de toutes les vacations avec responsabilisation progressive, plusieurs cours hebdomadaires, participation aux staffs...), le stage est très attractif puisque les internes sont tous des derniers ou avant-derniers semestres de DES d'imagerie médicale.

De nombreux médecins du service sont des référents reconnus dans leur sur-spécialité et enseignent dans des DU, DIU et masters. Une participation active dans les enseignements post-universitaires et les présentations scientifiques à l'occasion des congrès radiologiques et cliniques nationaux et internationaux entretiennent la réputation du service, son recrutement en cas complexes et son attractivité pour les projets de recherche multicentriques.

L'équipe médicale et paramédicale bénéficie régulièrement d'actions de formation continue sur site et hors site, avec notamment participation aux congrès internationaux de référence (ASNR, RSNA, ISMRM).

Un investissement particulier est porté à la formation, dans certains domaines stratégiques adaptés aux orientations de l'établissement, des assistants et jeunes praticiens, notamment afin d'assurer la pérenité sur le long terme des activités existantes (imagerie ophtalmologique dont échographie, imagerie ORL, imagerie neuropédiatrique) et d'en développer de nouvelles (imagerie neurovasculaire avancée, imageries neuro-infectieuse et neuro-oncologique, IRM fonctionnelle). Cette formation poussée, associée à leur intégration progressive dans des réseaux de soins spécialisés et des groupes d'experts internationaux, a pour vocation de les faire devenir des référents dans leur domaine à l'échelle nationale voire internationale, et de promouvoir une activité clinique et de recherche pointue dans chacun des domaines.

II-8-3 Activités de recherche en imagerie médicale

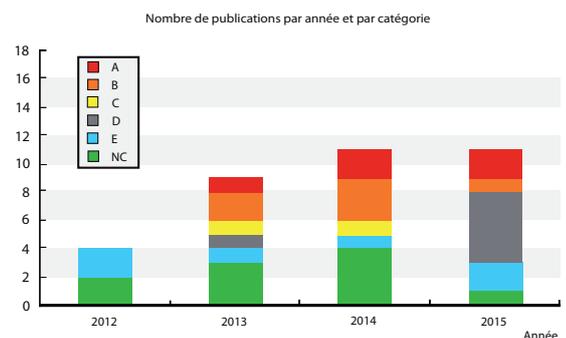
Les activités de recherche auxquelles participe le service d'imagerie sont de plusieurs types :

- Projets internes visant à évaluer et valider une technique spécifique d'imagerie (exemples : études en Cone Beam, nouvelles séquences IRM développées par le constructeur ou directement par les médecins du service, post-traitements innovants...) ; ces projets sont conçus et gérés par les radiologues et s'appuient sur un partenariat fort avec les services cliniques concernés pour définir des objectifs ayant un impact sur la qualité des soins et accélérer le recrutement des patients ;
- Projets internes visant à améliorer la prise en charge en imagerie de certaines pathologies (exemples : amélioration de la qualité des IRM dans la sclérose en plaques, diagnostic de la maladie de Horton par IRM et échographie, caractérisation des tumeurs orbitaires en IRM multimodale, évaluation de la crosse aortique en angioscanner...), en collaboration avec les services cliniques concernés par la pathologie ;
- Réalisation et interprétation d'examens pour évaluer l'efficacité de nouveaux traitements, en collaboration avec les services cliniques de l'établissement (par exemple traitements de la sclérose en plaques avec la neurologie), ou en tant que prestataire de laboratoires pharmaceutiques ou d'autres établissements (par exemple évaluation de traitements personnalisés des gliomes, en collaboration avec le groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière et l'université de Columbia) ;
- Réalisation et interprétation d'examens dans le cadre d'études conduites par les services cliniques (par exemple études MicroBREAK 1 et 2, OCTHIV,...) et l'unité neurovision ;
- Expertises et relectures d'examens dans le cadre de protocoles multicentriques (exemple : imagerie génomique des tumeurs).

Le nombre d'examens réalisés dans le cadre de la recherche dans le service d'imagerie a fortement augmenté lors des 5 dernières années. Grâce à une collaboration étroite avec les services cliniques et l'URC, ces examens sont le plus souvent valorisés financièrement et conduisent à un nombre de publications croissant.

Période : 2012 - 2015								
Année	Total	A	B	C	D	E	NC	Score
2012	4	0	0	0	0	2	2	19
2013	9	1	2	1	1	1	3	91
2014	11	2	3	1	0	1	4	96
2015	11	2	1	0	5	2	1	123
Total	35	5	6	2	6	6	10	329

Des plages « recherche » spécifiques (environ 12h par semaine sur l'IRM 3T, Cone Beam dédié) permettent des délais raisonnables de réalisation des examens et une qualité de service optimale pour les sujets participant aux protocoles. Une organisation souple permet également de réaliser des examens de recherche dans le cadre de l'urgence (baisse visuelle transitoire, suspicion de maladie de Horton, alerte thrombolyse) ou à l'inverse de convertir les plages de recherche vacantes en plages d'activité clinique afin d'optimiser l'occupation des équipements.



II-8-4 Perspectives d'évolution pour l'imagerie

1) Evolutions attendues par rapport aux grands segments d'activité de la Fondation

Le service d'imagerie interviendra en support des principales évolutions des grands segments d'activité de l'établissement :

- Participation active au projet de développement des urgences neurosciences ;
- Participation à la poursuite de la montée en charge des activités de neurochirurgie fonctionnelle (Parkinson, mouvements anormaux, tremblements essentiels, dystonies...) ;
- Participation au suivi des patients neuro-lésés en collaboration avec la réanimation ;
- Accompagnement de la montée en charge des filières en ophtalmologie ;
- Participation au centre médico-chirurgical du rachis.

2) Evolutions attendues concernant l'IRM

La modalité est actuellement ouverte du lundi au vendredi de 8h à 23 heures et 3 samedis sur 4. Il est envisagé d'attribuer cette 4^{ème} vacation/4 au centre de santé de la Fondation Œuvre Croix Saint-Simon dans le cadre du partenariat global avec cet établissement.

Compte tenu de la très forte hausse d'activité, tant clinique que scientifique, l'acquisition d'une IRM 3T supplémentaire est envisagée à court terme. Son implantation au sein du service nécessitera la réalisation de travaux de restructuration importants.

Enfin, dans le cadre des grands projets de recherche et d'innovation que la Fondation pourrait porter avec des partenaires extérieurs de très haut niveau, l'acquisition d'une IRM 7T pourrait être envisagée d'ici la fin du présent projet stratégique.

3) Autres évolutions attendues de l'activité clinique

Il est prévu de mettre en place un partenariat permettant l'attribution de plages horaires du scanner au centre de santé de la Fondation Œuvre Croix Saint-Simon afin d'assurer un remplissage optimal de l'appareil malgré la montée en puissance de la concurrence.

Des modifications de l'architecture du service sont également envisagées afin d'optimiser les circuits patients avec séparation des flux externes et hospitalisés, d'optimiser les postes de travail (grande salle d'interprétation pour les différentes modalités) et de faciliter le télétravail.

Enfin, il est prévu l'obtention de deux places par semaine en Pet Scanner / Pet IRM auprès d'un partenaire extérieur pour les pathologies neuro-dégénératives, les Horton ou encore les AVC avec plaques à risques.

4) Evolutions de l'activité de recherche

La promotion de nouveaux projets de recherche interne à l'imagerie et le support de nouveaux projets cliniques nécessitant de l'imagerie sera poursuivie et accentuée.

Le besoin croissant d'imagerie et de recueils médicaux ainsi que la complexité croissante des techniques d'acquisition et de post-traitement employées nécessitent un accompagnement et une professionnalisation de l'activité de recherche au sein du service incluant :

- La nomination récente d'un chef de service adjoint responsable de la recherche qui a pour objectif de centraliser les projets, notamment provenant des services cliniques et des sites extérieurs, de vérifier leur faisabilité technique, leur valorisation financière en collaboration avec l'URC et de faciliter leur bonne mise en œuvre ;
- La montée en charge des ressources médicales et matérielles consacrées à la recherche au sein du service, parallèlement à la croissance en volume de l'activité recherche et des financements qui lui sont associés ;
- La collaboration avec des équipes non médicales (scientifiques, mathématiciens, physiciens) a pour vocation d'être étendue afin d'accélérer l'accès à de nouvelles techniques d'acquisition et de post-traitement. À ce titre, un des assistants est inscrit en thèse de science et travaille dans ce cadre sur plusieurs projets translationnels dans le domaine des nouvelles techniques d'imagerie ophtalmologique, notamment techniques d'IRM de perfusion ;
- L'obtention de prestations, voire à terme l'embauche d'un ou plusieurs ingénieurs spécialisés dans les post-traitements avancés (tenseurs de diffusion, IRMf, imagerie statistique...).

L'augmentation du nombre de projets de recherche et leur valorisation optimale pourraient permettre d'ici la fin du prochain projet d'établissement, d'obtenir un nouvel équipement haut (3T) ou très haut (7T) champ utilisé à 50% en activité recherche.

Sur le plus long terme, il convient également de réfléchir au développement de thématiques émergentes : traitements par ultrasons focalisés contrôlés par IRM, neuromarketing, nouvelles techniques ultrasonores haute résolution...

II-9 BIOLOGIE MÉDICALE



II-9-1 Organisation du GCS

Les activités de biologie médicale de la Fondation sont assurées depuis le 1^{er} janvier 2015 dans le cadre du groupement de coopération sanitaire « Laboratoire des centres de santé et hôpitaux d'Ile de France » (LCSH), issu de la volonté d'établissements de santé privés d'intérêt collectif et de centres municipaux de santé de mutualiser leurs moyens pour pérenniser leurs laboratoires dans le contexte actuel d'évolution de la biologie médicale et la démarche d'accréditation.

Le GCS LCSH a été créé en mai 2013 par arrêté de l'ARS Ile de France. À ce jour, il est constitué des membres suivants :

- Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint Simon ;
- Fondation Ophtalmologique A. de Rothschild ;
- Fondation Œuvre de la Croix Saint Simon ;
- Mairie de Champigny sur Marne ;
- Mairie de Malakoff ;
- Mairie d'Ivry sur Seine ;
- Mairie de Gentilly.

Le GCS LCSH exerce l'activité de laboratoire de biologie médicale multi-sites depuis mai 2014. Il est actuellement composé :

- d'un plateau technique, situé au 125 rue d'Avron dans le 20^{ème} arrondissement, au sein du GH Diaconesses Croix Saint Simon ;
- de sites péri-analytiques sur les centres municipaux de santé de Champigny-sur-Marne, d'Ivry-sur-Seine, de Malakoff et de Vitry-sur-Seine.

Le GCS LCSH assure par ailleurs les demandes de biologie médicale de partenaires tiers, dans le cadre de contrats avec :

- La maternité des Lilas ;
- Le centre social médical et dentaire Clavel ;
- Le CMS de Vitry-sur-Seine ;
- Le CMS de Bagneux ;
- Le CMS d'Orly.

Enfin le GCS LCSH sous-traite les examens spécialisés au laboratoire CERBA.

II-9-2 Activité du GCS

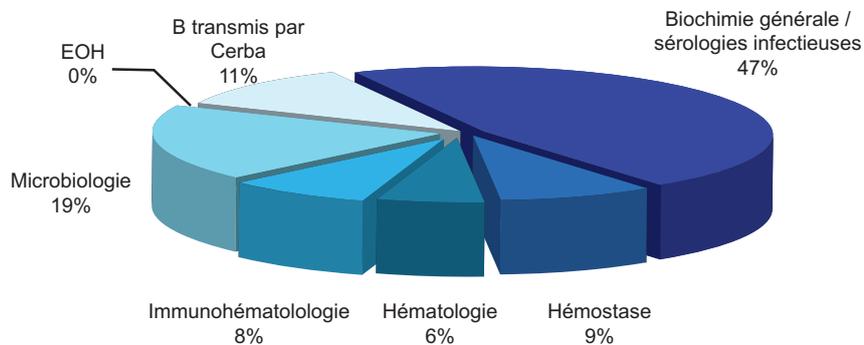
L'activité du LCSH en 2015 est de 30 millions de B. Le chiffre d'affaires de la structure est de 7,4 M€. Le LCSH traite en moyenne 700 dossiers par jour.

Le laboratoire exerce une activité polyvalente et réalise des actes dans les familles suivantes :

- Biochimie générale ;
- Sérologies infectieuses et immunologie ;
- Dosage de médicaments et toxicologie ;
- Hématologie ;
- Hémostase ;
- Immuno-hématologie ;
- Microbiologie : bactériologie dont infection ostéoarticulaire, parasitologie et mycologie.

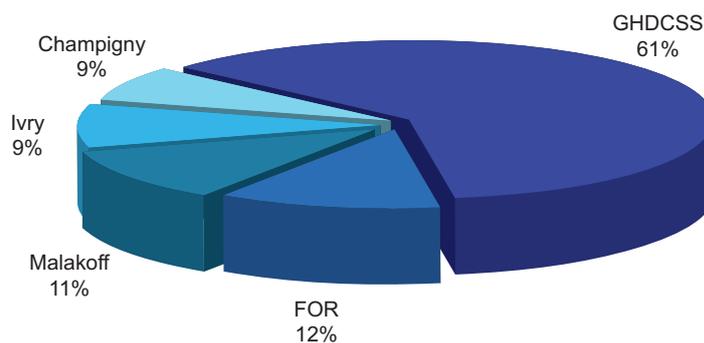
La répartition des B par secteur d'activité du laboratoire est la suivante :

Répartition de l'activité par secteur



La répartition entre les sites du laboratoire est la suivante :

Répartition des B 2015 pas sites



II-9-3 Accréditation du GCS

1) Système de management de la qualité

Conformément à l'ordonnance du 13 janvier 2010, le LCSH est engagé dans la démarche qualité en vue d'obtenir l'accréditation COFRAC selon la norme NF EN ISO 15189 version 2012 dans les délais fixés réglementairement (100% de l'activité en 2020).

À cet effet, il a été mis en place un système de management de la qualité (SMQ), élaboré une cartographie des processus et défini les responsabilités associées.

Les principes fondamentaux de la politique qualité du LCSH pour 2016 s'articulent autour de 3 axes, déclinés en objectifs.

- Prise en compte des besoins des clients ;
 - Maintien de l'offre de proximité des centres ;
 - Optimisation de la gestion des réclamations clients ;
 - Optimisation du délai de rendu des résultats urgents ;
- Garantie de fiabilité des résultats :
 - Formation, habilitation et maintien des compétences du personnel ;
 - Optimisation du suivi des équipements ;
 - Suivi des incertitudes de mesure ;
- Pérennité de la structure :
 - Respect du plan de retour à l'équilibre ;
 - Accréditation de 50% de l'activité du laboratoire ;
 - Evaluation de la satisfaction du personnel ;
 - Maintien de l'activité du laboratoire pendant la phase de déménagement.

Cette politique est déclinée sur un tableau de bord en objectifs mesurables suivis lors des revues de direction.

Elle s'appuie sur la mobilisation et la participation active de l'ensemble du personnel du LCSH qui s'engage à respecter les bonnes pratiques professionnelles et les règles de la norme NF EN ISO 15189.

2) Démarche d'accréditation

Le LCSH a déposé en octobre 2014 un dossier de demande d'accréditation portant sur une série de 14 paramètres de biochimie. Celui-ci a été instruit par le COFRAC et l'audit initial a été effectué en août 2015. L'évaluation a relevé 20 écarts dont 3 critiques. À ce jour, 100% des écarts critiques ont été levés.

Le laboratoire a transmis au COFRAC, en avril 2015, une demande d'extension de sa portée d'accréditation pour les sites Avron et Ivry-sur-Seine. L'échéance de 50% d'examens accrédités a été atteinte à fin octobre 2016.

II-9-4 Organisation du site de la Fondation

La reprise de l'activité courante de biologie médicale de la Fondation s'est effectuée en trois étapes :

- Reprise de l'activité de jour en janvier 2015 ;
- Reprise de l'activité de nuit et urgences vitales (thrombolyse et thrombectomie) en décembre 2015 ;
- Intégration des examens de biologie délocalisée en février 2016.

1) Centre de tri

Le LCSH bénéficie depuis janvier 2015, au sein de la Fondation, d'un centre de tri permettant de centraliser les départs de prélèvements vers le plateau technique à horaires fixes et réguliers.

Un circuit particulier pour les urgences et les urgences vitales a été mis en place afin de garantir une prise en charge optimale et adaptée de ces bilans et un retour de résultats dans les plus brefs délais.

Une coopération rapprochée avec la direction des soins infirmiers de la Fondation permet de maintenir ces circuits en période de permanence des soins et de fermeture du centre de tri.

2) Prise en charge des patients externes

Depuis septembre 2015, le LCSH dispose d'une antenne de prélèvements attenante au centre de tri. Les patients de consultation ou externes sont accueillis du lundi au vendredi de 9h à 18h.

3) Ressources humaines

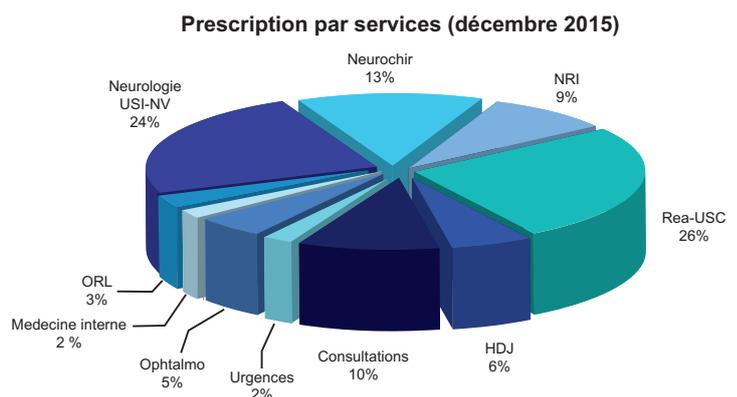
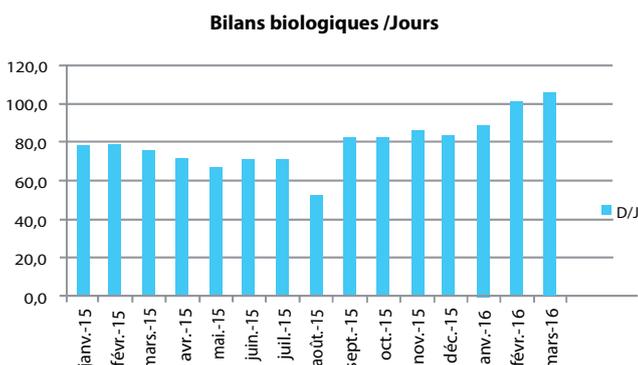
Un biologiste responsable du site et un cadre de santé organisent la mise en place et le suivi des projets.

Le centre de tri et de prélèvement de la Fondation fonctionne avec deux ETP préleveurs (un technicien et une infirmière).

La validation biologique est assurée par les biologistes du plateau technique : microbiologiste et biologiste d'astreinte (en poste de 9h à 20h puis d'astreinte téléphonique).

II-9-5 Activité du site de la Fondation

L'activité de la Fondation représentait en 2015 12% de l'activité du LCSH et 14% au premier trimestre 2016, du fait de la reprise de l'activité de garde et de la biologie délocalisée. Les graphiques ci-dessous illustrent cette activité (D/J) : moyenne de dossiers par jour).



II-9-6 Perspectives d'évolution du LCSH au sein de la Fondation

1) Optimiser le circuit de biologie courante pour les services de soins

- Renforcer l'organisation définie en partenariat entre le LCSH et la DSSI, de la prescription dans le service de soin jusqu'à l'arrivée au plateau technique ;
- Améliorer les délais de rendu de résultats en ciblant prioritairement le délai d'intervention du transporteur vers le plateau technique, la prise en charge au niveau du plateau technique, le retour de résultat en généralisant la dématérialisation ;
- Développer la biologie délocalisée pour les examens urgents si nécessaire et procéder à l'accréditation de cette activité selon la norme 22870 ;
- Généraliser la participation du LCSH aux réunions médicales et pluridisciplinaires : CLIN, staffs médicaux, réunion de cadres, formations pré-analytiques dans les services, réunions transversales, colloques, formation des internes ;
- Pérenniser le reporting médical régulier à la direction générale de la Fondation.

2) Développer l'activité de prélèvements des consultants externes

- Renforcer la communication avec les prescripteurs de l'établissement et de l'extérieur ;
- Optimiser le circuit administratif du LCSH pour les patients se présentant à l'antenne de prélèvements de la Fondation (dématérialisation).

3) Optimiser le circuit des examens de biologie spécialisée

- Promouvoir la juste prescription des examens de biologie spécialisée ;
- Organiser la prise en charge des examens spécialisés en vue d'en améliorer la pertinence.

4) Prendre part à la certification et la démarche qualité de la Fondation

- Suivre les indicateurs définis et faire un suivi des dysfonctionnements ;
- Etablir et transmettre mensuellement des statistiques d'activité ;
- Participer aux groupes de travail sur la certification ;
- Participation à la rédaction de procédures communes LCSH et direction qualité de la Fondation ;
- Mettre en place une commission de biologie élaborée en étroite collaboration avec la direction qualité, la direction des soins et les médecins de la Fondation.

5) Développer de nouveaux partenariats au sein de la Fondation

- Elaborer un tronc commun dans le parcours des internes entre le LCSH (bactériologie) et la Fondation (réanimation notamment) ;
- Proposer des cours de formation pour les internes de la Fondation (antibiotiques, mécanismes de résistance) ;
- Participer à l'élaboration et aux déploiements des projets SIH concernant la biologie ;
- Etre force de propositions dans la mise en place des nouveaux projets de biologie médicale : biologie délocalisée, biologie cellulaire, banque de tissus, greffons, anatomopathologie...

6) Améliorer la communication entre le secteur de microbiologie du LCSH et la Fondation

- Etendre les échanges quotidiens mis en place entre le secteur de microbiologie et la réanimation à d'autres services.

II-9-7 Perspectives d'évolution sur le plan scientifique

- Participer aux projets de recherche clinique portés par l'URC de la Fondation ;
- Proposer des activités innovantes en lien avec le projet médical de la Fondation (nouveaux dosages, nouvelles techniques) ;
- Elaborer des protocoles d'antibiothérapie standardisée selon les pathologies et les recommandations des sociétés savantes ;
- Développer des projets de recherche clinique en microbiologie :
 - Recherche par PCR de Chlamydia trachomatis chez des adultes sexuellement actifs présentant une conjonctivite ;
 - Elaboration d'un algorithme pour le diagnostic étiologique de la conjonctivite chez l'adulte et chez l'enfant ;
 - Utilisation de la PCR S. aureus chez des patients de réanimation ayant une pneumopathie acquise ;
 - Evaluation du rôle de la composition de la flore oropharyngée chez des patients présentant une infection ORL aiguë.



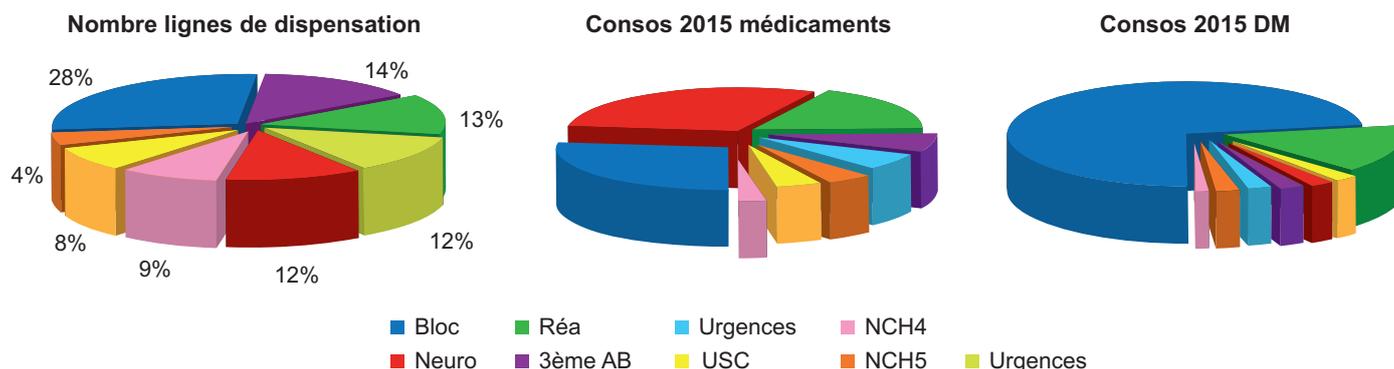
II-10 PHARMACIE À USAGE INTERIEUR



II-10-1 Activités et organisation de la pharmacie à usage intérieur

1) Activités

L'activité de la pharmacie à usage intérieur (PUI) est en lien direct avec les activités médicales et chirurgicales de la Fondation. Les objectifs principaux de la PUI sont de concourir à la qualité, l'efficacité, la sécurité des traitements et des soins, et de développer la sécurisation du circuit des médicaments et des dispositifs médicaux, en lien avec les objectifs du contrat de bon usage (CBU). La PUI fonctionne conformément aux bonnes pratiques de pharmacie hospitalière. Elle assure en premier lieu ses missions obligatoires : gestion des stocks, approvisionnements, marchés, mise à jour du livret thérapeutique, nouveaux référencements, pharmacovigilance et matériovigilance.



Outre les missions propres à la PUI, les principales activités sont axées sur les 3 points suivants.

➤ Sécurisation du circuit du médicament

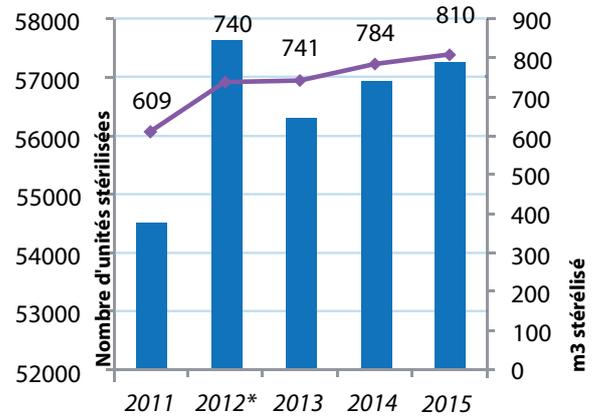
La sécurisation est, entre autres, assurée par :

- le déploiement de l'informatisation de la prescription à la validation d'administration,
- l'analyse pharmaceutique des prescriptions,
- la mise en service d'armoires de stockage informatisées et sécurisées dans les unités d'hospitalisation interfacées avec le logiciel de prescription,
- le suivi des indications de tous les médicaments hors GHS et la validation des indications dites hors groupes.

➤ Gestion des dispositifs médicaux stériles et implantables (DMS - DMI)

La PUI accompagne la mise en place de nouvelles activités et techniques innovantes au sein de la Fondation (plan cataracte, kératocône, greffe de cornée, électrophysiologie rétinienne, dialyse, plasmaphérèse, prise en charge AVC, chirurgie maxillo-faciale...). Les pharmaciens assurent le suivi des essais de nouveaux dispositifs, participent au bon usage des DMS et mettent en œuvre un suivi des indications hors LPP des DMI. La traçabilité de tous les DMI est réalisée afin de répondre aux exigences réglementaires et sanitaires.

Activités stérilisation 2011-2015



*29433 unités réalisées pour le CHNO des Quinze-Vingts pendant leurs travaux

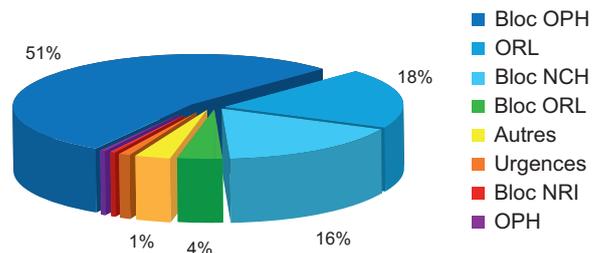
➤ Stérilisation

La stérilisation assure la préparation, le contrôle et la traçabilité des dispositifs médicaux stériles pour garantir la qualité, la sécurité et la continuité de la production au regard des exigences réglementaires. L'activité de la stérilisation est en constante augmentation corrélée à l'activité du bloc (77% des dispositifs stérilisés) et suit l'évolution et la diversification des techniques opératoires.

L'excellente relation entre le bloc et la stérilisation a permis d'améliorer les conditions de travail.

STERILISATION	2013	2014	2015
Nombre de boîtes	21053	22 477	27 973
Nombre de sachets	35299	34 512	29 276
Volume m3	741	784	810
Nombre de nouvelles compositions	23	12	12
Nombre de réparations	1301	1 209	1241
Nombre de dysfonctionnements	198	205	201
Nombre d'ancillaires en prêt	37	66	71

Pourcentage d'unités stérilisées par service



2) Organisation

La PUI est composée de 3 pharmaciens temps-plein :

- Un pharmacien chef de service responsable du secteur médicaments et responsable du système management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse ;
- Un pharmacien adjoint responsable des DMS et de la stérilisation ;
- Un pharmacien temps plein, responsable de l'unité de pharmacotechnie et appui transversal.

Ils encadrent un interne en pharmacie sur le secteur des DMS et de la stérilisation.

3) Collaborations avec les autres services de la Fondation

En tant que fonction support, la PUI collabore de facto avec l'ensemble des services cliniques de l'établissement.

Elle entretient également des relations très poussées avec la direction des soins infirmiers, la direction qualité & gestion des risques et la direction du système d'information.

4) Collaboration avec des établissements extérieurs

La PUI a établi plusieurs conventions avec d'autres hôpitaux. Les plus importantes ont été conclues avec :

- Le CHNO des Quinze-Vingt : fournitures de collyres fortifiés ;
- L'hôpital Saint-Joseph : fournitures de chimiothérapies dans le traitement de la sclérose en plaque et convention de dépannage en urgence des services la nuit et le week-end ;
- L'hôpital Robert-Debré : fournitures de préparations hospitalières ou magistrales pédiatriques.

II-10-2 Perspectives d'évolution de la pharmacie à usage intérieur

1) Mettre en place une unité de pharmacotechnie et de rétrocession

La Fondation a décidé de créer une zone à atmosphère contrôlée dans le cadre de la RTU de l'Avastin dans la DMLA. Ce projet permettra d'englober toutes les préparations magistrales et hospitalières actuellement sous-traitées à d'autres hôpitaux :

- Avastin pour la DMLA,
- Collyres d'antibiotiques fortifiés et de Ciclosporine en vue d'être rétrocedés,
- Endoxan et Novantrone dans la sclérose en plaques,
- Melphalan dans le rétinoblastome,
- 5FU et Mitomycine dans le glaucome.

D'autres préparations pourront également être envisagées telles que la préparation de seringues de Morphine ou de Baclofène pour la prise en charge des douleurs chroniques dans les thérapies intrathécales.

Une demande d'autorisation à l'ARS portera sur les préparations rendues nécessaires pour la recherche biomédicale afin de pouvoir développer ou répondre à des essais cliniques médicamenteux.

2) Répondre à l'augmentation d'activités des services et aménager les infrastructures

Avec l'augmentation de l'activité de la Fondation, les locaux actuels de la PUI ne sont plus en capacité d'absorber le stockage de manière sécurisée. Dans le cadre du projet d'extension du nouveau bâtiment, la mise en place des stockeurs rotatifs ou robots de dispensation pourrait être envisagée afin de rationaliser au mieux les circuits.

Dans un souci d'amélioration du circuit des DMS, d'optimisation de l'espace et de gain économique, une solution de gestion et de stockage des DMS/DMI au sein des services de soins et des blocs pourra être envisagée.

Il est également prévu de renouveler les deux laveur-désinfecteurs d'ici 2018 et au moins un autoclave avant 2022 en stérilisation. Avec l'extension du bloc opératoire, l'achat d'un troisième laveur pourra être discuté.

3) Développer les activités de pharmacie clinique

Analyse et validation pharmaceutique : Suite au déploiement de la prescription informatisée, une politique d'analyse pharmaceutique doit être pérennisée, l'objectif étant une optimisation de l'efficacité et de la sécurité des thérapeutiques ainsi qu'une minimisation des coûts.

Un travail ciblé sur les antibiotiques sera réalisé en lien avec le référent antibiotique et le médecin hygiéniste dans le but de réévaluer toutes les prescriptions d'antibiotiques à dispensation contrôlée et d'améliorer leur bon usage.

Dispensation nominative : Le rapport d'étape du CBU a intégré un critère sur la dispensation nominative incitant les établissements à la mettre en place dans le but de sécuriser mais aussi d'optimiser les coûts de stockage de médicaments et de recentrer les tâches des IDE et des préparateurs. Une réflexion sur la mise en place de cette dispensation nominative va être conduite : enjeux, moyens humains et matériels, services cibles.

Conciliation médicamenteuse : La conciliation des traitements médicamenteux est un processus interactif et pluri-professionnel qui garantit la continuité des soins en intégrant à une nouvelle prescription les traitements en cours du patient. Cette démarche permet d'intercepter les erreurs médicamenteuses dues au défaut d'information entre l'exercice libéral et l'exercice hospitalier et elle permet de sécuriser la prise en charge médicamenteuse tout au long du parcours de soins du patient. La PUI répondra à l'appel à projet de la DGOS sur ce thème.

Education thérapeutique : Le projet consiste à développer un programme d'éducation thérapeutique sur certains traitements médicamenteux à risque.

4) Renforcer les démarches qualité

Médicaments et DM

Le projet consiste à poursuivre les démarches engagées avec la direction qualité & gestion des risques : cartographies des risques, REMED, analyse des événements indésirables, participations aux EPP et à la démarche du patient traceur.

Stérilisation

Dans le but d'une amélioration continue du service rendu, la stérilisation s'engage dans une démarche volontaire de certification ISO 9001, norme technique sur les systèmes de management de la qualité et sur la validation du process. Ce label est délivré par un organisme certifié extérieur.

5) Poursuivre la maîtrise des dépenses médicales

La PUI poursuivra sa démarche d'efficacité par une politique d'achat optimisée grâce au suivi des dépenses médicales, aux études médico-économiques et au plan d'action d'achats (RESAH – ARS), tout en laissant la place aux innovations thérapeutiques. La participation à l'étude nationale des coûts menée par l'ATIH permettra à l'établissement de se situer par rapport aux référentiels nationaux.

6) Poursuivre la participation aux missions transversales

Les équipes de la PUI poursuivront leur engagement transversal : COMEDIMS, CLUD, CLIN, CLAN, COPS, COQ, EPP, REMED...

II-10-3 Recherche et enseignement de la pharmacie à usage intérieur

Recherches et publications

La PUI travaille avec l'unité de recherche clinique en accompagnant la réalisation de projets tels que l'évaluation de l'intérêt d'un nouveau DMS ne disposant pas encore du marquage CE ou l'évaluation de médicaments dans des essais de phase II et III. Un ETP partagé PUI/URC coordonne la gestion et le suivi de 30 essais cliniques industriels mais aussi à promotion Fondation. Ainsi, depuis fin 2013, plus de 600 dispensations de médicaments et de DMS/DMI ont été effectuées pour des patients inclus.

Au vu de la configuration actuelle de la pharmacie, les travaux et projets réalisés ces dernières années n'ont pas pu être valorisés. Cependant, il est prévu de développer des études médico-économiques en lien avec le centre d'étude et d'innovation en santé de la Fondation.

Enseignement et activités extra-hospitalières

Le pharmacien du secteur DM/Stérilisation encadre l'interne de ce poste et une demande pour un second agrément sur le secteur médicament est en cours.

Des cours par les pharmaciens sont donnés :

- À la Fondation : formation DPC sur les erreurs médicamenteuses ;
- En dehors : centre de formation des préparateurs en pharmacie hospitalière.

La pharmacie accueille régulièrement des étudiants préparateurs, ASH et puériculteurs en stérilisation.

De plus, les pharmaciens sont très largement impliqués dans l'APHIF (association des pharmaciens hospitaliers d'Ile-de-France) : comité scientifique, conseil d'administration, organisation de congrès annuels.

II-11 ORGANISATION DE LA RECHERCHE CLINIQUE

II-11-1 Organisation du dispositif de soutien à la recherche clinique

La Fondation dispose d'un dispositif de soutien à la recherche clinique, structuré autour de son unité de recherche clinique (URC) désormais reconnue délégation à la recherche et à l'innovation (DRCI), sa responsable ayant rang de chef de service. Cette structure assure l'accompagnement des projets, de leur conception jusqu'à la publication. Ce dispositif, dont le principe est d'offrir un guichet unique pour les investigateurs, s'articule autour de plusieurs pôles :

1) Pôle conception, méthodologie et bio-statistiques

Deux médecins de recherche clinique (1,5 ETP) assurent cette activité. Ils proposent des consultations de méthodologie lors de la conception de projets prospectifs ou de la valorisation des bases de données (cohortes de patients). Ils participent à la rédaction des projets en vue de leur instruction réglementaire ou de la soumission aux appels d'offres (recherche de financements). La conception des projets de recherche en ophtalmologie est assurée en lien étroit entre les méthodologistes et l'un des coordonnateurs de recherche clinique, qui est orthoptiste. L'analyse statistique de ces projets est réalisée directement par l'URC ou par des structures partenaires. Environ 150 projets (3 par mois en moyenne) ont ainsi été pris en charge par l'équipe depuis la création de la structure. Depuis 2012, une politique de soumission systématique de projets aux appels d'offres DGOS a permis la reconnaissance de l'URC de la Fondation par ses pairs (URC de l'APHP et autres DRCI d'Ile de France) et le financement de 8 projets de recherche (2 par an). Le recrutement d'un troisième médecin est prévu en 2016 pour renforcer ce pôle.

2) Pôle promotion (instruction réglementaire, vigilance, monitoring)

Complémentaire du précédent, ce pôle représente la Fondation dans la promotion des projets de recherche. Selon la loi, le promoteur prend la responsabilité de mettre en place, de gérer et de financer un essai clinique. Afin d'assurer ces missions, le pôle promotion détermine les démarches réglementaires à accomplir selon le type de projet et, le cas échéant, prend une assurance. Il est garant de la sécurité des personnes participant à la recherche et de la qualité de l'essai.

Depuis 2012, la Fondation a assuré la promotion de 108 projets, dont 68 sont en cours. En lien avec les médecins du pôle conception, 3 coordinateurs de recherche clinique et 1 assistant administratif réalisent l'ensemble des démarches en vue de l'obtention des autorisations et avis favorables des instances réglementaires pour la réalisation des projets. Un 4^{ème} coordinateur, recruté en 2016, va renforcer et structurer l'activité de contrôle de la qualité des essais (activité de monitoring), avec la constitution d'une équipe de 5 assistants de recherche clinique dédiée à cette activité.

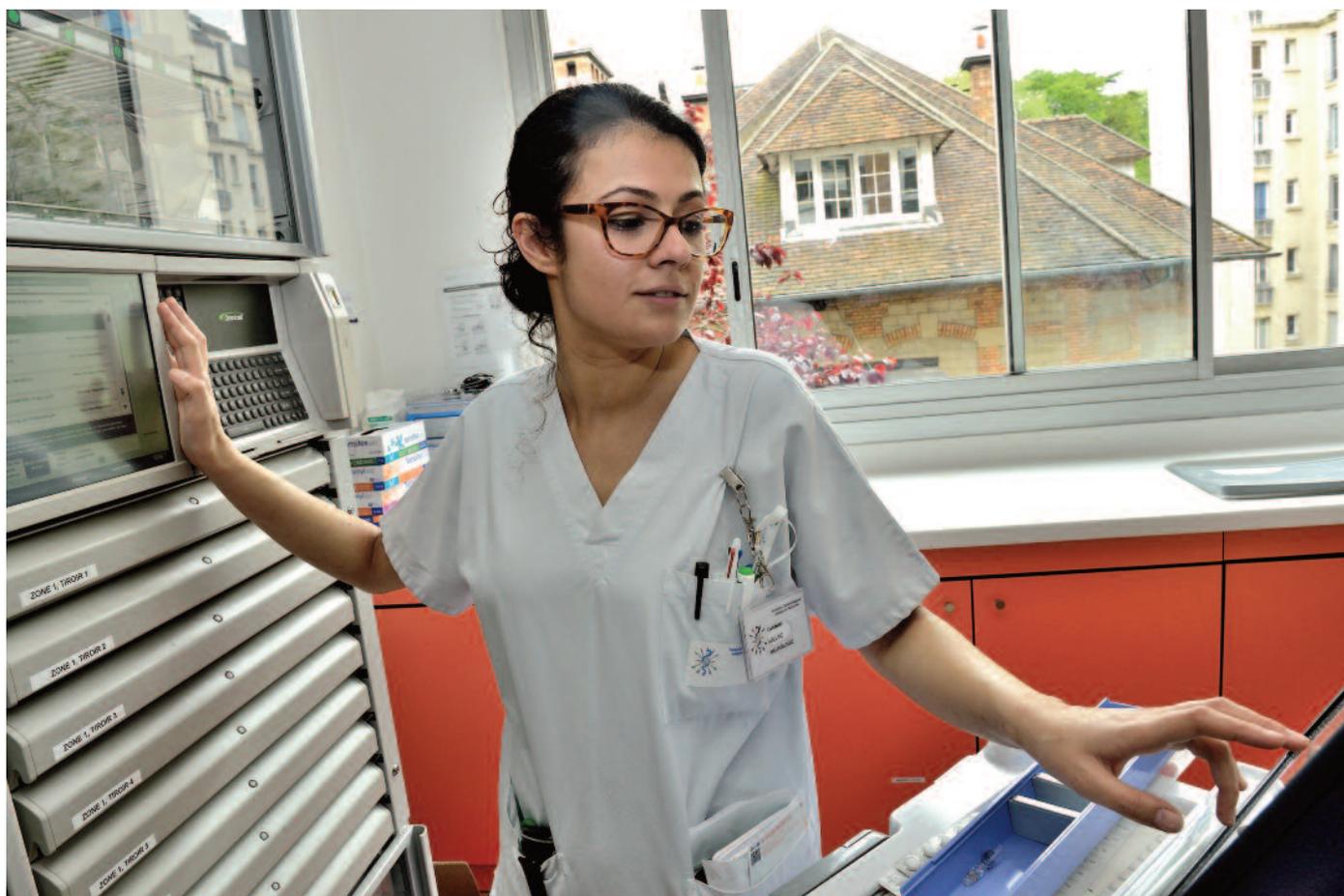
La complexité croissante des essais promus par la Fondation a conduit à développer une activité de matério/pharmacovigilance des essais cliniques, avec le recrutement de médecins spécialisés. Cette activité, menée en collaboration avec la pharmacie, va se structurer en 2016, avec 1 médecin à 80%.

3) Pôle investigation

7 techniciens de recherche clinique (dont une infirmière), assistés d'un préparateur en pharmacie dédié à l'activité de recherche clinique et 1 orthoptiste prennent en charge les patients inclus dans des projets de recherche. En 2014, 1528 patients ont été inclus dans des études promues par la Fondation, soit en moyenne 30 nouveaux patients par semaine. S'y ajoutent la prise en charge des patients des 70 essais à promotion industrielle et des 38 essais à promotion académique réalisés à la Fondation depuis 2012, la plupart avec le soutien des équipes du pôle investigation.

Les 3 coordonnateurs de recherche clinique assurent l'encadrement de ces équipes et le suivi budgétaire des projets (évaluation du coût des essais et gestion financière, avec le soutien de l'assistant administratif), en lien avec la direction des ressources humaines et la direction des finances.

En 2014, une plateforme dédiée à l'investigation en ophtalmologie a été créée. Antenne du Centre d'Investigation Clinique du CHNO des Quinze-Vingts, elle permet la prise en charge des patients inclus dans des projets de recherche d'ophtalmologie. Le coordonnateur de recherche clinique responsable de cette structure est orthoptiste. Son équipe est constituée d'une infirmière technicienne de recherche clinique dédiée aux 12 études à promotion extérieure (industrielle ou académique) actuellement en cours, et d'un orthoptiste temps plein. Selon l'activité, les équipes d'investigation interviennent pour la prise en charge des patients des 17 études promues par la Fondation qui sont actuellement en cours au CIC. La présence quotidienne d'un médecin est assurée par les services



d'ophtalmologie. En 2015, 60 patients en moyenne ont été pris en charge chaque mois au CIC, avec 180 actes réalisés.

4) Aspects budgétaires

Cette activité croissante (nombre de patients inclus et d'essais promus par la structure) a permis à la Fondation de bénéficier d'un financement DGOS au titre des délégations de la recherche clinique et de l'innovation, comme 6 autres établissements de santé d'Ile-de France. Ce financement permettra la consolidation de la structure, en relais du financement octroyé par les Fondations Rothschild pour la création de l'URC.

Outre ce financement structurel, destiné en grande partie aux pôles méthodologie et promotion, les investigateurs de tous les services de la Fondation s'attachent à chercher des financements pour leurs projets (financements DGOS, bourses de recherche, financements par l'industrie, des sociétés savantes ou des Fondations pour la recherche). Le financement obtenu au titre du Centre de Recherche Clinique CRC3F (FEHAP Foch Francilien), versé jusqu'en 2016, a permis le financement de plusieurs postes de techniciens de recherche clinique. Le financement des projets via les MERRI reste le dernier recours.

Le suivi budgétaire des projets est assuré par l'URC, en lien avec la direction des finances. Un compte recherche est attribué à chaque service afin de viser à l'équilibre budgétaire de leur activité de recherche. Actuellement, en dépit des gros investissements liés en 2014 à la création du CIC (soutenue par le legs d'un patient) et à la structuration du monitoring et de la pharmacovigilance en 2015-2016, l'activité de recherche clinique est bénéficiaire.

II-11-2 Perspectives d'évolution

L'activité de recherche clinique de la Fondation s'est structurée quantitativement et qualitativement au cours des 4 dernières années. Le nombre considérable de projets mis en œuvre pendant cette période reflète l'ambition et le dynamisme de l'ensemble des services de la Fondation. La structuration progressive des divers pôles et la croissance des équipes de recherche répondent aux exigences des investigateurs, dont les demandes croissent chaque année en nombre et en complexité.

Compte-tenu de la montée en charge rapide de ce dispositif de soutien à la recherche, la mise en place d'une démarche qualité formalisée s'impose. Un responsable qualité a été recruté pour l'année 2016, avec la mission de mettre en place un système qualité.

Le développement de partenariat avec d'autres structures sera consolidé ces prochaines années. Outre les liens forts avec Foch, du fait d'une activité de recherche commune structurée autour de la NRI et du CRC commun des deux établissements, d'autres partenariats se développent. La Fondation propose de se porter promoteur et d'apporter un soutien méthodologique à d'autres structures. L'accueil d'élèves IADE de la Pitié Salpêtrière pourrait aussi mener à des collaborations de recherche en soins infirmiers.

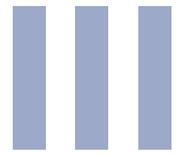
De manière articulée avec le déploiement des modules de spécialité du dossier patient informatisé (DPI), un accompagnement méthodologique sera apporté pour bien identifier les informations aujourd'hui recueillies dans Filemaker mais relevant du DPI et mieux structurer et valoriser la constitution de bases de données, cohortes et registres, à l'appui de solutions informatiques performantes éventuellement articulées avec les collections d'échantillons stockés dans une biobanque, une tumorothèque ou un centre de ressources biologiques et la base de données maladies rares BAMARA.

Une convention de recherche tripartite lie la Fondation au GH Diaconesses – Croix St Simon et au Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille (GHICL), afin de favoriser la mutualisation de nos activités de recherche. Dans ce cadre, la Fondation prend en charge l'activité de soutien à la recherche clinique du GH Diaconesses – Croix St Simon (promotion de 5 projets de recherche, obtention d'1 PHRC national, mise à disposition de techniciens et assistants de recherche clinique). En 2016, la Fondation a assuré le monitoring de plusieurs essais cliniques du GHICL et harmonisé la démarche qualité des structures de recherche des deux établissements.



CHAPITRE III

LIGNES DIRECTRICES TRANSVERSALES



Le chapitre précédent s'est attaché à décrire avec précision l'offre de soins proposée par les différentes spécialités de la Fondation. Y figurent également les perspectives d'évolution envisagées dans chacun des secteurs pour les prochaines années.

Ces perspectives concernent à la fois :

- Le devenir des activités : consolidation, diminution, évolution des positionnements ;
- L'organisation des « parcours patients » ;
- Le développement de nouvelles techniques ;
- Le développement des activités transversales sur l'ensemble de l'établissement.

Ce travail d'analyse et de réflexion mené en lien avec la direction générale par les chefs de service, leurs adjoints et les responsables d'unité a fait l'objet :

- de nombreuses réunions au sein des spécialités et entre spécialités ;
- de partages, d'échanges et de validation en réunion plénière de CME.

Il a permis de clarifier et / ou d'identifier les principaux enjeux transversaux pour les cinq ans à venir, résumés en 12 objectifs structurés en 4 axes :

- **Un positionnement d'excellence...**
 - Maintenir et amplifier le positionnement hyperspécialisé « tête & cou »
 - Développer recherche clinique & innovations
 - Renforcer l'ancrage hospitalo-universitaire
- **... bien structuré sur le plan territorial ...**
 - Consolider la place de la Fondation dans le dispositif régional de permanence des soins
 - Poursuivre le développement des partenariats inter-hospitaliers et du maillage territorial
- **... garantissant à tout patient une prise en charge optimale ...**
 - Renforcer la transversalité des prises en charge
 - Développer les activités de pédiatrie
 - Améliorer les parcours de soins des personnes fragilisées par le handicap ou l'âge
 - Consolider les activités de cancérologie chirurgicale
 - Réduire les durées de séjour en optimisant les parcours péri-opératoires
 - Mobiliser les dispositifs numériques innovants au bénéfice des parcours de soins
- **... et permettant une reconnaissance de niveau international**
 - Engager la Fondation à l'international

III-1 MAINTENIR ET AMPLIFIER LE POSITIONNEMENT HYPERSPÉCIALISÉ DANS LE PÉRIMÈTRE « TÊTE ET COU »

Le positionnement sur les activités hyperspécialisées du domaine « tête et cou » a permis à la Fondation, depuis de nombreuses années, de garantir sa place dans le paysage hospitalier régional et national et de se construire une notoriété propre, d'envergure internationale, aux côtés du CHU et des autres grosses structures hospitalières franciliennes.

Ces activités dont l'offre sur Paris et l'Île-de-France est limitée, sont à l'origine ou complètent des parcours de soins bien spécifiques et souvent très pointus qui permettent à la Fondation de s'inscrire dans un maillage partenarial qui la protège et la renforce.

Compte tenu du succès de ce positionnement, il ne peut être envisagé que de le maintenir et de l'amplifier, en recherchant, toutes les fois où cela est possible, à élargir aux dispositifs spécifiques de labellisation de type centre de référence et de recours.

Cet objectif de labellisation sera particulièrement recherché dans les domaines d'expertise hautement spécialisés suivants :

- Thrombolyse mécanique des AVC et malformations artérioveineuses en NRI ;
- Prise en charge des maladies rares ophtalmologiques (Leber, Basdow, Horton, pathologies rétiniennes d'origine génétique), uvéites, chirurgie des cancers rares de l'orbite (lymphomes oculaires) ;
- Chirurgie de l'oreille et activité d'injection de toxine botulique pour les troubles de la spasticité ORL ;
- Prise en charge médico-chirurgicale des atteintes rachidiennes complexes ;
- Neurochirurgie de l'épilepsie pharmacorésistante, neurochirurgie des dystonies de l'enfant, prise en charge des maladies rares endocriniennes de l'enfant (anomalies de l'hypophyse) ;
- Prise en charge globale et au long cours de la maladie de Parkinson (y compris en neurochirurgie fonctionnelle), de la sclérose en plaque, des manifestations neurologiques de pathologies infectieuses, des troubles neuro-visuels (en particulier chez les enfants autistes).

Dans l'ensemble de ces domaines d'excellence, les équipes de la Fondation répondent en effet pleinement aux attendus fixés aux centres de référence labellisés en conduisant des travaux de recherche de haut niveau et en s'attachant à diffuser et transmettre leurs connaissances non seulement aux établissements et professionnels de santé correspondants mais également aux associations de malades concernées.

Au-delà de cet objectif de labellisation de type « centre de référence et de recours », cette stratégie de positionnement hyperspécialisé se déclinera sur les principaux axes suivants.

III-1-1 Activités ophtalmologiques spécialisées

- Segment antérieur : le premier axe concerne les greffes de cornée pour lesquelles la Fondation visera le développement de technologies innovantes (DMEK), une augmentation des volumes d'activité tout en réduisant les durées de séjour voire en expérimentant la greffe en ambulatoire ; le second concerne la chirurgie réfractive, avec un investissement dans les techniques permettant la correction de la presbytie.
- Rétine : les développements envisagés concernent à la fois l'axe médical, autour des dégénérescences maculaires et des rétinopathies diabétiques, que l'axe chirurgical et les rétines artificielles.
- Neuro-ophtalmologie : cette offre, qui s'adresse souvent à des patients complexes nécessitant une approche pluridisciplinaire offerte à la Fondation, devra poursuivre son développement, en relais avec les activités de génétique et d'électrophysiologie.
- Inflammation oculaire : le renforcement de la médecine interne du fait de son adossement au service du GH Diaconesses – Croix St Simon devrait permettre un développement significatif de ces activités (uvéites, sclérite, papillite).
- Chirurgie orbito-palpébrale et des voies lacrymales : cette activité très spécifique développée dans peu de centres devra être renforcée, dans une logique de prise en charge pluridisciplinaire avec les services d'ORL, de médecine interne et d'imagerie.
- Ophtalmologie pédiatrique : cette surspécialité qui concerne tant les pathologies de la rétine que les cataractes, les glaucomes, les strabismes ou les cornées présente des opportunités significatives de développement.

III-1-2 Pathologies vasculaires cérébrales

Le traitement des anévrismes et malformations vasculaires, qui représente une des spécificités du service de NRI de l'établissement, devra être poursuivi et renforcé, avec l'idée que la Fondation s'impose comme un centre de référence, de recherche, d'innovation et d'enseignement dans ce domaine, dans une logique transversale entre neuroradiologie interventionnelle et neurologie (UNV) et d'optimisation des parcours de soins avec les partenaires adresseurs et aval.

La NRI pédiatrique, qui correspond à une activité extrêmement surspécialisée, représentera elle aussi un axe de développement fort dans le domaine des pathologies vasculaires cérébrales, l'objectif étant de consolider la place de la Fondation en tant que premier centre francilien, avec reconnaissance officielle de l'autorisation d'activité au-delà de la condition limitative actuelle de recherche clinique. Ce positionnement pourra notamment s'articuler avec l'hôpital Robert-Debré pour la prise en charge des AVC de l'enfant.

III-1-3 Epilepsie, mouvements anormaux et Parkinson

La prise en charge médico-chirurgicale des épilepsies résistantes de l'enfant constitue un domaine d'expertise hyperspécialisée de la Fondation, avec un niveau de reconnaissance international. Ce segment d'activité devra poursuivre son développement ainsi que les programmes de recherche qui en dépendent, dans le cadre d'une coopération renforcée avec Necker et Robert-Debré.

Dans la droite ligne des activités existantes pour le traitement des épilepsies et des douleurs résistantes, la Fondation développera son positionnement dans le domaine de la neurochirurgie fonctionnelle, tant adultes qu'enfants : Parkinson, dystonies, mouvements anormaux, nouvelles indications à envisager en matière d'interfaces cerveau – machine.

III-1-4 Pathologies de la base du crâne

Ces chirurgies de type méningiomes, adénomes de l'hypophyse, chirurgie du canal optique, chirurgie de l'oreille moyenne, etc, représentent une véritable spécificité de la Fondation, à préserver et renforcer, d'autant plus qu'elles s'inscrivent dans une logique transversale au sein de l'établissement (neurochirurgie, ORL, neuro-ophtalmologie, imagerie spécialisée, réanimation).

III-1-5 Pathologies inflammatoires et infectieuses du système nerveux

Le positionnement spécifique du service de neurologie de l'établissement sur ces pathologies et tout particulièrement sur les scléroses en plaques se poursuivra, avec le développement de nouveaux traitements médicamenteux et de nouveaux protocoles de prise en charge ambulatoire.

Plus largement, toutes les interfaces existantes entre les équipes de neurologie et d'ophtalmologie devront être amplifiées et développées afin de renforcer le positionnement de la Fondation et de développer protocoles de recherche et thérapeutiques innovantes dans les pathologies frontières (uvéïtes...).

La prise en charge des manifestations neurologiques de ces pathologies infectieuses (ex : HIV) nécessitera par ailleurs le développement de qualifications spécifiques en neuroréanimation.

III-1-6 Pathologies neurocognitives adultes et enfants

L'activité de consultation mémoire de la Fondation sera consolidée dans le cadre du partenariat avec le GH Diaconesses – Croix St Simon, avec la mise en place de bilans neurosensoriels du sujet âgé.

L'unité vision cognition développera quant à elle une offre de service innovante (kits numériques d'évaluation, téléexpertise, e-learning) articulée avec la réalisation de bilans cliniques pour le compte d'enfants présentant des troubles neuro-cognitifs adressés par des structures médico-sociales avec lesquelles des conventions de partenariat auront été signées.

III-2 DEVELOPPER LA RECHERCHE CLINIQUE ET LES INNOVATIONS

La dynamique enclenchée dans ce domaine au cours du précédent plan stratégique 2011-2016 devra être consolidée et amplifiée autour des axes suivants :

- Transformation de l'unité de recherche clinique (URC) en délégation de recherche clinique et d'innovation (DRCI), compte tenu de la hausse de l'activité de recherche clinique, dans une logique partenariale avec d'autres ESPIC ;
- Renforcement du périmètre et des moyens du centre d'investigation clinique (CIC), en lien avec l'Institut de la Vision des Quinze-Vingt ;
- Renforcement de l'engagement des équipes de la Fondation dans les champs les plus prometteurs de la recherche et de l'innovation : génétique, robotique chirurgicale, interfaces cerveau-machine...
- Ouverture à l'international, par le développement des études multicentriques internationales, les partenariats de recherche avec des hôpitaux universitaires étrangers ou encore la participation à des appels d'offres européens ;
- Développement d'activités de simulation, en lien avec les centres en cours de constitution de l'université Paris 7 et de l'Institut Foch ;
- Poursuite des projets d'innovation organisationnelle : télémédecine, objets connectés, équipe mobile d'anesthésie...
- Montée en charge du centre d'études et d'innovations en santé (CEIS) pour accompagner les professionnels de santé (industriels, hôpitaux, financeurs...) dans la mise en place d'études médico-économiques, d'expertises et de formation autour des innovations.

III-3 RENFORCER L'ANCRAGE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Le positionnement d'hyperspécialités et l'engagement en matière de recherche clinique et d'innovation précédemment décrits contribuent nécessairement à faire de la Fondation un centre d'expertise et de référence pour l'enseignement et la formation.

Il est ainsi logique de viser le renforcement de l'ancrage hospitalo-universitaire de la Fondation, selon les principaux axes suivants :

- Poursuite de l'augmentation du nombre d'internes et d'étudiants hospitaliers accueillis dans les différents services et unités de la Fondation ;
- Développement d'une offre de formation continue (DPC) à destination de bénéficiaires extérieurs ;
- Augmentation du nombre d'équipes et de praticiens hospitalo-universitaires accueillis à la Fondation ;
- Mise en place de partenariats hospitalo-universitaires internationaux : échanges de praticiens en formation, visiting professors, chaires...



III-4 CONSOLIDER LA PLACE DE LA FONDATION DANS LES DISPOSITIFS REGIONAUX DE PERMANENCE DES SOINS

La logique de centre de référence et de recours implique aussi un positionnement fort dans les dispositifs régionaux de permanence des soins.

Les avancées importantes réalisées par la Fondation dans ce domaine au cours du précédent plan stratégique devront ainsi être consolidées et renforcées dans les années à venir, avec les objectifs suivants :

- Une amélioration des capacités d'accueil des urgences ophtalmologiques ;
- La labellisation de l'UNV de l'établissement en tant qu'UNV de recours ;
- Un rôle moteur dans le dispositif régional de permanence des soins thrombectomies mécaniques ;
- L'intégration de la Fondation parmi les sites de recours du dispositif régional de permanence des soins neurochirurgie – NRI – neuroréanimation ;
- La structuration d'une offre d'urgences neurologiques au-delà des seules pathologies neurovasculaires (myélites, encéphalites, Guillain-Barré, myasthénies...);
- La reconnaissance de la Fondation dans le dispositif régional à venir de permanence des soins en imagerie médicale.

III-5 POURSUIVRE LE DEVELOPPEMENT DES PARTENARIATS INTER-HOSPITALIERS ET DU MAILLAGE TERRITORIAL

La stratégie, le positionnement et le profil d'activité de la Fondation s'inscrivent dans une logique partenariale forte.

Même si les partenariats inter-hospitaliers ont été considérablement structurés, renforcés et consolidés au cours des 5 dernières années, d'importantes actions doivent encore être menées, avec les objectifs principaux suivants :

- Association aux deux groupements hospitaliers de territoires (GHT) réunissant les établissements publics de santé du nord-est parisien (GHT 93-95 CH de St Denis et de Gonesse, GHT 93 Est CH d'Aulnay, Montfermeil et Montreuil) ;
- Renforcement du partenariat avec le GH Diaconesses – Croix St Simon, s'agissant tant des disciplines médicales (médecine interne, neurologie, gériatrie, anesthésie...) que les fonctions support (recherche clinique, système d'information, gestion...);
- Renforcement du partenariat avec le CHNO des Quinze-Vingt dans les domaines de la recherche et des innovations, dans une logique de pôle d'excellence de niveau européen en ophtalmologie ;
- Consolidation et développement des partenariats d'adressage de référence et de recours sur les différentes spécialités de la Fondation ;
- Développement des partenariats avec les structures d'aval SSR et gériatrique ;
- Structuration de l'offre de soin, de recherche et d'enseignement en ophtalmologie et neurosciences avec les établissements concernés de l'AP-HP : Robert-Debré, Necker, Trousseau, Saint-Antoine, Bichat, Saint-Louis, Lariboisière, projet Hôpital Nord.

Parallèlement, afin de répondre aux importants besoins de santé publique en secteur 1 dans le champ « tête et cou » et de consolider son recrutement, la Fondation a vocation à créer différents centres externes et antennes dans Paris, soit en propre, à l'image du centre de santé Edmond de Rothschild, soit en partenariat avec d'autres structures (création de « corners Fondation » au sein d'autres structures de santé), en ophtalmologie, en neurologie ou encore en imagerie. Dans ce cadre, les opportunités que devraient offrir dans le futur les dispositifs de coopération entre professionnels de santé couplés à la télémédecine (e-consultations) devront être étudiées avec attention, dès lors que les avancées nécessaires auront eu lieu en matière de facturation.

III-6 RENFORCER LA TRANSVERSALITE DES PRISES EN CHARGE

Une des principales forces de la Fondation réside dans la cohérence de l'articulation entre ses différentes disciplines « tête et cou ». Ces articulations doivent pouvoir être encore renforcées, tant pour optimiser les parcours patients que pour potentialiser la recherche et les innovations. Citons en particulier les principaux exemples suivants :

- La montée en charge des filières en ophtalmologie ;
- La création d'une structure d'hôpital de jour « interspécialités » ;
- Le développement d'un circuit de prise en charge des pathologies médico-chirurgicales du rachis ;
- Le développement des synergies entre neurologues et NRIstes dans le champ neurovasculaire, tant en clinique qu'en enseignement et en recherche ;
- Le développement des prises en charge conjointes neurochirurgie – NRI, notamment au moyen d'une salle de bloc opératoire « hybride » ;
- La structuration de filières dédiées aux patients diabétiques.

III-7 DEVELOPPER LES ACTIVITÉS DE PEDIATRIE

La Fondation est d'ores et déjà investie dans de nombreuses activités pédiatriques : ophtalmologie, neurochirurgie, endocrinologie, retards psychomoteurs, ORL, NRI. Dans la droite ligne du positionnement stratégique de l'établissement sur les niches hyperspécialisées du domaine tête et cou, ces activités pédiatriques sont des activités de recours et de référence, exercées dans le cadre de partenariats inter-hospitaliers établis avec Robert-Debré, Necker et Armand-Trousseau, ainsi qu'avec différents hôpitaux généraux d'Ile-de-France, comme les centres hospitaliers d'Orsay, du Vésinet ou de Cergy-Pontoise.

C'est donc dans cette logique de réseau et de centre de référence que les activités pédiatriques s'inscrivent et doivent continuer de se développer, dans une dynamique d'innovation et d'amélioration du parcours patient, à l'image du dispositif de dépistage par télé-expertise des rétinopathies des prématurés, déployé dans un premier temps avec le CH Sud-Francilien puis étendu aux hôpitaux Robert-Debré, Louis-Mourier et Saint-Joseph.

Cette stratégie doit aussi faire la part belle à la recherche, à l'enseignement et aux innovations, en lien avec les structures les plus en pointe dans les différents champs d'intervention de la Fondation. Citons ainsi par exemple les activités de recherche et d'enseignement en neuropsychologie de l'enfant avec l'Université Paris 5, les protocoles de recherche clinique sur les rétinoblastomes avec l'Institut Curie ou encore le démarrage de la chirurgie des dystonies de l'enfant avec le CHU de Montpellier.

Impossible enfin de développer une activité hospitalière pédiatrique sans travailler étroitement avec les associations. La Fondation s'appuie ainsi sur des partenaires associatifs nombreux et solides : Main dans la main, Les blouses roses, De par le monde, AFG autisme ou encore l'association Robert-Debré, pour la Régate des oursins.

La poursuite et l'amplification de cette stratégie sont un axe majeur de la stratégie de la Fondation pour les 5 années à venir. Des moyens importants y seront consacrés.

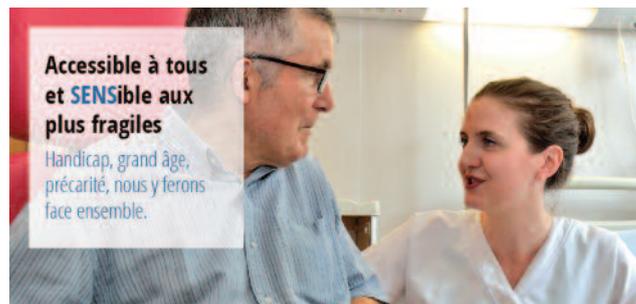
Les principales actions nouvelles envisagées sont les suivantes :

- Ouverture d'une aile d'hospitalisation dédiée à la pédiatrie en septembre 2016 ;
- Consolidation des liens avec Robert-Debré sur l'ensemble des pathologies traitées à la Fondation ;
- Structuration d'une offre de dépistage et de traitement des déficits cognitifs et neurovisuels (autisme) ;
- Renforcement capacitaire de l'offre d'ophtalmologie pédiatrique et d'ORL pédiatrique ;
- Structuration de l'offre de soins et des projets de recherche et d'enseignement des deux services de neurochirurgie pédiatrique de Necker et de la Fondation ;
- Développement de la prise en charge des mouvements anormaux et de la spasticité par traitement neurochirurgical (stimulation cérébrale profonde -DBS) ;
- Développement d'actions de communication ciblées auprès des partenaires médicaux, adresseurs potentiels et grand public afin de mieux faire connaître cette offre pédiatrique.

III-8 AMELIORER LES PARCOURS DE SOINS DES PERSONNES FRAGILISEES PAR LE HANDICAP OU L'AGE

Les différents services de la Fondation interviennent d'ores et déjà dans le champ du handicap et du grand âge, mais de manière parcellaire et non structurée.

Concernant tout d'abord le handicap, compte tenu des besoins de santé publique très importants dans ce domaine, de l'insuffisance de l'offre existante et de la particularité du positionnement « tête et cou » de l'établissement, il est clair que la Fondation doit renforcer et structurer une offre dédiée dans ce champ.



Ce développement passe par les grands axes suivants :

- Mise en place de circuits de prise en charge et de moyens dédiés ;
- Amélioration de l'accessibilité générale de l'établissement et de ses différentes activités ;
- Développement de partenariats spécifiques avec les structures spécialisées ;
- Approche pluri-disciplinaire et transversale ;
- Développement sur l'ensemble des disciplines, avec un accent privilégié donné à la pédiatrie.

Concernant la prise en charge des personnes âgées, les orientations retenues sont quant à elles les suivantes :

- Contribuer au dépistage précoce des troubles neurosensoriels du sujet âgé, forts facteurs de perte d'autonomie ;
- Traiter ces troubles de la manière la plus appropriée, dans le cadre d'un parcours de soins structuré et bien articulé avec l'ensemble des intervenants ;
- Renforcer le partenariat avec le GH Diaconesses – Croix St Simon concernant les pathologies neuro-gériatriques ;
- Contribuer au dispositif PAERPA des 10, 9 et 19^{èmes} arrondissements ;
- Contribuer à la conception et à l'expérimentation de dispositifs numériques innovants à même d'améliorer la coordination et les conditions de travail des professionnels et, in fine, la qualité de la prise en charge des patients.

III-9 CONSOLIDER LES ACTIVITÉS DE CANCEROLOGIE CHIRURGICALE

La Fondation déploie une activité significative et en hausse dans le domaine de la cancérologie, avec un positionnement clairement identifié sur les traitements chirurgicaux et interventionnels, dans le cadre de parcours de soins pilotés par les établissements spécialisés de la région.

Ce positionnement n'a pas vocation à évoluer au cours des 5 prochaines années, mais simplement à être consolidé et développer, selon les axes suivants :

- Poursuite du renforcement des activités de chirurgie carcinologique ORL ;
- Développement de la neurochirurgie oncologique adultes en lien avec une structure hospitalière spécialisée en neuro-oncologie ;
- Poursuite du développement du traitement des rétinoblastomes par voie endovasculaire par injection de chimiothérapie intra-artérielle dans l'artère ophtalmique, dans le cadre du parcours de soins coordonné par l'Institut Curie et création d'une salle blanche au niveau de la pharmacie pour la préparation des produits d'injection en question ;
- Poursuite du développement des activités de chirurgie carcinologique orbito-palpébrale, avec l'objectif d'une labellisation de type centre de recours (chirurgie des cancers rares de l'orbite) ;
- Développement d'une offre de traitement chirurgical des douleurs résistantes liées aux cancers.

III-10 REDUIRE LES DUREES DE SEJOUR EN OPTIMISANT LES PARCOURS PERI-OPERATOIRES

La Fondation s'est très tôt investie dans le développement des prises en charge ambulatoires et présente de très bons scores dans ce domaine.

Toutefois, des marges d'amélioration existent encore afin de réduire les durées de séjour en optimisant les parcours péri-opératoires, selon les axes suivants :

- Bascule de nouveaux pans d'activité sur l'ambulatoire, dans une logique d'innovation médicale et organisationnelle (ex : greffes de cornée, interventions simples sur le rachis...)
- Développement d'une offre d'hôtellerie hospitalière ;
- Développement des prises en charge en HAD en lien avec la Fondation Œuvre Croix St Simon ;
- Développement de la réhabilitation améliorée après chirurgie ;
- Poursuite et renforcement des programmes d'éducation thérapeutique du patient ;
- Exploitation des potentiels offerts par les objets connectés en santé.

III-11 MOBILISER LES DISPOSITIFS NUMERIQUES INNOVANTS AU BENEFICE DES PARCOURS DE SOINS

Les nouvelles technologies de l'information et de la communication ouvrent d'importantes perspectives à même d'améliorer les parcours de soins. La Fondation doit prendre sa part et même être leader dans cette dynamique qui peut être envisagée selon les principaux axes suivants :

- Contribuer au dépistage des troubles neurosensoriels et neurocognitifs : outils numériques de dépistage, serious games, intégration au dispositif Ophdiat, renforcement du dispositif de télé-dépistage des rétinopathies du prématuré...
- Faciliter la coordination du parcours de soins, de l'amont (pré-admission en ligne) à l'aval (accompagnement du retour à domicile, suivi des constantes par objets connectés, supports numériques d'éducation thérapeutique), en articulant au mieux l'intervention des différents acteurs de santé (dossier partagé) ;
- Optimiser la gestion du temps et de l'expertise médicale dans le cadre de dispositifs de télémédecine.

III-12 ENGAGER LA FONDATION A L'INTERNATIONAL

La Fondation dispose de nombreux atouts pour s'ouvrir à l'international : le caractère très spécifique et très pointu de son positionnement stratégique tête et cou, de l'œil au cerveau, le fait que ses disciplines médicales fassent partie des plus recherchées au niveau mondial, surtout avec les deux valences adulte et pédiatrique, un engagement croissant dans les domaines de la recherche et de l'enseignement, ou encore la qualité reconnue des prises en charge médicales et soignantes.

Renforcer l'engagement de la Fondation à l'international serait porteur de nombreuses retombées positives. La participation à des projets de développement en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins contribuera au rayonnement international de l'établissement et à la diffusion de ses valeurs. L'association à des projets de recherche ou universitaires innovants permettra de valoriser les compétences et les expertises des équipes à l'international. Les files actives pourront s'enrichir de cas cliniques intéressants. Les équipes pourront bénéficier d'une diversification de leurs activités et de leur cadre, ce qui est sans conteste un facteur d'attractivité et de fidélisation. Enfin, toutes ces activités représenteront de nouveaux relais de croissance et de financement, essentiels dans un contexte de contingentement des ressources.

Il est ainsi envisagé de poursuivre et d'amplifier cet engagement à l'international, autour de 3 axes :

- Le développement de partenariats hospitalo-universitaires internationaux :

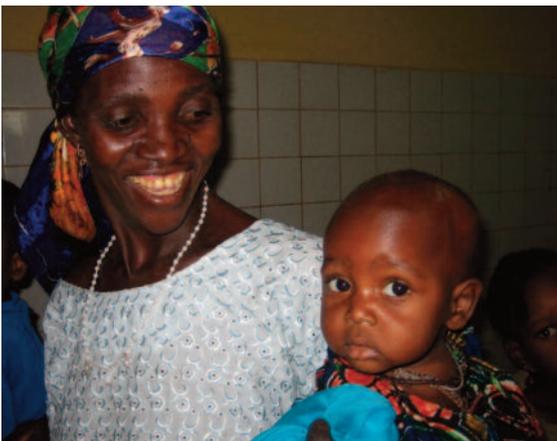
les innovations, la recherche et l'enseignement s'organisent désormais à l'échelon international ; la Fondation doit s'y engager et développer avec des partenaires prestigieux des échanges de praticiens en formation, des programmes d'enseignement et de formation de personnels médicaux et soignants et des coopérations en recherche clinique (protocoles multicentriques, partage de bases de données...);

- L'accueil de patients étrangers payants :

la cible consiste à réaliser au moins 5% du chiffre d'affaires de l'établissement sur cette catégorie de patients, en développant les réseaux d'adressage institutionnel, en élargissant le périmètre des pays partenaires, en structurant les procédures de prise en charge et en offrant un spectre complet de prestations, tout cela dans le strict respect de l'éthique et des valeurs de la Fondation, sans traitement de faveur ni discrimination ni éviction vis-à-vis de la patientèle nationale ;

- Les actions de coopération dans les pays en voie de développement :

l'objectif est d'engager la Fondation et ses salariés dans des actions de coopération en santé publique dans des pays en voie de développement, en privilégiant les actions conjointes avec des structures déjà engagées et reconnues dans ce champ d'action, en structurant tous les programmes en relais avec les opérateurs locaux, dans une logique de transfert de compétence et en privilégiant les modalités d'action innovantes susceptibles de générer des évolutions de schéma de prise en charge.





2

ACTIONS DE COOPERATION

2017-2021

PREAMBULE

L'article D6161-4 du code de la santé publique, qui définit le contenu réglementaire du projet institutionnel d'un établissement de santé privé d'intérêt collectif, dispose que ce dernier doit définir « les actions et les projets de coopération mentionnés au titre III du livre I^{er} de la sixième partie du présent code, les actions et les projets de coopération mentionnés au chapitre II du titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles, ainsi que ceux qu'il réalise avec les professionnels de santé assurant des soins de premier recours ».

L'objet du présent document est de répondre à cette obligation.

La stratégie, le positionnement et le profil d'activité de la Fondation s'inscrivent dans une logique partenariale forte.

La Fondation travaille ainsi quotidiennement avec de nombreux établissements hospitaliers et médico-sociaux publics ou privés en France et à l'étranger, mais aussi avec des universités, des établissements publics scientifiques et techniques, ainsi que des acteurs de soins de premier recours.

Ces partenariats prennent différentes formes, de la plus légère à la plus intégrée : convention, accord cadre de partenariat, fédération inter-hospitalière, groupement de coopération sanitaire, groupement d'intérêt économique.

Même si ces partenariats ont été considérablement structurés, renforcés et consolidés au cours des 5 dernières années, d'importantes actions doivent encore être menées selon les différents axes suivants :

- Renforcer les actions conjointes en matière d'enseignement, de recherche et d'innovation ;
- Consolider le positionnement de recours de la Fondation ;
- Participer à la structuration territoriale de l'offre de soins ;
- Développer une logique d'efficacité des structures par la mutualisation de ressources ;
- Conduire des actions de coopération dans différents pays en voie de développement.



CHAPITRE I

Actions de coopération en matière d'enseignement, de recherche et d'innovation

La Fondation dispose d'une convention d'association hospitalo-universitaire avec le CHU d'Ile-de-France – Université Paris 7 Denis-Diderot pour l'ophtalmologie et le neurovasculaire. Dans ce cadre, elle emploie en temps partagé avec le CHU plusieurs praticiens hospitalo-universitaires (service d'ophtalmologie du Pr Cochereau, unité d'enseignement et de recherche neurovasculaire du Pr Mazighi).

Plusieurs conventions spécifiques ont par ailleurs été conclues avec des structures hospitalo-universitaires françaises :

- Centre Hospitalier National d'Ophtalmologie des Quinze-Vingts, pour des mises à disposition croisées de praticiens et des programmes d'enseignement et de recherche en ophtalmologie, notamment dans le cadre d'un centre d'investigation clinique (CIC) commun ;
- Université Paris 6 Pierre et Marie Curie, pour l'accueil d'étudiants hospitaliers en neurologie ;
- Université Paris 5 René-Descartes, pour des mises à disposition croisées de praticiens et des programmes d'enseignement et de recherche en neuropsychologie ;
- CHU de Reims, pour la mise à disposition d'un praticien hospitalo-universitaire et l'accueil d'internes en ophtalmologie ;
- CHU de Rouen, pour la mise à disposition d'un praticien hospitalo-universitaire et l'accueil d'internes en neuropédiatrie
- CHU de Montpellier, pour la mise à disposition d'un praticien hospitalo-universitaire en neurochirurgie pédiatrique.

La Fondation est par ailleurs partie prenante du DHU « Vision et handicap », rattaché aux universités Paris VI et Paris VII, ayant pour objet de construire un projet d'excellence en matière de soins, de recherche et d'enseignement autour de la prévention et la prise en charge des affections oculaires sources de handicap et celles survenant chez les patients en situation de polyhandicap.

Enfin, la Fondation a signé des conventions avec différentes structures hospitalo-universitaires étrangères, afin de développer des partenariats en matière d'enseignement et de recherche :

- CHU de Los Angeles, en ophtalmologie et neurosciences ;
- Hôpital Jules-Gonin de Lausanne, en ophtalmologie ;
- CHU Hôtel-Dieu de France au Liban, en ophtalmologie ;
- Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique, Bamako, Mali, en ophtalmologie.

Dans ce champ hospitalo-universitaire, la stratégie de la Fondation pour les 5 prochaines années consistera à consolider les coopérations et programmes existants, mais aussi à les amplifier, sur la base des deux objectifs principaux suivants :

En France :

- renforcement des programmes scientifiques avec le CHNO des Quinze-Vingts et l'Institut de la Vision, dans l'idée de parvenir à constituer un pôle d'excellence d'envergure internationale en ophtalmologie ;
- établissement d'une convention avec l'université Paris 5 René-Descartes - Necker visant une meilleure articulation de l'offre de soins et des projets de recherche et d'enseignement des deux services de neurochirurgie pédiatrique ;
- développement d'une offre de e-learning et de simulation en santé en partenariat avec les principaux acteurs hospitalo-universitaires déjà engagés dans cette démarche ;

À l'international :

- établissement de conventions hospitalo-universitaires avec une ou deux nouvelles structures américaines en ophtalmologie et neurosciences.

CHAPITRE II

La Fondation en tant que structure de recours

De par sa spécificité « tête et cou » et la performance de son plateau technique, la Fondation exerce une activité de recours pour de nombreux établissements franciliens.

La stratégie pour les 5 prochaines années consiste à consolider et amplifier ce positionnement, tant dans un cadre urgent que programmé, sur l'ensemble des segments d'activité de l'établissement.

II-1 Recours en ophtalmologie

La Fondation assure un rôle de centre de recours en ophtalmologie pour le compte de nombreux hôpitaux d'Ile-de-France. Citons, en particulier :

- En ophtalmologie pédiatrique : hôpital Robert-Debré, CH Sud-Francilien, GH Saint-Joseph, CH du Raincy-Montfermeil ;
- En neuro-ophtalmologie : CHNO des Quinze-Vingts, clinique Montevideo ;
- En ophtalmologie chirurgicale : clinique Spontini, Institut Arthur-Vernes, GH Diaconesses – Croix St Simon, CHI de Montreuil ;
- Pour les urgences ophtalmologiques : convention cadre avec le CHNO des Quinze-Vingts, hôpital Robert-Debré, hôpital Saint-Camille, services d'accueil des urgences des CH du nord-est francilien.

Pour les 5 prochaines années, la Fondation souhaite consolider et densifier ces coopérations de recours et d'expertise sur les segments les plus spécialisés de l'ophtalmologie, notamment grâce au développement de la télé-médecine, en visant en particulier :

- La poursuite du développement du dispositif régional de dépistage précoce des rétinopathies des prématurés via télé-médecine, avec l'intégration d'autres maternités de niveau 3 ;
- L'intégration de la Fondation dans le dispositif régional de dépistage des rétinopathies diabétiques « OPHDIAT », à la fois s'agissant de la réalisation des examens mais aussi de leur interprétation médicale.

II-2 Recours en neurosciences

La Fondation assure un rôle de centre de recours dans le domaine de la neurologie, de la neurochirurgie et de la neuroradiologie interventionnelle (NRI) pour le compte de nombreux hôpitaux d'Ile-de-France. Citons, en particulier :

- Dans le cadre des dispositifs régionaux de permanence des soins en neurochirurgie – neuroradiologie interventionnelle (dont thrombectomie mécanique) et neuro-réanimation, pour les hôpitaux suivants : Aulnay, Saint-Denis, Gonesse, Portes de l'Oise, Montfermeil, Mantes-la-jolie, Fontainebleau, Villeneuve-St-George, GH Tenon – St Antoine, CH Sud-Francilien, hôpitaux des DOM-TOM ;
- En neurochirurgie et NRI programmées de recours, adultes et enfants, notamment via le déploiement de consultations délocalisées, avec le CH d'Aulnay, le CH de Senlis, l'hôpital Robert-Debré, l'hôpital Trousseau, l'hôpital privé d'Antony, le CH de St-Denis, le CH de Montreuil, le CH d'Orsay, l'hôpital Raymond-Poincaré de Garches, l'hôpital Saint-Camille ou encore l'Institut Curie (pour le traitement endovasculaire des rétinoblastomes) ;
- En neurovision et neurocognition, avec notamment l'ASM 13, l'IPC, le CH de Pontoise ou encore le CH du Vésinet.

Pour les 5 prochaines années, l'objectif consiste là encore à consolider et densifier ces coopérations de recours et d'expertise, en visant en particulier :

- Un recours accru aux possibilités offertes par les nouvelles technologies de l'information et de la communication : partages d'images, télé-médecine, visio-conférences, kits numériques d'évaluation, e-learning, webcongress...
- Une meilleure structuration des partenariats avec les structures médico-sociales susceptibles d'adresser leurs patients pour bilans et traitements cliniques, notamment dans le champ du handicap.

CHAPITRE III

Participation de la Fondation à la structuration territoriale de l'offre de soins

Au-delà de la question de l'adressage de recours (urgent comme programmé), déjà traitée précédemment, la Fondation développe des partenariats dans une logique de complémentarité à même d'offrir aux patients les parcours de soins les plus fluides possibles. Ce sujet prend un relief particulier avec la mise en place progressive des groupements hospitaliers de territoire (GHT) entre les établissements publics de santé de la région.

III-1 Articulation avec les acteurs de soins de premier recours

Ces acteurs sont principalement les praticiens installés en ville et les centres de santé, vis-à-vis desquels la Fondation envisage de poursuivre et d'amplifier ses efforts visant à :

- Mieux identifier et structurer les circuits d'adressage territoriaux, notamment en lien avec les initiatives prises par la mairie du 19^{ème} arrondissement ;
- Améliorer l'accès de ces acteurs de santé aux dossiers hospitaliers de leurs patients (accès aux examens et comptes rendus via internet, envoi des comptes rendus dans les délais légaux) ;
- Augmenter les dispositifs de formation destinés à ces partenaires ;
- Mieux évaluer la satisfaction des adresseurs, par le biais d'enquêtes pertinentes et régulières.

Parallèlement, afin de répondre aux importants besoins de santé publique en secteur 1 dans le champ « tête et cou », la Fondation a vocation à créer différents centres externes et antennes dans Paris, soit en propre, à l'image du centre de santé Edmond de Rothschild, soit en partenariat avec d'autres structures (création de « corners Fondation » au sein d'autres structures de santé), afin d'offrir des soins de premier niveau (dépiage et suivi) en ophtalmologie, en neurologie ou encore en imagerie.

Dans ce cadre, les opportunités que devraient offrir dans le futur les dispositifs de coopération entre professionnels de santé couplés à la télémédecine (e-consultations) devront être étudiées avec attention, dès lors que les avancées nécessaires auront eu lieu en matière de facturation.

Afin que cette démarche n'entre pas en concurrence avec les acteurs déjà en place, la Fondation inscrira ces développements dans une logique partenariale avec les centres de santé des zones ciblées, soit afin d'assurer dans ces centres la gestion des activités « tête et cou » (premiers contacts pris pour l'ophtalmologie avec le centre médical de la CCAS d'EDF rue Richerand et pour la neuroimagerie avec le COSEM), soit afin d'établir des réseaux d'adressage spécifique depuis des centres de santé généralistes n'assurant pas les spécialités « tête et cou ».

La Fondation veillera également à développer son investissement dans les réseaux de santé de son territoire, notamment, s'agissant des personnes âgées dépendantes, dans le cadre du dispositif PAERPA.

Enfin, la Fondation a prévu de renforcer ses liens avec la structure d'HAD de la Fondation Œuvre - Croix St Simon afin d'offrir à ses patients ce type de prestations et garantir ainsi un parcours de soins optimisé.

III-2 Complémentarités avec les autres structures hospitalières de court séjour

Cette stratégie partenariale vise la recherche de complémentarités dans le cas où l'un et l'autre établissement ne disposeraient pas de l'ensemble de l'offre thérapeutique nécessaire à la prise en charge d'un patient tout au long de son parcours de soins.

On peut citer à ce titre les exemples suivants :

- Convention avec l'Institut Curie pour la prise en charge des tumeurs cérébrales pédiatriques (neurochirurgie et neuroradiologie interventionnelle à la Fondation, oncologie ou radiothérapie à Curie, staffs communs) ;
 - Convention avec l'hôpital Robert-Debré pour la prise en charge des urgences neurochirurgicales pédiatriques (neurochirurgie à la Fondation, réanimation pédiatrique à Robert-Debré) ;
 - Convention avec le GH Diaconesses – Croix St Simon et la clinique Hartmann pour la prise en charge oncologique des cancers ORL ;
 - Convention avec la Pitié-Salpêtrière pour les prises en charge oncologiques (appartenance au 3C de la Pitié) ;
 - Groupement de coopération sanitaire francilien de radiochirurgie avec la Pitié-Salpêtrière concernant l'exploitation conjointe d'un Gammaknife.

Ces partenariats devront être consolidés et amplifiés sur les 5 prochaines années, notamment autour des axes suivants :

- Mise en place d'une fédération inter-hospitalière de médecine interne avec le groupe hospitalier Diaconesses – Croix St Simon ;
- Développement des échanges de prestations médicales croisées en neurologie et en gériatrie aiguë avec le groupe hospitalier Diaconesses – Croix St Simon ;
- Structuration des activités cliniques de neurochirurgie pédiatrique avec l'hôpital Necker ;
- Réactivation de la participation de la Fondation au fonctionnement du GCS Gammaknife ;
- Association de la Fondation aux deux groupements hospitaliers de territoires (GHT) réunissant les établissements publics de santé du nord-est parisien (GHT 93-95 CH de St Denis et de Gonesse, GHT 93 Est CH d'Aulnay, Montfermeil et Montreuil).

III-3 Complémentarités avec les structures SSR et médico-sociales

En amont, la Fondation envisage, sur les 5 prochaines années, de structurer une offre de dépistage précoce et de suivi des troubles cognitifs (vision, audition, équilibre, troubles neurologiques) des résidents des structures médico-sociales (personnes âgées, personnes handicapées) du territoire de santé.

En aval, la Fondation, hôpital chirurgical spécialisé, doit rechercher des collaborations avec des structures d'aval adaptées à la spécificité des prises en charge « tête et cou » et à l'extension progressive des indications en ambulatoire. Plusieurs partenariats de ce type sont déjà en place. Citons en particulier :

- Les conventions avec des structures offrant des prises en charge de soins de suite et de réadaptation (SSR) à orientation neurologique : CMPR de Bobigny, Fondation Sainte Marie, Clinique des Buttes Chaumont, Clinique du Canal de L'Ourcq, CRF Paris Nord, Clinique du Parc de Belleville ;
- Les coopérations liées à une logique d'insertion dans un réseau de soins par rapport à des pathologies spécifiques :
 - Convention avec le réseau LCD de Saint Antoine pour la prise en charge de la douleur ;
 - Convention avec le réseau de cancérologie Paris Nord.

CHAPITRE IV

Coopérations favorisant la mutualisation de moyens et l'optimisation de ressources

Afin de favoriser l'efficacité de notre organisation et une meilleure allocation des ressources sur le territoire de santé, la Fondation conduit une politique de coopération volontariste fondée sur la mutualisation de moyens logistiques, humains et médico-techniques présents sur le Nord-Est Parisien.

Cette stratégie de coopération vise l'amélioration des organisations de travail (harmonisation des pratiques, mutualisation d'équipes notamment sur les fonctions support), l'optimisation de l'emploi des ressources médicales ou techniques disponibles (exploitation conjointe de plateaux techniques) et la maîtrise des coûts.

Quelques exemples peuvent être cités à ce titre :

- L'accord cadre de partenariat conclu avec le groupe hospitalier Diaconesses Croix Saint Simon, lequel a déjà permis la mutualisation de moyens sur les fonctions système d'information, appui aux activités de recherche clinique et communication des deux établissements, ainsi que la mise en place de structures de gouvernance conjointes ;
- La participation de la Fondation en tant que membre fondateur du groupement de coopération sanitaire « Laboratoires des centres de santé et hôpitaux d'Ile-de-France » ;
- La participation de la Fondation en tant que membre fondateur du groupement d'intérêt économique « Imagerie des Buttes Chaumont », qui a permis l'acquisition et l'exploitation conjointe d'une IRM 1,5 T avec des acteurs privés de l'arrondissement ;
- La conclusion de différentes conventions de prestations médico-techniques spécialisées : neuro-biopsies avec l'hôpital Lariboisière, autopsies avec l'hôpital Raymond-Poincaré, approvisionnement d'urgence et préparation de chimiothérapies avec le groupe hospitalier Saint-Joseph, examens bactériologiques spécialisés en ophtalmologie avec le CHNO des Quinze-Vingts...

Cette stratégie sera poursuivie et amplifiée sur les 5 prochaines années, tout particulièrement avec le GH Diaconesses – Croix St Simon, mais également avec d'autres établissements de santé privés d'intérêt collectif de la région, par exemple Foch et Saint-Joseph s'agissant de la prise en charge des patients étrangers payants.

CHAPITRE V

Les coopérations de développement international

La Fondation Ophtalmologique Adolphe de Rothschild est membre du réseau philanthropique des Fondations Edmond de Rothschild, qui, à l'échelle internationale, œuvrent pour la promotion de l'éducation, la recherche médicale, les arts et l'entrepreneuriat social.

Dans ce cadre, la Fondation a déjà mis en place différentes actions de coopération internationale portant notamment sur :

- L'envoi de matériel, en lien avec des associations spécialisées dans ce domaine ;
- La réalisation d'interventions chirurgicales : interventions via l'association TEO2004 en neurochirurgie pédiatrique en Afrique subsaharienne ;
- La formation d'équipes médicales et soignantes locales dans le périmètre « tête et cou » : jumelage avec l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique de Bamako.

Pour les 5 prochaines années, la Fondation ambitionne de développer de manière significative ces actions, sur la base des axes directeurs suivants :

- Mise en place d'un coordonnateur médical des actions de coopération et de développement international de la Fondation ;
- Développement d'actions conjointes avec des structures déjà engagées et reconnues dans ce champ d'action ;
- Structuration de tous les programmes en relais avec les opérateurs locaux, dans une logique de transfert de compétence ;
- Recours privilégié aux modalités d'action innovantes susceptibles de générer des évolutions de schéma de prise en charge ;
- Promotion de la mobilisation individuelle des salariés de l'établissement dans ces programmes.

Ces programmes viseront principalement l'Afrique subsaharienne. Au-delà des partenariats déjà en place, ils pourraient concerner :

- La chirurgie reconstructrice, en lien avec les actions de l'association Second Chance ;
- L'ophtalmologie, en lien avec la London School of Hygiene and Tropical Medicine, l'association Vision for a Nation ou encore la Fondation Orange.



3

PROJET DE SOINS

2017 - 2021

SOMMAIRE

INTRODUCTION

Avant-propos	119
--------------------	-----

PARTIE 1

1. Contexte et bilan du projet de soins antérieur	120
1.1 Eléments de contexte extérieur	120
1.2 Fonctionnement de la direction des soins	120
1.3 Bilan du projet de soins antérieur	122
1.4 Management et gestion des ressources humaines	123
1.5 Formation et enseignement	124
2. Méthodologie d'élaboration du projet de soins	125
2.1 Définition des orientations	125
2.2 Validation des axes stratégiques et élaboration de fiches actions	125
2.3 Implication du Groupe Soins Infirmiers et des Représentants des Usagers	125

PARTIE 2

1. Axes stratégiques du projet de soins 2017-2021	126
1.1 Améliorer le parcours de soins en tenant compte des spécificités et des droits du patient	126
1.2 Optimiser l'organisation et la coordination des soins	126
1.3 Soutenir la démarche d'amélioration de la qualité des soins et de la prévention des risques	127
1.4 Travailler sur les métiers soignants sensibles ; Favoriser l'évolution de la coopération entre professionnels de santé et participer au déploiement de nouveaux métiers en renforçant le développement professionnel continu	127
1.5 Soutenir le développement de la recherche en soins	128
1.6 Garantir une ligne managériale claire et partagée	128
2. Les fiches actions	129
3. Les modalités de suivi et d'évaluation	144

INTRODUCTION

Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est un des socles constitutifs du projet institutionnel.

La logique de construction du projet institutionnel suppose une articulation entre les différents projets. Ainsi, le projet de soins tient compte des orientations du projet médical et des objectifs du projet qualité.

Si le projet de soins est pour partie la déclinaison paramédicale des orientations stratégiques prévues dans le domaine médical, il a aussi ses propres axes de développement.

Le projet de soins est un outil de formalisation des orientations et des objectifs de soins sur lesquels porteront les actions de pratique clinique, d'organisation, de management, de formation et de recherche.

Ce projet doit aussi prendre en compte les droits des usagers, respecter les valeurs professionnelles des acteurs de soins et s'inscrire dans le cadre juridique qui régit chaque fonction.

Dans notre environnement sanitaire, complexe et mouvant, le projet de soins doit ainsi être tout à la fois une réponse aux attentes des usagers et un fil conducteur pour les soignants.

De ce fait, il doit s'appuyer sur un socle de valeurs partagées par les professionnels de terrain et leur encadrement :

- le respect de la vie et de chaque être dans sa dimension humaine ;
- le respect des règles éthiques, professionnelles et de citoyenneté ;
- le respect de la dignité de tout individu ;
- l'engagement et la reconnaissance du travail de chacun.

Dans le respect de ces valeurs, la politique retenue vise à accompagner les professionnels dans les évolutions nombreuses des organisations, et à développer leurs compétences pour maintenir des standards de qualité élevés.

Ce projet de soins se veut aussi résolument opérationnel et réalisable, afin d'engager concrètement chaque professionnel dans la dynamique impulsée par les axes forts du projet d'établissement et de son contexte.

C'est dans ce cadre que le projet de soins 2017-2021 retient 6 grands axes relatifs à la qualité, à la gestion des ressources humaines et à l'optimisation de l'organisation des soins, déclinées ensuite en fiches actions, l'ensemble de la démarche s'inscrivant dans un dispositif de suivi et d'évaluation rigoureux.

PARTIE 1

1. CONTEXTE ET BILAN DU PROJET DE SOINS ANTERIEUR

1.1 Eléments de contexte extérieur

Bon nombre d'enjeux vont impacter nos organisations soignantes ces 5 prochaines années. Parmi ceux-ci **l'évolution des besoins de santé**, le **vieillissement de la population**, ou encore l'évolution des prises en charge **ambulatoires** vont modifier la structuration des soins à l'hôpital et le lien avec la ville.

Ces changements vont s'effectuer dans un **contexte économique contraint** tout en recherchant l'**amélioration de qualité et de sécurité des soins**. C'est un immense défi qui va nécessiter notamment d'améliorer la coordination entre les différents **acteurs de santé**.

Par ailleurs, l'évolution de la démographie médicale et la recherche d'efficacité vont nécessiter une adaptation des compétences et une redistribution des actes. En ce sens, de **nouveaux métiers** émergeront et la **coopération professionnelle** tendra à se développer.

Parallèlement, d'autres **métiers, dits « sensibles »**, deviendront eux des ressources rares, tels que les infirmiers anesthésistes ou les infirmiers de bloc opératoire.

1.2 Fonctionnement de la direction des soins

La direction des soins de la Fondation est pilotée par un directeur des soins, épaulé d'un cadre de soins chef de projet et d'une assistante.

L'encadrement des équipes paramédicales est organisé de la manière suivante :

- Blocs opératoires : 1 cadre et 1 adjoint (en charge du bloc NRI) ;
- Anesthésie : 1 cadre ;
- Hospitalisation ORL et ophtalmologie chirurgicale : 1 cadre ;
- Réanimation – USC : 1 cadre ;
- Hospitalisation NRI – UNV 5^{ème} NB : 1 cadre
- Hospitalisation pédiatrique : 1 cadre ;
- Hospitalisation neurochirurgie adultes : 1 cadre ;
- Hospitalisation neurologie – UNV 3^{ème} AB & HDJ : 1 cadre ;
- Hospitalisation médicale, centre 33 rue Manin : 1 cadre ;
- Unité de chirurgie ambulatoire : 1 cadre ;
- Urgences ophtalmologiques : 1 cadre ;
- Orthoptie : 1 cadre ;
- Optométrie : 1 cadre ;
- Imagerie : 1 cadre.

La direction des soins est organisée de manière à assurer une continuité de l'encadrement 24h/24 et 7 jours/7. Cela lui permet d'être réactive sur la gestion des personnels et leur accompagnement lors d'éventuels dysfonctionnements.

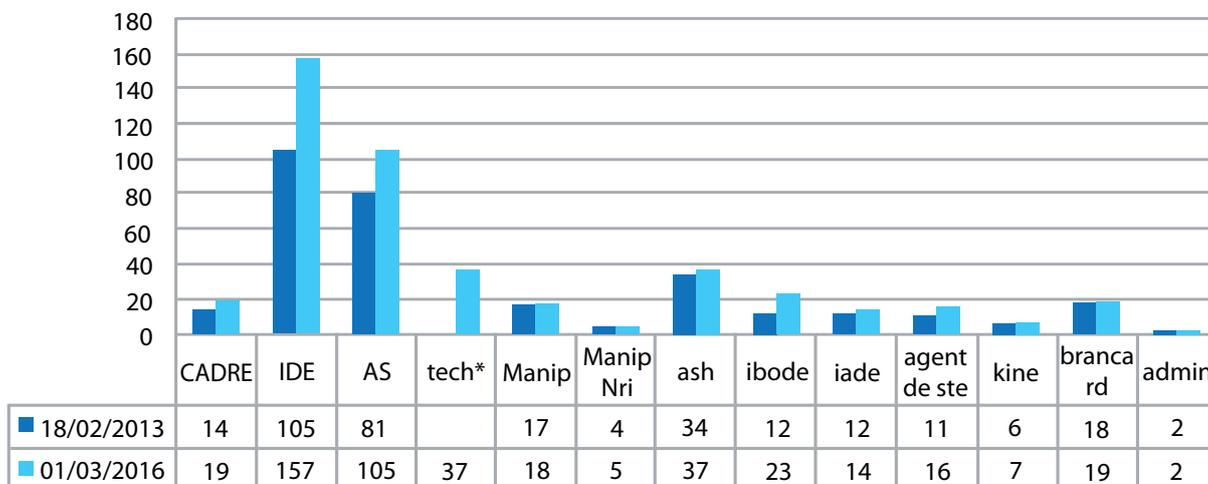
Cette organisation de continuité est ainsi structurée :

- un cadre est spécifiquement positionné en horaire d'après-midi afin d'être présent jusqu'à l'arrivée de l'encadrement de nuit ;
- Un cadre ou un faisant fonction de cadre est présent chaque nuit ;
- Une astreinte est assurée par les cadres responsables d'unités les week-ends et jours fériés.

Les cadres de soins de l'établissement, en plus de leur mission d'encadrement de proximité, participent activement aux différents travaux transversaux. Qu'ils soient pilotes ou acteurs, tous s'investissent dans des projets en lien avec le développement d'activités nouvelles, la qualité des soins ou la gestion des risques.

Les professionnels et effectifs gérés par la direction des soins ont évolué de la manière suivante sur les 4 dernières années :

Evolution des effectifs en ETP



Tech* = EEG / ORL / Orthoptiste / Optométriste
 + Une psychologue
 + Une conseillère en génétique
 + Une réflexologue

Les effectifs ont augmenté de manière significative en 2014 et 2015, comparé à l'année 2013. Cette évolution est le parallèle du développement d'activité de la Fondation et de la transformation progressive de celle-ci.

L'augmentation de la part neurosciences et pédiatrie, spécialités génératrices d'une lourde charge en soins, a notamment engendré ce besoin plus grand de ressources soignantes.

Une partie de l'augmentation des effectifs IDE est par ailleurs liée à la transformation d'emplois vacataires en CDI.

Les effectifs médicotecniques orthoptistes et optométristes sont comptabilisés dans les effectifs de la direction des soins depuis 2016.

La gestion des effectifs est effectuée en lien étroit avec la direction des ressources humaines.

1.3 Bilan du projet de soins antérieur

Alors que le projet de soins 2012-2016 s'achève, **86% des actions** qu'il contient ont été menées à bien au 31 décembre 2015.

Les principaux objectifs satisfaits concernent l'identitovigilance, la tenue du dossier patient, la prise en charge de la douleur, la sécurisation du circuit du médicament ou encore l'optimisation des organisations aux urgences ophtalmologiques ou au bloc opératoire.

Ces actions ont, entre autres, contribué aux bons résultats de la dernière **certification HAS pour laquelle l'établissement n'a eu ni réserve, ni recommandation.**

La direction des soins a participé activement ou conduit plusieurs projets impactant fortement les organisations au cours des deux dernières années. Ceux-ci s'intégraient dans la stratégie de développement de la Fondation ainsi que dans la recherche d'efficience :

- Mise en place du parcours « patient debout » (transformation du mode de transfert vers le bloc opératoire) ;
- Ouverture d'un centre dédié aux IVT et aux toxines (optimisation des processus de soins) ;
- Restructuration des ailes d'hospitalisation de neurochirurgie et neuroradiologie interventionnelle ;
- Création d'une aile d'hospitalisation dédiée aux prises en charges médicales pluri spécialités ;
- Déploiement du dossier patient informatisé ;
- Déploiement des nouveaux circuits et organisations concernant la biologie médicale avec la mise en place d'un GCS et d'un centre de tri et de prélèvements sur la Fondation.

La direction des soins a par ailleurs conduit différentes actions en lien avec la gestion des risques liés aux soins :

- Amélioration du dépistage et prévention du risque de chute en neurologie-UNV ;
- Suivi des axes de travail définis par les services sur la bientraitance et la maltraitance ;
- Amélioration des respects des règles d'identitovigilance lors des transferts patients unités de soins/bloc ;
- Mise en place d'un système d'évaluation type "chaîne de vie" ;
- Sensibilisation de l'ensemble du personnel au message à délivrer lors de l'appel du 115 ;
- Evaluation des pratiques sur KTC ;
- Formation du référent par EOH ;
- Formation spécifique des brancardiers à l'hygiène des mains et nettoyage ;
- Audit des pratiques sur la check-list au bloc NRI ;
- Mise à jour de la cartographie des risques blocs opératoires, définition et mise en œuvre d'un plan d'actions associé ;
- Réalisation d'une journée de formation spécifique pour l'équipe de bloc ;
- Réalisation de la cartographie des risques pour le bloc NRI, définition et mise en œuvre d'un plan d'actions associé ;
- Formation des AS concernés par les endoscopes ;
- Réalisation d'un test-évaluation sur le port du gilet / interruption de soins ;
- Suivi de l'EPP "administration et traçabilité des médicaments" ;
- Evaluation de la préparation des piluliers ;
- Mise en œuvre de circuits spécifiques et adaptés pour les urgences vitales la nuit et le weekend ;
- Audit sur le port du bracelet patient ;
- Mise à jour du parcours d'intégration des personnels soignants ;
- Optimisation de la gestion des déchets en unités de soins.

1.4 Management et gestion des ressources humaines

Animation du groupe des cadres

En 2015, 10 réunions de cadre de soins ont été organisées. Elles sont l'occasion de présentations de projets, de remontées ou de descente d'information et font souvent intervenir des acteurs extérieurs (pharmacien, médecin hygiéniste, direction qualité...).

En juin, certains cadres de soins ont participé, comme les années précédentes, au séminaire de direction.

Afin de renforcer le « collectif cadre », la mise en place de sessions de partage d'expérience managériale à raison d'une fois par trimestre a été décidée par la direction des soins fin 2015.

Lors de ces sessions, un jeune cadre de soins et un cadre plus expérimenté partagent tous deux une situation managériale difficile très concrète avec l'ensemble des autres cadres afin de trouver des solutions nouvelles.

Cela a fait suite à l'évolution professionnelle de 3 infirmiers positionnés en tant que cadres de soins et au souhait de compagnonnage de la direction des soins.

Par ailleurs en 2015, 3 cadres ont démarré un cursus universitaire Master « Management des organisations soignantes ». Trois autres ont entamé cette formation en 2016.

Recrutement, attractivité des professionnels et politique d'affectation

POSTES VACANTS au 15 mars 2016	
IDE	3
AS	2
IBODE	6 (20% de l'effectif cible)
IADE	13 (46% de l'effectif cible)

Un travail doit être mené sur l'attractivité des métiers dits sensibles, IADE et IBODE, ressources rares sur le marché du travail. Pour les autres, la Fondation n'a pas de problème lié au recrutement des professionnels.

L'établissement attire non seulement des jeunes diplômés, mais aussi des professionnels ayant une expérience plus importante.

Les recrutements sont organisés par la direction des soins, en lien avec la DRH. L'encadrement de proximité est toujours associé au choix des candidats.

La politique d'affectation des agents recherche l'équilibre entre les souhaits évoqués et l'évaluation des compétences nécessaires aux différents postes.

La direction des soins s'efforce de favoriser la mobilité interne des professionnels. Chaque poste vacant est affiché en interne, à l'attention des professionnels en poste.

Compte-tenu de la pénibilité du travail de nuit, et en accord avec notre convention collective, une priorité est donnée aux agents de nuits qui souhaitent travailler sur un rythme diurne.

Lors de nouvelles affectations, dans un souci de développement des compétences et de qualité des prises en charge, une période de tutorat est organisée par la direction des soins et le cadre de proximité. Une évaluation spécifique au service de soins est systématiquement menée par l'encadrement.

En 2015, des travaux spécifiques sur l'intégration des nouveaux embauchés ont été menés. Chaque service a élaboré un guide d'intégration apportant non seulement des éléments organisationnels, mais aussi des données liées aux pathologies du service et des exercices de mise en situation. En 2016, une journée institutionnelle d'accueil des nouveaux embauchés a été mise en place.

Formation des professionnels et développement professionnel continu

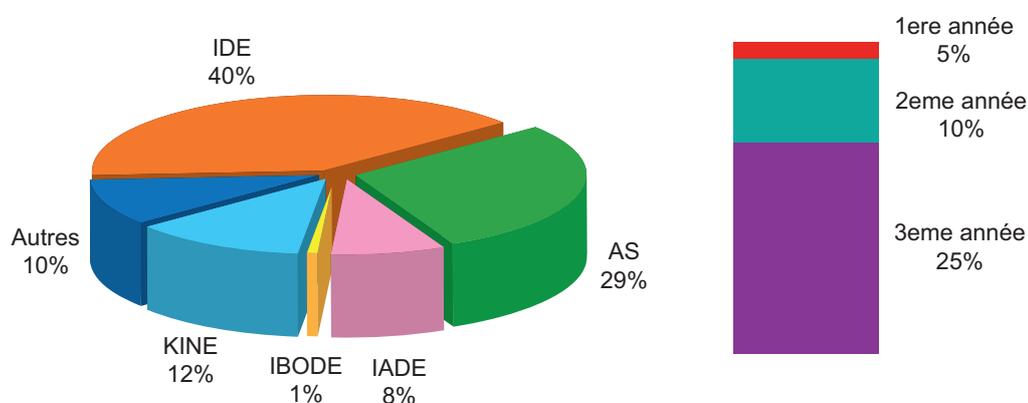
En 2015, **57% des professionnels paramédicaux** ont suivi au moins une formation **validant le « DPC »** (développement professionnel continu). **11** personnes ont suivi ou suivent des **formations diplômantes** (diplôme d'Etat, diplôme universitaire, master...). Au total, les personnels paramédicaux ont participé 1130 fois à des formations, internes ou externes, toutes natures confondues.

1.5 Formation et enseignement

Formation de stagiaires

Au total, **260 étudiants** ont été accueillis en stage dans les unités de soins ou médicotechniques en 2015 (hors orthoptistes et optométristes). Ce volume est relativement stable depuis 3 ans.

Répartition des étudiants accueillis en 2015 par Diplôme



Ces étudiants sont originaires de **45 écoles partenaires** avec lesquelles sont signées des conventions.

En 2014, plus de 90% des étudiants se sont dits satisfaits de leur stage en termes d'accueil et d'encadrement. **82% ont émis le souhait de postuler dans l'établissement** une fois diplômés.

Enseignement

Les cadres et des infirmiers donnent régulièrement des cours en IFSI ou école d'IBODE. Ils interviennent aussi à l'université ou encore auprès de personnels d'autres établissements de santé.

Des membres de l'équipe d'encadrement sont également directeurs de mémoire ou jury lors des concours d'accès aux centres de formation.

2. METHODOLOGIE D'ELABORATION DU PROJET DE SOINS

2.1 Définition des orientations

Les orientations du projet de soins 2017-2021 ont été tracées par la direction des soins dans la lignée des axes dessinés par le projet médical. Elles ont aussi fait suite à l'analyse du contexte sanitaire et de ses nouvelles lignes directrices en matière, notamment, de droit des usagers et d'évolution des métiers.

Le lien étroit tissé avec la direction qualité a permis d'intégrer dans ces axes la réponse aux différentes exigences de la certification HAS.

2.2 Validation des axes stratégiques et élaboration de fiches actions

Les axes stratégiques ont été validés par l'ensemble des cadres de soins lors de réunions de travail dédiées. Un document numérique partagé a été mis en place afin que chaque cadre puisse faire part de ses idées sur chaque thème.

Suite à la validation des grands axes stratégiques, l'équipe d'encadrement a défini des objectifs et des actions prioritaires.

2.3 Implication du groupe soins infirmiers et des représentants des usagers

Les axes stratégiques ont été présentés aux personnels des unités de soins, représentants des usagers et responsables de la gestion des risques par une séance de brainstorming spécifique. Au cours de celle-ci, les représentants des différents groupes ont à la fois pu échanger et alimenter la réflexion sur les objectifs et les actions à mettre en œuvre dans le cadre du projet de soins.

PARTIE 2

1. AXES STRATEGIQUES DU PROJET DE SOINS 2017-2021

Les axes stratégiques dessinent la trajectoire que suivra la direction des soins dans le projet quinquennal. Chacun de ces axes fait l'objet d'une ou plusieurs « fiches actions » détaillées qui sont la traduction opérationnelle de ces lignes directrices.

1.1 Améliorer le parcours de soins en tenant compte des spécificités et des droits du patient

Cet axe vise deux objectifs complémentaires.

- Optimiser le circuit des patients, par une amélioration de l'accueil, de la sortie et des liens avec la ville ou les SSR ;
- Mieux identifier des besoins spécifiques propres à la personne soignée.

Dans cette perspective, les items ci-dessous feront l'objet de travaux :

- Accueil et sortie du patient ;
- Prise en charge des urgences ;
- Prise en charge de l'enfant ;
- Prise en charge de la personne âgée ;
- Développement de l'éducation thérapeutique du patient ;
- Fin de vie et don d'organe ;
- Usagers en situation de handicap.

1.2 Optimiser l'organisation et la coordination des soins

Des efforts doivent être réalisés sur les plateaux techniques et leurs interfaces avec les unités d'hospitalisation pour améliorer la coordination entre les différents acteurs de la Fondation.

La croissance rapide du service de NRI et la stratégie de développement de cette spécialité nous imposent aussi de mieux structurer l'organisation inhérente.

Cette coordination renforcée doit s'appuyer entre autres sur un dossier informatisé adapté, performant et partagé.

Des actions seront donc menées en ce sens et ainsi regroupées :

- Bloc opératoire central / NRI et salle de surveillance post-interventionnelle ;
- Imagerie ;
- Plateaux médicotechniques ophtalmologie-ORL-neurologie ;
- Dossier patient informatisé.

1.3 Soutenir la démarche d'amélioration de la qualité des soins et de la prévention des risques

Dans l'optique de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et conformément aux exigences de la certification des établissements de santé par la Haute Autorité de Santé, les thèmes ci-dessous seront traités par des fiches actions. Obtenir des résultats satisfaisants lors de la prochaine visite de certification est un des objectifs prioritaires. Mais au-delà, il s'agit de pérenniser la démarche et de renforcer l'implication des représentants des usagers et des professionnels de terrain. L'innovation sur ces questions est aussi un enjeu fort.

Cet axe directeur se déclinera à travers les actions suivantes :

- Prise en charge de la douleur ;
- Sécurisation du circuit du médicament ;
- Culture du risque et certification V2014 ;
- Hygiène et risque infectieux ;
- Identitovigilance ;
- Transfusion/ hémovigilance ;
- Risque d'escarre ;
- Risque de chute ;
- Prévenir la maltraitance et promouvoir la bientraitance.

1.4 Travailler sur les métiers soignants sensibles, favoriser l'évolution de la coopération entre professionnels de santé et participer au déploiement de nouveaux métiers en renforçant le développement professionnel continu

L'organisation de l'offre de soins, le manque d'attractivité ou de financement des études conduisent aujourd'hui à identifier des métiers sensibles, rares sur le marché du travail. Le projet de soins 2017-2021 devra permettre d'améliorer l'attractivité et la fidélisation pour ces métiers.

Dans le contexte sanitaire contraint, la coopération entre professionnels de santé, encadrée par les protocoles (article 51 de la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires) s'avère être un levier fort d'efficience. Elle permet, tout en libérant du temps médical, de valoriser l'expertise et le développement professionnel des personnels paramédicaux ou médicotechniques.

En lien avec les projets de coopération professionnels, apparaissent de nouveaux métiers, tels que les infirmiers cliniciens spécialisés, de grade master. Le projet de soins s'attachera à favoriser leur émergence au sein de la Fondation. L'établissement possède des spécialités médicales et des ressources humaines infirmières qui se prêtent fortement à cette évolution. Il s'agit également d'un enjeu fort de reconnaissance pour ces personnels.

Les fiches actions associées à cet axe directeur sont les suivantes :

- Métiers soignants sensibles : IBODE et IADE ;
- Coopération entre professionnels de santé ;
- Nouveau métier : infirmier clinicien spécialisé ;
- Développement professionnel continu.

1.5 Soutenir le développement de la recherche en soins

Alors que la recherche médicale est très bien structurée et dynamique à la Fondation, la recherche en soins peine à se développer. Il y a pourtant des personnels experts, des pratiques de soins innovantes ; mais la culture de la recherche est encore très peu présente chez les personnels infirmiers ou médicotechniques.

Au cours des cinq prochaines années, la direction des soins s'engagera fortement dans cette dynamique et essaiera de mettre en œuvre des programmes de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) ou des programmes de recherche sur la performance de système de soins (PREPS).

1.6 Garantir une ligne managériale claire et partagée

Dans l'espace si singulier qu'est l'hôpital, les personnels qui s'investissent chaque jour auprès des malades doivent être accompagnés dans les évolutions et changements nombreux. Ce n'est qu'à travers un management de qualité qu'ils continueront de trouver un sens à leur travail, clé de l'implication et du bien-être professionnel. Les cadres de soins, pivots entre les équipes, le corps médical et la direction sont essentiels à cet accompagnement. C'est pourquoi le projet doit permettre de développer les compétences des cadres, améliorer leurs outils de gestion, et les aider à insuffler une vision et des valeurs communes.

2. LES FICHES ACTIONS



Axe 1

Améliorer le parcours du patient en tenant compte de ses spécificités et de ses droits

		Accueil et Sortie du patient				
Fiche 1.1	Objectifs :					
	Garantir au patient une prise en charge de qualité par une évaluation des besoins à l'entrée et lors de mutation intra établissement. Améliorer la sécurité des effets personnels des patients. Assurer la transmission de l'information lors de la sortie du patient. Diminuer les temps dédiés à l'admission en ambulatoire.					
Actions		Acteurs / Services			Calendrier	
Mise en place d'un inventaire systématique des effets personnels pour les patients, notamment les entrées en urgence.		DS/Cadres de Soins Imagerie			2017	
Après évaluation de la faisabilité, calquer le mode d'admission de l'ambulatoire long sur celui de l'ambulatoire court		DS/Cadres de Soins UCA/ Ambu court Service Clientèle			2017	
Création d'une fiche de sortie Kiné Création d'une fiche de sortie Orthophonie		DS/Cadres de Soins Equipe Kiné			2017	
Systématiser la check list de sortie		DS/Cadres de Soins			2017	
Développer les collaborations en amont et aval de la PEC (journée rencontre équipes inter-établissements, HAD, SSR,)		DS/Cadres de Soins			2017-2019	
Indicateurs de suivis / Evaluation		Niveau de l'indicateur				
		2017	2018	2019	2020	2021
Nb de kalirisk liés à la « disparition des effets personnels »						
Audit de dossier de soins : présence fiche sortie kiné et/ou ortho						

		Prise en charge des Urgences				
Fiche 1.2	Objectifs :					
	Bénéficiaire de données chiffrées exploitables aisément Améliorer l'affichage de nos temps d'attente/ meilleure information des patients Optimiser les prises en charges urgentes Améliorer l'accueil et la prise en charge des enfants aux urgences					
Actions		Acteurs / Services			Calendrier	
Informatiser le registre des urgences OPH		Urgences OPH DSI			2017-2018	
Revoir l'informatisation de triage des patients pour délivrer une meilleure information des temps d'attente		Urgences OPPH DSI			2017-2018	
Formaliser le rôle IDE/AS lors de l'accueil des urgences en REA USC UNV NRI		DS/Cadres de Soins			2017	
Organiser l'accueil en urgence en imagerie (Admission, chariot d'urgence, inventaire des effets personnels...)		DS/Cadres de Soins Imagerie			2017	
Uniformiser la procédure de planification des urgences pour le bloc (bloc central et bloc NRI)		DS/Cadres de Soins BLOC central BLOC NRI			2017	
Développer la mise en place de l'hypnose pour accompagner les soins pédiatriques aux Urgences OPH		CLUD DS/Cadres de Soins Urgences			2017-2018	
Renforcer l'utilisation du protoxyde d'azote pour les soins pédiatriques aux Urgences OPH		CLUD DS/Cadres de Soins Urgences OPH			2017	
Indicateurs de suivis / Evaluation		Niveau de l'indicateur				
		2017	2018	2019	2020	2021
Tx Satisfaction des patients aux urgences OPH						
Tx de prescription du Protoxyde d'azote chez l'enfant aux urgences						

		Prise en charge de l'enfant				
Fiche 1.3	Objectifs :					
	Améliorer l'information donnée aux parents et aux enfants Diminuer le stress préopératoire chez l'enfant Améliorer les conditions de vie des enfants hospitalisés par l'éveil et la découverte					
Actions		Acteurs / Services			Calendrier	
Réfléchir à la possibilité pour les enfants de visiter le service pédiatrie / UCA en amont de l'hospitalisation		Pédiatrie UCA Cadres de Soins Service clientèle			2017-2019	
Création/ Déploiement de livres explicatifs (éducatifs) ou flyers à destination des enfants		Direction des soins Direction de la communication			2017-2018	
Mise en place de fiches d'éducation aux Soins OPH à destination des parents		Cadres de Soins/ Services OPH			2017-2018	
Tenir compte de la spécificité pédiatrique dans les futurs travaux du bloc		Cadre Bloc			2017	
Renforcer la présence des associations : -Mise en œuvre d'ateliers ludiques avec Lions Club et Association Parlemonde - Organisation atelier « Art et culture »		Direction de la com. et du Dev / DS / Cadre Pédiatrie			2016-2017	
Indicateurs de suivis / Evaluation		Niveau de l'indicateur				
		2017	2018	2019	2020	2021
Nombres livres/ fiches explicatives créées.						

		Prise en charge de la personne âgée				
Fiche 1.4	Objectifs :					
	Améliorer la prise en charge de la personne âgée Mieux connaître et évaluer les besoins spécifiques Coordonner le parcours de soins et faciliter l'aval					
Actions		Acteurs / Services			Calendrier	
Mise en place des PPS Prévention chute		Cadres de soins			2017	
Favoriser la présence d'un proche en dehors des heures de visite		DSSI/ Cadres de soins			2017-2019	
Améliorer la planification des prises en charge ambulatoires (long vs court)		Cadres Bloc / <u>Dir</u> Opérations			2017-2021	
Participation au projet PAERPA		Service Social/ DS			2017-2021	

Développement de l'éducation thérapeutique du patient						
Fiche 1.5	Objectifs : Pérenniser la démarche d'éducation thérapeutique du patient Ouvrir les ETP sur la ville Développer l'autonomie et les compétences d'auto-soins des patients atteints de maladie chronique.					
	Actions	Acteurs / Services			Calendrier	
	Favoriser le rapprochement et mutualiser les méthodes entre les différents programmes	DS/Cadres/Coordinateur EPP			2017/2018	
	Renforcer la participation des associations et les partenariats avec des ETP d'autres structures	Coordinateurs EPP/DSSI/Dir com. et développement			2016/2018	
	Enrichir de nouvelles thématiques les programmes existants	DS/Cadres/Coordinateur EPP			2017/2021	
	Pérenniser les systèmes d'évaluation	DS/Cadres/Coordinateur EPP			2017/2019	
	Mettre en place un recrutement ouvert aux spécialistes de ville	Coordinateurs EPP/DSSI/Dir com. et développement			2016/2018	
	Mise en place de nouveaux programmes : neurovasculaire, diabéto/endocrino, épilepsie de l'enfant	DS/Cadres/Coordinateur EPP			2017/2021	
Indicateurs de suivis / Evaluation		Niveau de l'indicateur				
		2017	2018	2019	2020	2021
	Nb de programmes autorisés					
	Nb total de patients ayant bénéficiés de l'ETP pendant l'année					

		Fin de vie et don d'organe				
Fiche 1.6	Objectifs : Mieux prendre en charge les patients en fin de vie et leurs familles Actualiser les connaissances des soignants parallèlement à l'évolution de la législation S'inscrire dans la mise en place du PMO					
	Actions	Acteurs / Services			Calendrier	
Former les professionnels aux nouveautés législatives		Cellule formation			En continu	
Formation de 2 IDE pour la coordination des PMO		REA/DS			2016-2017	
Formation des IADE /IBODE à la pec des PMO		REA/ cadre Bloc			2017	
Sensibilisation des équipes au don d'organes		Equipe PMO/DS			2016-2018	
Organisation de tables rondes afin de permettre la verbalisation des difficultés rencontrées par les équipes face à un patient en fin de vie		DS/Psy/Cellule formation			2017-2021	
Transformation de l' « équipe soins palliatif » en « Equipe mobile de soins de support » plus dynamique		Med CLUD / Psychologue / DS			2017-2018	
Indicateurs de suivis / Evaluation		Niveau de l'indicateur				
		2017	2018	2019	2020	2021
Nombre de tables rondes « Fin de Vie » organisées						
Nombre de mobilisations de l' « équipe soins de support »						
Nombre de PMO réalisés à la fondation						

		Usagers en situation de Handicap				
Fiche 1.7	Objectifs : Accueillir les personnes handicapées dans des conditions optimales Faciliter l'accessibilité					
	Actions	Acteurs / Services			Calendrier	
Achat de sonnettes soufflantes pour les patients plégiques		Cadres/ économat			2017-2018	
Formation des personnels à la prise en charge de l'enfant polyhandicapé		NCH Ped			2017	
Participation à la mise en œuvre du plan Handicap : - Test Co-Actis Santé BD		DS/Cadres/Dir com. et développement			2017-2021	

Axe 2

Optimiser l'organisation et la coordination des soins

Bloc opératoire et salle de surveillance post-interventionnelle		
Fiche 2.1	Objectifs :	
	Meilleure organisation du Bloc NRI Amélioration de la qualité et de la sécurité au bloc	
Actions	Acteurs / Services	Calendrier
Améliorer la planification des prises en charge ambulatoires (long vs court)	Cadres Bloc / Dir Opérations	2017-2021
Développer et formaliser les pratiques de marquage cutané	Cadres Bloc / DQGDR	2017
Participation à la réflexion et au suivi des travaux d'extension du bloc central	Cadres Bloc/ DS / Direction technique/ DG	2017
Préparer une éventuelle ouverture de la SSPI 24h/24h	DS/ Cadres de soins	2016-2017
Travaux sur le temps de travail / sécurité au bloc NRI	DS/ Cadre Bloc NRI	2017
Mutualiser des procédures entre le Bloc central et le bloc NRI	Cadres Bloc / DS	2017-2018

Imagerie		
Fiche 2.2	Objectifs :	
	Fluidifier et sécuriser l'interface Plateau Imagerie/ Unité de soins Mieux accueillir les enfants en imagerie Simplifier les demandes d'examens en imagerie	
Actions	Acteurs / Services	Calendrier
Mettre en œuvre la descente de tous les patients hospitalisés par l'imagerie	Cadre Imagerie	
Projet IRM en jeu	Cadre Imagerie / NV	2017/2020
Protocoliser la prescription des examens d'imagerie programmés ou urgents – Diminution du nombre de modalités de prescription	Cadre Imagerie/ DSI / Médecins	2017

Plateaux Médico-technique : OPH/ORL/Neuro			
Fiche 2.3	Objectifs :		
	Meilleure orientation des patients / fluidification du parcours Améliorer l'accueil		
Actions		Acteurs / Services	Calendrier
Tenue correcte (habillement) des patients hospitalisés lors des examens sur le plateau CS OPH ORL – Action de sensibilisation des personnels		Cadres CS OPH/ cadres unités Hospit	2017
Indication par les agents d'accueil de tous les examens OPH à réaliser quel que soit la zone		Cadres CS OPH / Dir clientèle	2017-2018
Formaliser le mode de retour des patients des CS vers les unités de soins		Cadres CS OPH/ cadres unités Hospit	2017

Dossier Patient Informatisé						
Fiche 2.4	Objectifs :					
	Dossier de soins entièrement informatisé Améliorer les interfaces avec les autres outils SI Optimiser l'utilisation quotidienne					
Actions		Acteurs / Services		Calendrier		
Mise en place des fiches de spécialité paramédicales (kiné, diet...)		DS/DSI		2017/2018		
Formation de l'ensemble des personnels paramédicaux du bloc		DS/DQGDR/DSI		2017		
Création et paramétrage des fiches de synthèse infirmière de sortie		DS/DSI		2017		
Mise en place de formations d'approfondissement		DS/DQGDR/DSI		2017/2018		
Evaluer la satisfaction des utilisateurs et mettre en œuvre des actions d'amélioration		DS/DQGDR/DSI		2017/2018		
Former la DS et les cadres à l'extraction de données pour pilotage des équipes		DSI/DS/Cadres		2017/2018		
Indicateurs de suivis / Evaluation		Niveau de l'indicateur				
		2017	2018	2019	2020	2021
Taux de satisfaction des utilisateurs						

Axe 3

Conforter et soutenir la démarche d'amélioration de la qualité des soins et de la prévention des risques

Prise en charge Douleur		
Fiche	Objectifs :	
3.1	Améliorer la prise en charge de la douleur par une meilleure évaluation et l'utilisation de nouvelles alternatives	
Actions	Acteurs / Services	Calendrier
Mise en place et utilisation d'échelles de douleur adaptées aux situations de Handicap	Cadre Neurologie / CLUD	2017/2019
Formation continue du personnel sur la douleur	DS/QGDR/CLUD	2017/2021
Développer les alternatives non médicamenteuses en association au traitement médicamenteux (hypnose...)	CLUD	2017/2021
Sensibiliser le personnel au renseignement systématique la cible « douleur » sur Dx Care / paramétrage logiciel (type, échelle d'évaluation, localisation, en lien avec un soin/ mobilisation,...)	Cadre CETD / CLUD / DSI	2017
Renforcer le rôle et l'identification des référents (Badges)	DS/ CLUD / Groupe soins infirmier	2017
Réfléchir à la mise en place de protocole pour les patients douloureux des Urgences OPH qui sont dans l'attente de la consultation du médecin	CLUD/Cadre Urgences OPH/ Groupe soins infirmiers	2018

		Sécurisation du circuit du médicament		
Fiche 3.2	Objectifs :			
	Renforcer la qualité et la sécurité du circuit du médicament, de la prescription à l'administration			
Actions		Acteurs / Services		Calendrier
Mise en place d'armoire pharmacie sécurisée dans toutes les unités de soins		Pharmacie / DS		2017
Poursuite des EPP soignantes sur le médicament / REMED		Pharmacie/ DS/ DQGDS		2017/2021
Mise en place d'armoires de pharmacie dans les salles de Bloc		Cadre Bloc / pharmacie		2017/2021
Renforcer la traçabilité des médicaments et des relevés de température au bloc NRI		Cadre Bloc NRI/ Pharmacie		2016/2017
Renforcer le rôle et l'identification des référents (Badges)		DS/ CLUD / Groupe soins infirmier		2017
Utilisation des nouveaux outils HAS pour lutter contre l'interruption de tâche		DS/DQGDR/Pharmacie		2017/2018

		Développement de la culture du risque et Certification V2014				
Fiche 3.3	Objectifs :					
	Pérenniser la culture de la gestion des risques Augmenter les déclarations d'EI et améliorer la qualité de leur contenu					
Actions		Acteurs / Services			Calendrier	
Poursuivre le point trimestriel sur les EI et actions correctives		Cadres/ Gestionnaire de risque			2017/2021	
Pérenniser la méthode « Patient traceur » en neurochirurgie et déploiement dans d'autres services		Cadres de soins / DQGDR / DS			2017/2021	
Mettre à jour régulièrement les différentes cartographies des risques		DQGDR/DS			2017/2021	
Mise en place de « travaux pratiques » sur la check list HAS au bloc		Cadres du Bloc / DQGDR			2017/2021	
Mise en place d'une procédure de comptage des compresses		Cadres du Bloc / DQGDR			2017/2019	
Développer les « mises en situation de cas concrets » (chambre des erreurs...)		DQGDR/DS/Groupe soins infirmiers			2017/2020	
Indicateurs de suivis / Evaluation		Niveau de l'indicateur				
		2017	2018	2019	2020	2021
Nombre de cartographies des risques réalisées						

		Hygiène/ Risque infectieux				
Fiche 3.4	Objectifs :					
	Diminuer le risque d'infection nosocomiale Mieux protéger les personnels					
Actions		Acteurs / Services		Calendrier		
Mise en place de formations de rappel par l'EOH aux nouveaux embauchés		EOH/DS		2017/2018		
Former les personnels non soignants aux règles d'hygiène de base		EOH / Directions		2017/218		
Organiser une décontamination régulière des appareils et instruments utilisés sur le plateau Technique OPH		Cadres CS OPH		2017		
Mise en place de procédure de préparation cutanée au bloc		Cadre Bloc / EOH		2017		
Déployer le nettoyage par vapeur d'eau au bloc		Cadres bloc / EOH		2017/2019		
Intégrer l'EOH dans les groupes travaux		DS/ EOH /Cadres		2017/2021		
Renforcer le rôle et l'identification des référents (Badges)		DS/ CLUD / Groupe soins infirmier		2017		
Indicateurs de suivis / Evaluation		Niveau de l'indicateur				
		2017	2018	2019	2020	2021
Nb de formations Hygiène aux personnels non soignants						
Nb de décontaminations des matériels du plateau OPH						

		Identitovigilance				
Fiche 3.5	Objectifs :					
	Pérenniser la démarche Diminuer les erreurs d'identités et les risques associés					
Actions		Acteurs / Services		Calendrier		
Formation continue sur l'identitovigilance		DQGDR		2017/2021		
Audit annuel		DQGDR /DS		2017/2021		
Patient fictif		DQGDR /DS		2017/2021		
Indicateurs de suivis / Evaluation		Niveau de l'indicateur				
		2017	2018	2019	2020	2021
Rapport d'audit						

		Transfusion/ hémovigilance		
Fiche 3.6	Objectifs :			
	Sécuriser la gestion, la prescription et l'administration des produits (PSL).			
Actions		Acteurs / Services		Calendrier
Mise à jour et informatisation du questionnaire nouvel embauché		DS / Csth		2017
Mise en place de formation Hémovigilance pour tout nouvel arrivant au bloc		Cadre Bloc / Csth		2017/2018
Informatisation de la prescription des produits		Csth / DSI		2017
Informatisation de la gestion du dépôt de sang		Csth / DSI		2017
Renforcer le rôle et l'identification des référents (Badges)		DS/ CLUD / Groupe soins infirmier		2017

		Risque d'Escarre				
Fiche 3.7	Objectifs :					
	Diminuer le risque d'apparition d'escarre. Diminuer la gravité des escarres Limiter les complications associées et leurs conséquences.					
Actions		Acteurs / Services			Calendrier	
Achat de matériel anti-escarre (matelas, botte prévention...)		Cadres des Soins / DS / Biomed-Economat			2017/2018	
Mise en place de planning horaire de changement de position		Cadres des Soins / DS			2017	
Uniformiser les échelles d'évaluation		Cadre NCH / Cadres des Soins / DS			2017	
Création d'un logigramme d'actions objectifé par l'échelle		Cadre NCH / Cadres des Soins / DS			2017	
Participer à l'enquête de prévalence annuelle		Cadres des Soins / DS			2017/2021	
Création d'une équipe mobile « plaie et cicatrisation »		DS			2017/2021	
Indicateurs de suivis / Evaluation		Niveau de l'indicateur				
		2017	2018	2019	2020	2021
Nb de formations plaies et cicatrisation						

		Risque de Chute				
Fiche 3.8	Objectifs :					
	Diminuer les chutes des patients hospitalisés et leur gravité Mieux dépister le risque de chute Diminuer le risque de chute des patients externes					
Actions		Acteurs / Services			Calendrier	
Révision du PPS		Cadre Neuro / DS			2016/2017	
Mise en place d'une échelle d'objectivation du risque (test + diffusion)		Cadre Neuro / Cadres soins / DS			2016/2017	
Diffusion d'un arbre décisionnel		Cadre Neuro / Cadres soins / DS			2016/2017	
Rangement des câbles posés à même le sol en CS		Cadres / Services techniques			2017	
Indicateurs de suivis / Evaluation		Niveau de l'indicateur				
		2017	2018	2019	2020	2021
Nb de chutes déclarées via Kalirisk						

		Prévenir la maltraitance et promouvoir la bientraitance				
Fiche 3.9	Objectifs :					
	Maintenir la vigilance des soignants quant aux questions de maltraitance Chaque personnel est capable d'identifier la bientraitance et la mettre en œuvre dans sa pratique et son comportement					
Actions		Acteurs / Services			Calendrier	
Mettre en place une projection débat sur des situations filmées de bientraitance ou pas.		DS / DQGDR			2017/2018	
Formation des équipes		DQGDR			2017/2021	
Mise en place de la charte bientraitance HAS et déclinaison par service		DS / DQGDR			2017/2018	

Axe 4

Travailler sur les métiers soignants sensibles; Favoriser l'évolution de la coopération entre professionnels de santé et participer au déploiement de nouveaux métiers en renforçant le développement professionnel continu

		Métiers soignants dits sensibles		
Fiche 4.1	Objectifs :			
	Améliorer l'attractivité et la fidélisation des personnels IBODE et IADE			
Actions		Acteurs / Services		Calendrier
Plan de formation renforcé sur les IBODE et la reconnaissance des « pratiques avancées »		Cadre Bloc / DS / DRH		2016/2021
Renforcer la présence de la FOR dans les établissements de formation		Cadres / DS		2017/2021
Mener une réflexion sur une campagne de recrutement		Cadres / DS / DRH		2017/2021

		Coopération entre professionnels de santé				
Fiche 4.2	Objectifs :					
	Développer une culture de la coopération professionnelle Libérer du temps médical Valoriser les professionnels paramédicaux ou médico techniques					
Actions		Acteurs / Services			Calendrier	
Organiser une délégation de tâches des examens aux orthoptistes (OPH présent et faisant l'interprétation) conformément au décret de compétence		Cadre Orthoptiste CS OPH / DS / DRH			2016 -2017	
Adhésion à des protocoles de coopération professionnels existants validés par l'ARS - Orthoptistes - Manipulateurs radio - Infirmiers		Médecins / DS/ Cadres			2016/2021	
Création de nos propres protocoles de coopération		Médecins / DS			2019/2021	
Indicateurs de suivis / Evaluation		Niveau de l'indicateur				
		2017	2018	2019	2020	2021
Nombre d'adhésions à des protocoles existants						
Nombre de créations de protocoles						

Nouveau métier : Infirmier Clinicien spécialisé		
Fiche 4.3	Objectifs : Offrir des perspectives de carrière nouvelles aux infirmiers Valoriser les compétences des personnels Libérer du temps médical	
	Actions	Acteurs / Services
	Identifier les besoins d'ICS dans la structure	DS / cadres de soins
	Promouvoir cette démarche et identifier des personnels compétents	DS/ Cadre de soins
	Mise en œuvre d'un plan de formation adapté (grade master)	DS/ Cellule Formation
	Création de postes d'ICS à la FOR	DS / DRH / DG
		Calendrier
		2016/2017
		2017/2018
		2018/2020
		2019/2021

Développement Professionnel Continu		
Fiche 4.4	Objectifs : Faciliter l'accès à la formation Pérenniser la démarche DPC initiée	
	Actions	Acteurs / Services
	Développer les formations relatives à la prise en charge du handicap	Dir com / Cellule Formation / DS
	Organiser des échanges professionnels entre établissements	DS
	Améliorer la visibilité du catalogue de formation et l'organisation des sessions	Cellule formation / cadres de soins
		Calendrier
		2017/2019
		2017/2021
		2016/2017

Axe 5

Soutenir le développement de la recherche en soins

Promouvoir la recherche infirmière et paramédicale					
Fiche 5.1	Objectifs : Valoriser l'expertise des paramédicaux Mieux communiquer sur les compétences/ expériences internes Innover dans nos techniques de prise en charge				
Actions	Acteurs / Services	Calendrier			
Actions de communication ciblées en lien avec l'URC - Séances plénières - Diffusion d'articles	Cadre AMP / DS / URC	2017			
Nomination d'un cadre référent en charge du développement de la recherche paramédicale	DS	2016			
Formation sur la recherche	DS / Cadre référent / URC / Cellule formation	2017/2021			
Création de protocoles de recherche par les soignants	DS / cadre référent / URC	2017/2021			
Adhésion à des PHRIP / PREPS...	DS / cadre référent / URC	2017/2021			
Indicateurs de suivis / Evaluation	Niveau de l'indicateur				
	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre d'articles publiés					
Nombre de PHRIP/PREPS en cours					

Dessiner une ligne managériale claire et partagée			
Fiche 6.1	Objectifs : Partager une vision et des valeurs communes Inculquer du sens au travail Cimenter le collectif cadre Améliorer l'utilisation des outils de gestion		
	Actions	Acteurs / Services	Calendrier
	Poursuivre les formations diplômantes des cadres de soins	DS / DG / Cellule formation	2017/2021
	Pérenniser les temps de partage d' « expérience managériale »	DS	2017/2021
	Création de journées d'échange avec les cadres de soins du GHDCSS	DS FOR / DS GHDCSS	2017/2018
	Travaux sur le sens du travail	DS / cadres / Equipes	2017/2021
	Fournir des indicateurs de gestion pertinents et adaptés aux cadres	DS / DRH / Contrôle de Gestion / cadres	2017/2019
	Mise à jour des tableaux de bord : indicateurs qualité des soins	DS / cadres	2017/2021

3. LES MODALITES DE SUIVI ET D'EVALUATION

Le suivi des axes et l'évaluation des différentes actions seront pilotés par le directeur des soins.

Au fil des cinq ans, le calendrier sera décliné de manière mensuelle.

Trois réunions des cadres de soins par an seront dédiées à ce suivi. Chaque cadre y assurera un reporting des actions qu'il coordonne.

Des indicateurs agrémenteront cette évaluation.



4

PROJET QUALITE - GESTION DES RISQUES

2017-2021

SOMMAIRE

CHAPITRE 1

NOS VALEURS ET ENGAGEMENTS QUALITE ENVERS LE PUBLIC 148

Les engagements qualité

La gouvernance

Le pilotage de la démarche qualité – gestion des risques et des procédures de certification

L'organigramme fonctionnel Qualité Gestion des Risques

CHAPITRE 2

LES OBJECTIFS PRIORITAIRES 149

Axe 1 – Maintenir une culture de bientraitance de sécurité dans la prise en charge patient149

Axes prioritaires du CLUD151

Axes prioritaires du CLIN151

Axes prioritaires du CLAN152

Axes prioritaires de la CAI152

Axes prioritaires de la COPS152

Axes prioritaires du COMEDIMS152

Axes prioritaires de la CDU152

Axe 2 – Développer une démarche qualité-gestion des risques dans le parcours patient153

Axe 3- Développer une démarche QGR dans les fonctions supports à la prise en charge patient154

CHAPITRE 3

Le déploiement de la politique qualité et gestion des risques 156

I Elaboration d'un programme global annuel de la qualité et de la sécurité156

II Démarche de préparation à la certification V2014156

III Développement des évaluations de pratiques professionnelles - DPC157

Axes prioritaires du DPC157

Politique des RMM157

Politique des CREX157

Politique « patient traceur »158

CHAPITRE 4

La communication de la politique et démarche qualité159

Vers le public159

Vers l'ensemble des professionnels de l'établissement159

Vers les professionnels extrahospitaliers159

PREAMBULE

Le projet qualité gestion des risques vise à répondre aux attentes implicites et explicites des patients que la Fondation désire satisfaire et améliorer continuellement. Elle est basée sur la définition de la qualité en santé par l'OMS :

« Démarche qui doit permettre à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques ou thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état de la science médicale actuelle, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique, et pour sa satisfaction, en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de santé »

Ce projet s'appuie sur une méthodologie de type PDCA : to plan (prévoir), to do (mettre en œuvre), to check (mesurer et contrôler), to act (réagir, améliorer).

Il s'inscrit dans la continuité du précédent projet qualité gestion des risques 2012 – 2016 et résulte de la stratégie de l'établissement, de l'écoute des patients (satisfaction, plaintes et réclamations), de l'analyse des risques a priori (cartographie des risques) et a posteriori (retour d'expériences, analyse des événements indésirables), de la satisfaction patient, des plaintes et réclamations, des évaluations internes et externes et des ressources et moyens qui y sont consacrés par l'établissement.

CHAPITRE I

NOS VALEURS ET ENGAGEMENTS QUALITE ENVERS LE PUBLIC

La Fondation est un établissement de santé privé d'intérêt collectif. Elle adhère aux valeurs de non lucrativité, de bénévolat, d'humanisme et d'engagement associatif, au côté des exigences de service public.

Les valeurs de la Fondation se résume en 3 verbes : "transmettre, innover, s'engager".

Nos engagements qualité sont les suivants :

- Le patient doit être un acteur éclairé de son parcours de soin en l'impliquant dans la gestion de sa santé et en l'informant du niveau de qualité atteint par l'établissement de santé qui le prend en charge :
 - La gestion de sa santé passe par une information utile et compréhensible, par une écoute de la part des professionnels, par une prise en charge globale de l'individu ;
 - Le niveau de qualité de l'établissement de santé passe par la sécurité de ses pratiques professionnelles, sa capacité à être à la pointe du progrès, des technologies, de la science médicale ;
- Le patient doit être respecté dans ses droits fondamentaux notamment en respectant sa dignité, la confidentialité et en lui permettant tout au long de son parcours d'avoir accès à des soins et des prestations de qualité et sécurisés en développant une culture bienveillante de sécurité auprès de chaque professionnel ;
- La coordination intra et extra hospitalière doit être au cœur du parcours de santé du patient et impliquer l'ensemble des professionnels concernés par sa prise en charge ;
- Les représentants des usagers sont pleinement impliqués dans l'élaboration du projet qualité gestion des risques. Les orientations sont soumises à leurs idées et avis dans un esprit collaboratif en tant que partie prenante des axes stratégiques du projet d'établissement lors des commissions de la CDU et de rencontres spécifiques.

La gouvernance :

Elle est réalisée par la Direction Générale et le Président de la CME avec le support de la Direction Qualité-Gestion des Risques, des différentes instances de la CME et des directions de l'établissement.

Cette gouvernance s'inscrit dans la gouvernance globale de la Fondation et se décline par :

- Le partage de la démarche qualité-gestion des risques et des procédures de certification par la CME, le Comité de Direction et le comité de gestion ;
- L'implication directe dans les comités de pilotage (comité pilotage qualité-gestion des risques) les comités opérationnels et instance de la CME (cellule opérationnelle qualité-gestion des risques, CLUD, CLIN, COPS, Comedims...)

Le pilotage de la démarche qualité – gestion des risques et des procédures de certification :

Dans le respect de la loi HPST, le rôle de la CME est central dans l'élaboration, le suivi et l'évaluation de la politique et du programme qualité – gestion des risques de la Fondation.

Des points sur la thématique « qualité - gestion des risques » sont effectués régulièrement en CME soit par la Direction, soit par les présidents des sous-commissions de la CME.

Le Comité Pilotage Qualité – Gestion des Risques est une instance de proposition, de coordination et de validation, il se réunit 1 fois par an. Il a pour mission de :

- Assurer la déclinaison de la politique institutionnelle de la qualité /gestion des risques,
- Piloter la démarche de certification, en lien avec la Direction Qualité,
- Valider le programme qualité et gestion des risques.

Ce rôle peut être assuré par le comité de gestion de l'établissement.

L'organigramme fonctionnel Qualité – Gestion de risque

L'objectif de cet organigramme est de créer un maillage entre la politique qualité-risques et l'opérationnel, notamment sous l'impulsion de la Cellule Opérationnelle Qualité-Risques.

La cellule opérationnelle Qualité-Risques a pour missions de :

- Suivre et coordonner les actions et projets d'amélioration,
- Organiser la communication sur les avancées de la démarche.

CHAPITRE II

LES OBJECTIFS PRIORITAIRES

Les objectifs prioritaires de la politique qualité - gestion des risques s'inscrivent dans les projets stratégiques institutionnels et médicaux.

Ces objectifs, centrés sur le patient, s'organisent autour de 3 axes majeurs :

- Maintenir une culture de bientraitance et de sécurité dans la prise en charge patient ;
- Déployer une démarche qualité – gestion des risques dans le parcours patient ;
- Développer une démarche qualité – gestion de risques dans les fonctions support à la prise en charge du patient.

Un programme annuel global qualité – gestion des risques est réalisé. Il reprend les 3 axes majeurs de la politique qualité et leurs objectifs en déclinant les actions principales qui y sont dévolues.

Ce programme est supervisé par la direction qualité en lien avec la cellule opérationnelle qualité, validé par le président de CME et la direction générale. Une présentation et un suivi de ce programme sont effectués en CME et en comité de direction annuellement.

Ce programme d'actions est construit en lien avec les différentes instances de la CME, les différentes directions et responsables de services. Les actions sont déterminées en fonction des évolutions réglementaires, de bonnes pratiques, des résultats d'indicateurs qualité et sécurité de soins, des retours d'expériences, de l'analyse des risques a priori, de la satisfaction des patients, de leurs réclamations et de leurs plaintes et des évaluations et audits internes et externes.

Axe I – Maintenir une culture de bientraitance de sécurité dans la prise en charge patient

Cet axe se décline dans le PAQSS autour des thématiques suivantes :

1.1 Promotion de la bientraitance et lutte contre la maltraitance

- En mobilisant tous les acteurs institutionnels au travers de formations et de sensibilisations
- En mettant en place des actions effectives afin de promouvoir les droits des patients

1.2 Accueil du patient et de son entourage

- En améliorant l'accès à l'établissement
- En offrant des possibilités d'accueil les plus confortables possibles pour nos usagers et leurs accompagnants

1.3 Continuité des soins et prise en charge des urgences

- En améliorant la capacité de l'établissement à organiser la prise en charge des soins non programmés
- En assurant et en organisant la permanence des soins
- En formalisant la contribution des différents services à la prise en charge des urgences externes et internes

1.4 Prise en charge de la douleur

- En garantissant un niveau de formation et de qualification approprié de l'ensemble du personnel
- En améliorant la prise en charge des patients

1.5 Risques liés à l'hygiène

- En garantissant le respect des bonnes pratiques en matière de respect des recommandations et d'antibiothérapie et antibioprophylaxie
- En assurant des formations adaptées et pertinentes pour le personnel
- En luttant contre le risque d'infections nosocomiales

1.6 Prise en charge au bloc opératoire, bloc NRI et endoscopie

- En garantissant une prise en charge optimale et sécurisée dans ces secteurs dans le respect de règles d'hygiène strictes
- En modernisant les infrastructures
- En garantissant l'utilisation des check-lists selon les bonnes pratiques
- En pérennisant une culture de gestion du risque

1.7 Prise en charge médicamenteuse

- En déployant le système qualité de prise en charge médicamenteuse et des DM conformément à la réglementation
- En sécurisant la chaîne du médicament
- En garantissant la conformité des prescriptions pharmaceutiques en tenant compte des populations à risque

1.8 Prise en charge des examens de laboratoire

- En sécurisant les circuits d'acheminement
- En gérant les non conformités et délais de retour des résultats

1.9 Prise en charge en imagerie

- En assurant un circuit optimisé de la demande d'examens et de retour des résultats
- En garantissant une sécurité pour les patients et le personnel face au risque d'irradiation grâce aux formations et sensibilisations

1.10 Identification du patient

- En améliorant les pratiques d'identito-vigilance à toutes les étapes de la prise en charge
- En formant et en sensibilisant le personnel

1.11 Dossier du patient

- En s'assurant de la conformité du contenu du dossier patient et des délais des comptes-rendus
- En déployant le dossier patient informatisé
- En garantissant l'accès par les professionnels et les conditions de stockage des dossiers

1.12 Sortie du patient

- En assurant l'anticipation de la sortie des patients
- En mettant en place des systèmes d'éducation thérapeutique
- En garantissant la sortie dans des structures d'aval adaptées

1.13 Respect des droits des patients

- En améliorant la qualité et l'information donnée aux patients
- En formalisant les annonces et les formations des professionnels en cas de dommages associés aux soins

1.14 Ethique dans les soins et prise en charge de la fin de vie

- En assurant un niveau de qualification des personnels
- En assurant le respect des volontés des patients et des directives anticipées
- En améliorant la prise en charge des patients en fin de vie

Ces objectifs sont élaborés dans le respect des axes prioritaires dans les politiques de chaque instance :

Axes prioritaires du CLUD

- **Elaborer** des protocoles et des recommandations de bonnes pratiques
- **Garantir** la diffusion et l'accessibilité des protocoles
- **Anticiper** et soulager la douleur en définissant en lien avec le COMEDIMS les thérapeutiques et dispositifs médicaux stériles les plus performants
- **Promouvoir** la culture des soins palliatifs et la prise en charge de la fin de vie grâce à une équipe dédiée mobilisable
- **Former** le personnel
- **Mettre en œuvre** la lutte et la prévention de la douleur en garantissant une organisation et une accessibilité aux dernières thérapeutiques en matière de lutte contre la douleur. Mais également en assurant la disponibilité en continue d'une équipe mobile
- **Evaluer** les actions de lutte contre la douleur
- **Elaborer** des plans d'actions en fonction des résultats des enquêtes et des analyses de processus inscrits dans la démarche d'amélioration continue de la qualité (PAQSS)
- **Collaborer** de façon active avec les CLUD des hôpitaux publics et privés de la région sanitaire

Axes prioritaires du CLIN

- **Etablir un suivi** des infections associées aux soins au sein de l'établissement en incitant les professionnels au signalement
- **Déclarer et diffuser** les cas d'infections associés aux soins dont les infections de site opératoire aux instances et aux professionnels de l'établissement
- **Inciter** l'ensemble des professionnels de l'établissement à appliquer les recommandations et les bonnes pratiques d'Hygiène en impliquant les référents de chaque service
- **Former** le personnel sur les risques liés aux infections
- **Mettre en œuvre** des plans d'actions en lien avec l'EOH
- **Evaluer** la pertinence des actions mises en place grâce au suivi d'indicateurs (ICALIN, ICALISO, REARASIN...)
- **Auditer régulièrement** les pratiques des soignants
- **Réévaluer régulièrement** (tous les 2 ans) l'ensemble du fonctionnement du CLIN, de ses pratiques, de ses liens avec les différents acteurs de l'établissement (soignants, services techniques, prestataires externes...) par l'analyse de processus.

Axes prioritaires du CLAN

- **Proposer** des améliorations de la prise en charge nutritionnelle des patients et définir le programme de formation continue spécifique
- **Evaluer** les actions entreprises et fournir un appui méthodologique aux professionnels concernés

Axes prioritaires de la CAI

- Respect des règles de prescription des antibiotiques
- Respect des recommandations et bonnes pratiques en matière d'antibiothérapie et d'antibioprophylaxie

Axes prioritaires de la COPS

- **Recueillir les orientations stratégiques** en matière de soins non programmés décidées par les instances dirigeantes de l'établissement: direction générale et chefs de service.
- Faciliter la **mise en oeuvre de ces décisions**
- **Instaurer un suivi** large de l'activité liée aux soins non programmés
- Assurer un **retour de ses indicateurs**

Axes prioritaires du COMEDIMS

- **Prescrire** des médicaments de façon à garantir au mieux la sécurité et l'efficacité pour les personnes soignées
- **Adapter** le choix des médicaments et des présentations en fonction des personnes soignées et des personnels soignants
- **Respecter** les règles en ce qui concerne la prescription des médicaments au niveau du prescripteur, de l'identification de la personne soignée et de la rédaction de la prescription médicamenteuse proprement dite
- **Sécuriser** les interfaces entre la prescription et l'administration des médicaments
- **Poursuivre** l'engagement de l'institution dans la mise en place de la distribution des médicaments à délivrance nominative
- **Mettre en place** une organisation destinée à assurer la continuité du traitement d'entrée, la prise en charge du traitement personnel des personnes soignées, le transfert des patients entre unités de soins ou à sa sortie
- **Informer** la personne soignée de façon personnalisée dans le but de l'aider (ainsi que leur entourage) à comprendre leur maladie et le rapport bénéfice / risque de leur traitement et de l'aider dans sa prise en charge et le maintien et l'amélioration de sa qualité de vie
- **Evaluer régulièrement** (tous les 3 ans) l'ensemble du circuit du médicament sous forme d'audits internes (cartographie des risques, audit de processus, audit ciblé, suivi d'indicateurs). Le RSMQPM et la direction qualité sont maîtres d'œuvre de cette évaluation en collaboration avec les professionnels concernés

Axes prioritaires de la CDU

- **Veiller** au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches
- **Contribuer par ses avis et propositions** à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches
- **Formuler** des recommandations
- **Recevoir toutes les informations nécessaires** comme le nombre de demandes de dossiers médicaux ainsi que les délais, une synthèse des réclamations, le suivi de satisfaction ainsi que le résultat des indicateurs de qualité et sécurité des soins
- **Evaluer** par le biais d'enquêtes de satisfactions les actions d'amélioration menées
- **Participer à l'amélioration de la prise en charge** en participant à l'élaboration du projet d'établissement et des analyses de processus nécessitant un avis des représentants des usagers

Axe II

Déployer une démarche qualité – gestion des risques dans le parcours patient

Cet axe se décline autour des thématiques suivantes :

2.1 Démarche d'amélioration continue de la qualité dans le parcours patient

- En améliorant la coordination du parcours patient au sein de l'établissement
- En améliorant les dispositifs d'accueil du patient dans le respect de la réglementation, de l'attitude d'écoute et de disponibilité du personnel
- En garantissant l'accessibilité et la qualité de l'information
- En planifiant de façon cohérente les parcours de soins
- En assurant la permanence des soins

2.2 Système documentaire

- En optimisant l'accessibilité par tous les professionnels aux documents les concernant
- En optimisant le traitement des données dans la GED

2.3 Gestion des risques a priori

L'analyse des différents process a permis de prioriser et hiérarchiser ceux pour lesquels une cartographie des risques est à réaliser ou à mettre à jour selon le calendrier suivant :

Process	Date de création	Date de la 1 ^{ère} mise à jour	Date de mise à jour suivante
Prise en charge en hospitalisation complète	2011	2014	2017
Prise en charge en hospitalisation de jour	2011	2014	2017
Prise en charge en urgences	2011	2014	2017
Management des équipements biomédicaux	2011	2015	2018
Risque de maltraitance / personnes vulnérables	2011	2015	2018
Identitovigilance	2013	2016	2018
Circuit du médicament	2013	2016	2018
Prise en charge au bloc opératoire	2013	2015	2017
Système d'information	2014	2016	2018
Prise en charge au bloc NRI	2015	2018	2020
Endoscopie	2015	2018	2020
Prise en charge de la douleur	2016	2018	2020
Risque infectieux	2016	2018	2020
Imagerie	2016	2018	2020

2.4 Gestion des risques a posteriori

- En mettant en place sous forme de CREX, REMED ou RMM des actions d'améliorations suite à la déclaration d'évènements indésirables
- En favorisant le signalement d'évènements indésirables
- En sensibilisant et en formant les équipes à la gestion des risques

Axe III - Développer une démarche qualité gestion des risques dans les fonctions supports à la prise en charge patient

Cet axe se décline autour des thématiques suivantes :

3.1 Développement durable

Objectif principal : Formaliser et développer une culture du développement durable

Dans le cadre d'une approche globale du développement durable, il s'agit de limiter les impacts environnementaux, d'améliorer les conditions de travail et d'augmenter la performance économique de l'entreprise.

Les champs d'engagement sont validés annuellement par le Comité de Développement Durable. Ils sont sélectionnés parmi les champs d'actions dans l'édition la plus récente du « Baromètre du Développement Durable » approuvé par les fédérations hospitalières. Ces engagements sont par la suite adaptés à notre établissement de santé et déclinés selon les objectifs suivants :

Préserver l'environnement

- a. Optimiser les circuits des déchets existants et diminuer nos volumes produits,
- b. Réduire nos rejets liquides polluants,
- c. Réduire nos rejets en gaz à effet de serre.

Définir une politique d'achat et une économie responsable

- a. Maîtriser nos dépenses énergétiques,
- b. Intégrer le coût social et environnemental dans nos achats.

Améliorer et favoriser la cohésion sociale

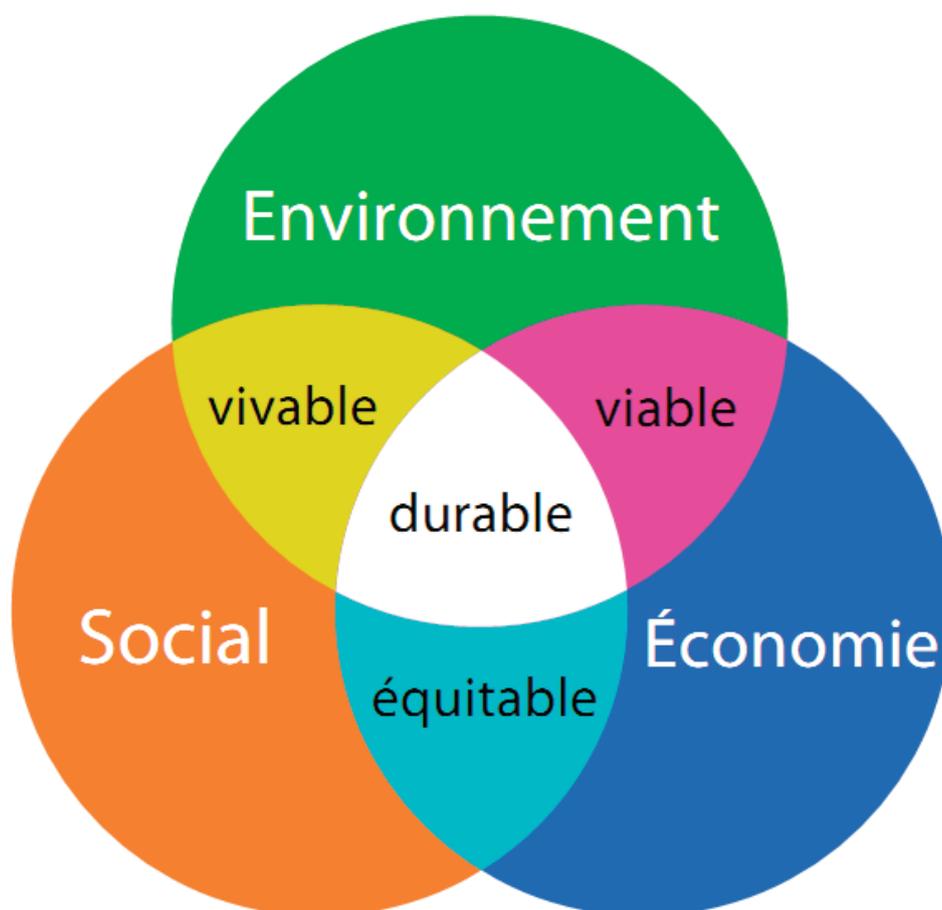
- a. Améliorer les conditions de travail des salariés.

Un programme d'actions pluriannuel a été élaboré à partir des volets prioritaires ci-dessus et détermine un certain nombre d'actions à mettre en place ou de pistes de réflexions en vue de changements.

Enfin, la certification intègre de manière forte les exigences en matière de développement durable. Ces exigences sont intégrées dans notre plan d'actions pluriannuel.

3.2 Gestion du système d'information

- En informatisant l'établissement au service de l'efficience
- En garantissant une sécurisation des systèmes informatiques et de leur infrastructure
- En garantissant une continuité de l'activité par le biais de procédures dégradées et de permanence technique
- En garantissant une sauvegarde des données
- En garantissant une maintenance et un renouvellement des équipements



3.3 Gestion des ressources humaines

- En améliorant en continu le management interne et la gestion des ressources humaines
- En renforçant le dialogue social
- En garantissant une intégration optimale des nouveaux arrivants
- En améliorant la qualité de vie au travail
- En prévenant les risques liés au travail

3.4 Processus logistiques : déchets, linge, restauration

- En optimisant les circuits des déchets
- En améliorant la fonction linge
- En garantissant une qualité de la restauration pour les patients et le personnel respectant les normes de sécurité sanitaires et en prenant en compte la satisfaction des consommateurs

3.5 Gestion des risques techniques

- En garantissant la sécurité des biens et des personnes
- En sécurisant le parc des équipements biomédicaux
- En coordonnant les interventions des services techniques en relation avec les unités de soins

CHAPITRE III

LE DEPLOIEMENT DE LA POLITIQUE QUALITE ET GESTION DES RISQUES

I - PROGRAMME GLOBAL ANNUEL DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE

La déclinaison opérationnelle du projet qualité gestion des risques est assurée au moyen d'un programme annuel de la qualité et de la sécurité (PAQS) établi par le comité de pilotage (comité de gestion), validé en CME et suivi par la COQ.

Ce programme est enrichi par les plans d'action issus des analyses de risques a priori, du dispositif RETEX (RMM, CREX, Remed), des EPP, des audits internes et externes, du plan stratégique, des réclamations et satisfaction patient, des indicateurs qualité et sécurité de soins nationaux (IPAQSS, Icalin, Isatis) et internes.

II - DEMARCHE DE PREPARATION A LA CERTIFICATION

Elle est pilotée par la Cellule Opérationnelle Qualité (COQ) sous le contrôle de la direction générale et du président de la CME. La conception du compte qualité pour la Fondation en référence au manuel de certification vaut pour démarche d'auto-évaluation.

La conception du compte qualité est réalisée à partir de groupes de travail pluri-professionnels et pluridisciplinaires.

Chaque groupe de travail est piloté par un membre de la cellule opérationnelle ou l'un des membres d'une instance du schéma d'organisation fonctionnelle de la politique qualité/gestion des risques.

Les thèmes des groupes de travail sont priorisés et hiérarchisés en fonction de l'activité et des risques au préalable identifiés sur la Fondation.

Les thématiques non obligatoires traitées dans le cadre du compte qualité sont validées par le comité de pilotage sur proposition de la COQ.

Thématique	Pilote	Instances / outils
Management de la qualité et des risques	Coordinatrice des risques associés aux soins	Cellule opérationnelle qualité Cartographie des risques
Gestion du risque infectieux	Médecin hygiéniste	CLIN – CAI - Cartographie des risques
Prise en charge de la douleur	Président du CLUD	CLUD - Cartographie des risques
Identification du patient à toutes les étapes	Responsable des archives et de la cellule d'identito-vigilance	CIV - Cartographie des risques
Prise en charge médicamenteuse	Pharmacien chef de service	Comedims - Cartographie des risques
Prise en charge des urgences et des soins non programmés	Président de la COPS et chef de service des urgences	COPS - Cartographie des risques urgences
Management de la prise en charge au bloc opératoire, NRI, endoscopie	Président du conseil de bloc	Conseil de bloc - Cartographie des risques bloc + NRI + endoscopie
Gestion du dossier patient	Médecin DIM + pilote du DPI	Copil DPI + indicateurs IPAQSS DTP Cartographie des risques
Gestion système information	Directeur informatique	Copil DPI - Analyse des risques SI Cartographie des risques
Parcours du patient	Président de CME/ chef de service d'anesthésie réanimation	CDU Cartographie hospitalisation complète / hospitalisation de jour
Droits des patients	Coordinatrice des risques associés aux soins Directeur Qualité	CDU Cartographie des risques maltraitance-personnes vulnérables
Prise en charge de la fin de vie	Président du CLUD	CLUD/CDU
Qualité de vie au travail	Directeur des ressources humaines	CHSCT - Document unique - Commission EPP - DPC
Imagerie	Chef de service de radiologie	Manuel Qualité - Cartographie des risques
Biologie médicale	Médecin responsable LCSH	Cartographie des risques

Le développement des évaluations patient traceur permettra de venir compléter les données recueillies par les groupes de travail pour l'élaboration du compte qualité.

La direction qualité-gestion des risques supervise l'ensemble de la démarche.

III - DEVELOPPEMENT DES EVALUATIONS DE PRATIQUES PROFESSIONNELLES - DPC

• Développement professionnel continu (DPC)

La Fondation est reconnue organisme de DPC depuis octobre 2014.

En lien avec la commission EPP-DPC, des parcours de DPC sont élaborés en interne de façon à compléter les actions de la démarche qualité-gestion des risques.

Les axes de développement des parcours DPC sont alignés avec les axes de la politique qualité :

- *Axe 1 DPC : Bienveillance et sécurité du patient*
 - Bienveillance et soins
 - Prise en charge de la douleur
 - Bonnes pratiques en hygiène
 - Simulation en santé
- *Axe 2 DPC : Gestion des risques*
 - Analyse systématique des évènements indésirables
 - Analyse systémique des erreurs médicamenteuses
 - Simulation en santé
- *Axe 3 DPC : Education thérapeutique patient*

Au regard des axes DPC de la politique qualité, les méthodes d'analyses suivantes sont développées au sein des différentes équipes :

• RMM

La Fondation a mis en place des RMM dès 2006.

Les objectifs de ces RMM sont de porter un regard critique sur la prise en charge du patient après la survenue d'un évènement morbide ou d'un évènement sentinelle. Elles doivent rechercher si l'évènement était évitable, et le cas échéant, en identifier les causes dans le but de proposer des mesures correctrices. Convaincu de l'importance du couplage évaluation des pratiques professionnelles-revue de mortalité-morbidité, la CME a intégré la gestion des RMM dans la commission EPP-DPC.

La particularité des RMM de la Fondation est leur côté multi-disciplinaire, avec ouverture à un public le plus large possible, afin de décloisonner les spécialités médico-chirurgicales, ainsi que les catégories professionnelles exerçant dans l'établissement.

Gage de qualité méthodologique, en conformité avec les recommandations de l'HAS, certaines de ces RMM ont donné lieu à publication référencée.

• CREX

Les comités de retour d'expérience permettent l'analyse d'évènements indésirables en équipe pluridisciplinaire. Ils sont coordonnés par le gestionnaire des risques afin d'identifier les circonstances d'apparition de l'évènement et de mettre en place des plans d'actions ainsi que des mesures correctrices.

- CREX institutionnel pour l'analyse d'évènements indésirables de gravité moyenne.
- Crex dans des unités ciblées : Imagerie, Urgences Réanimation, Hémovigilance, Bloc opératoire avec la mise en place de « boîtes à CREX » dans ces services afin d'analyser des évènements choisis par les équipes comme prioritaires.

• **Patient Traceur**

La méthodologie du patient traceur impulsée par la HAS se définit par l'évaluation qui consiste à apprécier, à partir d'expériences de soins de patients hospitalisés, les processus de soins et les organisations qui s'y rattachent. Cette démarche a été impulsée à la Fondation par le service de Neurochirurgie depuis septembre 2015 pour se décliner ensuite à l'ensemble des autres services.

Le service de neurologie s'est également inscrit dans cette démarche afin de valider des EPP puisque les services médicaux ne sont pas soumis à l'obligation de RMM comme les services de chirurgie.

La politique de déploiement du patient traceur se décline de la façon suivante :

Services	Début de la démarche	Objectif annuel
Neurochirurgie	Sept 2015	4
Neurologie	Avril 2016	4
ORL	Juin 2016	2
NRI	Juin 2016	2
OPH Galatoire	Mai 2016	2
OPH Cochereau/ Gatinel	Mai 2016	2
OPH Caputo/Sahel/Vignal	Mai 2016	2
Pédiatrie	Octobre 2016	2

Une équipe mobile dédiée au patient traceur est composée d'un membre de la direction qualité, d'une psychologue et d'un médecin anesthésiste.

Les dates des groupes de travail sont prévues à l'avance avec une définition des critères de choix de dossiers qui seront ensuite analysés en fonction des patients hospitalisés à la date prévue par le groupe. Les acteurs de la prise en charge du patient participent à l'analyse. Le patient est interrogé en amont de l'analyse du dossier.

Les objectifs du patient traceur sont d'identifier les points forts et points faibles et de formuler des plans d'amélioration sur la prise en charge. Il s'agit également de renforcer la notion d'équipe entraînée à cette méthode d'auto-évaluation. Enfin, les différentes interfaces au sein du parcours patient sont revues et mises en avant par cette méthode d'autoévaluation ainsi que les liens entre les différentes cartographies.

CHAPITRE IV

LA COMMUNICATION DE LA POLITIQUE QUALITE

Un plan de communication est établi en lien avec la direction de la communication :

- **Vers le public**

Les usagers sont informés de la démarche qualité de l'établissement ainsi que des résultats d'indicateurs par :

- Les écrans d'information dans les halls d'accueils
- Le livret d'accueil des patients hospitalisés
- Les affichages dans les services et consultations
- Le site internet
- La semaine sécurité des patients
- La tenue de stand par les représentants des usagers
- Les journées thématiques (hygiène des mains)

- **Vers l'ensemble de professionnels de l'établissement**

La démarche qualité, l'implication des professionnels et les résultats des travaux engagés sont communiqués aux professionnels par :

- Les tableaux d'affichage dans les services réservés à la démarche qualité sur lesquels sont communiqués :
 - Les résultats des CREX, REMED, plans d'actions
 - L'incitation à la déclaration des événements indésirables
 - Les campagnes de communication
- Les campagnes de communications destinées à l'ensemble du personnel, comme par exemple "Les printemps de l'EPP "
- Ses dépliants joints aux fiches de paye
- Le journal interne "Coup d'œil sur la Fondation"
- Le site intranet
- La semaine sécurité des patients
- La journée hygiène des mains
- La communication des résultats des enquêtes de satisfaction patient aux services par trimestre
- Des communications régulières aux instances (CME, CDU, CLUD, CLIN...)

- **Vers les professionnels extra hospitaliers**

La communication vers ces professionnels est relayée essentiellement par le site internet.

Cette communication est essentiellement orientée vers les instances et les autorités sanitaires par le biais des déclarations telles que :

- Le remplissage des indicateurs IPAQSS
- La déclaration des événements indésirables graves à l'ARS
- Le remplissage des indicateurs ICALIN
- La participation aux programmes de priorités nationales organisés par l'ARS (chutes)

Un développement des formations validantes DPC débuté en 2016 sera suivi de communications à destination des professionnels de santé.



5

PROJET SOCIAL

2017-2021

PREAMBULE

Le projet social, institué par la loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale fait partie intégrante du projet institutionnel.

Il définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant leur réalisation.

Il est fondé sur les évolutions réglementaires et fonctionnelles tant sur le plan national que sur celui du secteur de la santé, ainsi que sur les caractéristiques propres à l'établissement.

Il est élaboré sur la base du bilan du précédent projet, des modifications intervenues et des objectifs du projet institutionnel.

Les partenaires sociaux ont été activement associés à sa rédaction tant les délégués syndicaux de l'établissement que les membres du CHSCT pour ce qui concerne les thématiques relatives à la qualité de vie au travail.

Il a été soumis avant son adoption au comité d'entreprise de l'établissement qui a émis un avis favorable.

AXES DU PROJET SOCIAL

1/ GESTION PREVISIONNELLE DES METIERS ET DES COMPETENCES

1.1 Perspectives globales

La moyenne de l'effectif en équivalents temps plein rémunérés s'établit sur 2015 à 905,83 ETP, soit une augmentation de 86,66 ETP (+ 10,60 %) par rapport à 2014 et de 212,33 ETP (+30,7 %) par rapport à 2011, avant la mise en place du précédent projet institutionnel.

La dynamique de croissance d'activité poursuivie a ainsi été soutenue par une considérable augmentation des ressources humaines employées et ce dans toutes les professions de l'hôpital.

Cette augmentation quantitative de l'effectif se combine à une augmentation substantielle du turn-over tant en raison d'une structure du personnel restant âgée (21,16 % du personnel avait 55 ans ou plus au 31/12/2015), que des échecs de recrutement plus nombreux en raison des volumes réalisés, que de l'augmentation du volume des personnels reçus précaires par nature (internes, assistants), que de la perpétuation du nomadisme des fonctions soignantes et médico-techniques en raison de la situation favorable du marché de l'emploi, conduisant ainsi à ce que la Fondation ait accueilli en moyenne chaque mois presque 55 nouveaux collaborateurs.

La poursuite de la stratégie de développement conduira à la continuité de cette croissance des effectifs mais, tant au regard de l'utilisation des marges foncières disponibles sur le site de l'hôpital, s'étant déjà traduite par la mobilisation de nouvelles surfaces à proximité, que de l'objectif de développer des réseaux via des complémentarités avec d'autres institutions ou du développement du maillage territorial par la création de centres d'adressage, elle s'accompagnera d'une expansion géographique des sites d'exercice et du développement des situations de travail à distance.

1.2 Emploi des seniors

La prise en compte des particularités liées à l'emploi des seniors reste une priorité au regard tant des volumes d'effectif concernés que de l'hétérogénéité des situations des intéressés.

Les entretiens de 2nde partie de carrière, insuffisamment développés en raison de leur méconnaissance, doivent être redynamisés et permettre :

- d'informer les salariés sur les dispositions réglementaires relatives à la retraite souvent ignorées ou mal connues ;
- d'envisager l'adaptation du poste de travail aux capacités du salarié par un passage à temps partiel ou des formations appropriées ;
- d'aménager les fins de carrière en utilisant le temps de repos de fin de carrière conventionnel, les dispositifs de retraite progressive ou de cumul emploi/retraite.

Dans cette démarche, l'accompagnement de la médecine du travail doit être développé :

- par la réalisation soutenue des études de postes de travail afin d'en permettre l'adaptation ;
- par un suivi médical plus fréquent et ciblé ;

1.3 Formation professionnelle

La récente réforme de la réglementation sur la formation professionnelle doit permettre d'atteindre :

- une plus grande autonomie de gestion de la Fondation dans la définition et l'utilisation des fonds consacrés à la formation ;
- la transformation d'une politique d'achat de prestations de formation à une politique de définition et de satisfaction d'un besoin d'adaptation, d'enrichissement ou d'évolution des compétences des salariés ;
- le développement de la Fondation et de ses salariés en tant que formateurs tant en interne qu'en externe ;
- l'augmentation du dynamisme individuel de chaque salarié tant dans l'acquisition de compétences que dans leur transmission.

Le déploiement récent de la grille d'entretien professionnel institué par cette réforme a été conçu à la Fondation comme un outil d'émergence, de définition et d'analyse d'un projet professionnel individuel dans le cadre global de la Fondation et doit permettre, lorsqu'il aura été apprivoisé, d'améliorer la gestion des carrières et des opportunités d'évolution, soutenu au besoin par les plans de formation professionnelle.

1.4 Coopération entre professionnels de santé

Tant les perspectives en matière de démographie médicale que l'évolution des techniques cliniques conduiront au développement des protocoles de coopération entre professionnels médicaux et paramédicaux.

Sont concernés en premier lieu l'ophtalmologie et la coopération avec les orthoptistes, en particulier en pédiatrie et pour les consultations en centre externe, la coopération avec les manipulateurs en électroradiologie médicale, pour laquelle un dossier est en cours concernant l'échographie, ou encore l'émergence du nouveau métier d'infirmier clinicien spécialisé.

Ces coopérations s'inscriront bien sûr dans le cadre des protocoles validés existant ou à venir au niveau national et conduiront en parallèle à réadapter l'organisation des prises en charge des patients.

1.5 Mobilité interne et externe

Le développement des partenariats inter-hospitaliers et du maillage territorial, des projets internationaux, du repositionnement de la Fondation au sein du Groupe Rothschild devront conduire à l'accroissement des complémentarités en matière de gestion du personnel (bourses d'emplois, conventions de mise à disposition, recrutements partagés, etc.), au développement de l'utilisation des outils coopératifs à distance (vidéoconférences, partage de données et d'informations, etc.) et de la mobilité géographique des salariés en France et à l'étranger.

1.6 Gestion des talents

Le maintien et le renforcement de l'hyperspécialisation de la Fondation dans le domaine « tête et cou » conduiront la Fondation à devoir préserver tant sa capacité d'attractivité auprès des professionnels qualifiés que celle de les conserver et de permettre leur évolution professionnelle.

Il conviendra ainsi de privilégier les actions à même de développer tant l'enrichissement de l'intérêt de l'exercice professionnel (moyens mis à disposition pour les activités de recherche, mobilités internationales, accès à la formation ...) qu'un environnement facilitant (conditions de travail, services associés, etc.).

2/ AMELIORER L'ACCUEIL, L'INTEGRATION ET LA FIDELISATION DES PERSONNELS

L'accroissement important du nombre de salariés recrutés mensuellement nécessite de formaliser et organiser leur accueil afin d'optimiser leur intégration et leur permettre ainsi de s'inscrire durablement dans l'établissement :

- Création d'une journée d'intégration ;
- Organisation de visites initiales de l'établissement ;
- Poursuite du déploiement du processus informatisé d'intégration du salarié : mise à disposition des outils professionnels et des droits informatiques, automatisation de l'organisation des visites médicales d'embauche, de l'intégration dans les applicatifs métiers, de la mise à jour de l'annuaire téléphonique ;
- Nomination d'un formateur et mise en œuvre systématique des formations initiales, suivi pendant la période d'intégration ;
- Refonte du livret d'accueil ;
- Mise à niveau et à disposition des fiches de poste.

3/ ORGANISATION DU TRAVAIL

3.1/Développement du télétravail

Le télétravail a été expérimenté en 2015 sur les secrétaires médicales de frappe des comptes rendus à distance.

Cette expérimentation a démontré les avantages communs de ce dispositif pour les salariés comme pour l'établissement :

- Gain sur les temps de transport ;
- Amélioration de l'articulation entre vie privée et vie professionnelle ;
- Gestion autonome de son temps de travail ;
- Facilitation du travail à temps partiel ;
- Economie d'espaces professionnels.

Elle a également permis de mettre en exergue les points de vigilance :

- Perte de lien social nécessitant un suivi rapproché au moment de la mise en place et des contacts à distance ou sur site réguliers ensuite ;
- Nécessité pour certains salariés d'être accompagnés dans un apprentissage progressif de l'autonomie individuelle de travail.

Le contexte régional, caractérisé par une augmentation constante des distances domicile-travail et des temps de transports en découlant, comme la situation de la Fondation (développement majeur du système d'information, optimisation de la dévolution des surfaces disponibles aux activités cliniques, forte aspiration exprimée par le personnel au télétravail) inciteront au développement de cette modalité d'organisation du travail dans le futur.

3.2/ Travail de nuit

Une attention particulière doit être portée aux conditions du travail de nuit, nécessité fonctionnelle inhérente à l'activité hospitalière identifiée règlementairement comme facteur de risque professionnel.

Devront ainsi être envisagés :

- Un renforcement du suivi de ces personnels par le service de santé au travail et ce nonobstant les obstacles pratiques résultant de cet exercice décalé constatés précédemment, la faible disponibilité et mobilisation des personnels conduisant à des pratiques insatisfaisantes et des suivis irréguliers ;
- L'expérimentation de l'alternance de périodes longues de travail de jour et de nuit afin de préserver la longévité, la technicité, le lien social, dont celui entre les équipes successives, et l'intégration des évolutions de la Fondation des salariés concernés en promouvant l'anticipation et l'accompagnement ;
- La détection des situations individuelles nécessitant une réaffectation permanente en équipe de jour pour des raisons de santé en lien avec le service de santé au travail ;
- L'amélioration des conditions matérielles du travail de nuit compte tenu des spécificités de cet exercice en préservant leur compatibilité avec celles des équipes de jour au besoin en s'appuyant sur un accompagnement externe.

3.3/ Conciergerie

Une évaluation réalisée en 2016 auprès du personnel a démontré que le projet de mise en place d'une conciergerie d'entreprise, s'il est destiné en priorité à compléter les services apportés aux patients dans le cadre de leur prise en charge hospitalière, présentait également un intérêt pour les salariés.

Ce service, s'il devait être mis en œuvre, devra être assuré par un prestataire extérieur spécialisé, dans le cadre d'un panel de services restant à définir. Il s'inscrit dans un objectif d'amélioration de l'articulation entre vies professionnelle et personnelle, en particulier dans un contexte de généralisation des amplitudes de travail « longues » et d'allongement des temps de déplacement.

4/ QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

4.1/ Reconnaissance du personnel

L'augmentation importante du personnel et son renouvellement conduisent à un sentiment de méconnaissance entre professionnels, d'éloignement de la hiérarchie, et donc de non-reconnaissance, la Fondation ayant toujours été caractérisée par un esprit familial et une culture de l'échange oral direct liés à sa taille modeste, sa concentration sur un site unique et sa stabilité.

Cette évolution conduit à la nécessité de développer de nouveaux modes de relations à même de préserver les atouts de cet esprit (solidarité, cohésion, sens de l'intérêt collectif) et adaptés à ce nouveau contexte.

Il convient ainsi de :

- S'attacher à l'amélioration de l'accueil et de l'intégration des nouveaux embauchés ;
- Continuer à développer les évènements extra-professionnels (sportifs ou festifs) permettant la création ou l'entretien de liens entre professionnels dans un contexte externe convivial ;
- Mettre en place un trombinoscope afin de permettre l'identification visuelle ;
- Promouvoir les échanges inter-services afin d'améliorer la connaissance des autres professionnels et de leurs fonctions ;
- Développer les échanges entre hiérarchie et équipes de façon collective et individuelle en réaffirmant l'importance des réunions d'équipes et des entretiens d'évaluation et professionnel.

4.2/ Risques professionnels

La récente révision de la méthodologie de réalisation du document unique d'évaluation des risques professionnels et le développement de la culture de la gestion des risques doivent permettre de disposer à l'avenir d'un outil fonctionnel d'évaluation et donc de prévention en santé au travail par la mise en œuvre de plans d'action définis.

La thématique spécifique de la radioprotection, particulièrement présente à la Fondation tant au regard de la nature des activités réalisées que de l'évolution constante des normes et exigences en ce domaine, nécessitera d'y renforcer les moyens humains dévolus.

5/ COMMUNICATION

5.1/ Représentation du personnel

La rénovation de la communication avec les représentants du personnel et via les représentants du personnel doit continuer de s'inscrire dans un objectif de dématérialisation des échanges :

Ainsi :

- La mise à disposition des informations sur Intrafor, complémentaire du panneau d'affichage physique, doit permettre d'en améliorer l'accessibilité et la réactivité ;
- La base de données unique des représentants du personnel doit être reconfigurée et ainsi utilisée efficacement ;
- Le recours au vote électronique, expérimenté en 2015 pour les élections professionnelles, doit être poursuivi.

Enfin, les moyens mis à disposition du CHSCT, déjà supérieurs à la Fondation à ceux prévus par la réglementation, devront être réévalués au regard de l'importance croissante des missions qui lui sont attribuées.

5.2/Expression du personnel

Le développement de la communication collective à distance doit être poursuivi afin de tenir compte de l'évolution des caractéristiques de la Fondation :

- L'usage encore insuffisamment répandu de la messagerie électronique doit être facilité : la poursuite du développement du processus informatisé d'entrée d'un nouveau salarié permettra la mise à disposition anticipée par sa messagerie personnelle de ses codes de connexion ;
- La déclaration des événements indésirables doit être facilitée par une amélioration de l'ergonomie du logiciel actuellement utilisé (Kalirisk) ;
- La pratique des enregistrements vidéo des interventions de la gouvernance pourrait permettre une diffusion unique et directe aux salariés ;
- L'utilisation d'Intrafor doit être poursuivie (affichage des opportunités de postes, actualités de la Fondation, gestion documentaire, etc.) ;
- La mise en place d'écrans d'information relayant les communications institutionnelles doit être envisagée dans les locaux réservés au personnel à l'instar des écrans destinés aux patients.

Cette communication à distance doit être relayée au niveau des équipes et des individus afin de prendre en compte les suggestions et de faciliter les relations interpersonnelles par la pratique :

- des visites des directeurs au sein des services ;
- des réunions de service ;
- des entretiens professionnels individuels en compléments des entretiens institutionnels.

6/ DEVELOPPEMENT DURABLE ET RESPONSABILITE SOCIALE

6.1/ Valeurs collectives

Le règlement intérieur d'un établissement constitue le référentiel commun permettant à chacun d'adapter son exercice individuel à l'ensemble de la communauté de travail.

Sa portée normative permet de fixer les repères et limites dans un contexte social mouvant.

Sa révision doit ainsi permettre de réaffirmer les valeurs collectives portées par le personnel de la Fondation au service de ses patients.

6.2/ Emploi des handicapés

Il appartient à la Fondation, au titre de sa responsabilité sociale, de participer à permettre aux handicapés d'accéder à un emploi et de le conserver.

Si aucune discrimination en ce domaine n'est contestable, une politique active doit être menée afin de lever les tabous qui sont souvent associés à ces situations conduisant à une communication malaisée, améliorer l'adaptation des postes de travail aux caractéristiques individuelles et atteindre les seuils d'emplois fixés par la loi.

Cette politique s'articulera autour des axes suivants :

- Développer le rôle de la médecine du travail, dans le respect du secret médical qui lui est associé, dans l'identification des situations de handicap et la formulation des recommandations d'aménagement de poste à mettre en œuvre ;
- Développer la communication individuelle via les représentants du personnel afin de lever les réticences et les fausses croyances ;
- Faire connaître et développer le recours aux dispositifs prévus par l'association OETH au niveau de la branche FEHAP ;
- Communiquer via les offres d'emploi sur la compatibilité des postes avec les situations de handicap ;
- Développer la sensibilisation en lien avec la politique handicap patients de l'établissement (affichage, conférences, etc.).

6.3/ Actions humanitaires

La Fondation s'est résolument orientée dans le développement de projets humanitaires.

La création récente, grâce au soutien financier des Fondations Edmond de Rothschild, d'un poste de médecin mi-temps dédié à la coordination des actions de coopération et de développement international permettra d'engager la Fondation et ses salariés dans des actions de coopération en santé publique dans des pays en voie de développement, en privilégiant les actions conjointes avec des structures déjà impliquées et reconnues dans ce champ d'action dans une logique de transfert de compétence avec les opérateurs locaux et en privilégiant les modalités d'action innovantes susceptibles de générer des évolutions de schéma de prise en charge.

Il convient donc de promouvoir la mobilisation individuelle des salariés de l'établissement dans ces programmes, portés par des financements extérieurs.

6.4/ Projet vélo

La Fondation assume comme chaque institution une responsabilité environnementale.

Il lui importe de s'inscrire dans une démarche de développement durable.

À ce titre, et dans le domaine des ressources humaines, un projet « vélo » a été défini avec le comité d'entreprise et doit désormais être mis en place afin d'inciter les salariés à privilégier ce mode de déplacement non-polluant.

Il s'articule autour de :

- La création d'un espace de parking vélo adapté (sécurité/confort) ;
- L'incitation financière à cet usage par une prise en charge conforme aux possibilités instituées par la loi.

7/ DEVELOPPEMENT DU SIRH

Le système d'information « Ressources Humaines » doit être rénové grâce aux évolutions fonctionnelles permises par les nouveaux outils autour de 4 axes :

- Dématérialisation ;
- Automatisation ;
- Traçabilité ;
- Partage de l'information.



6

SCHEMA DIRECTEUR DES INVESTISSEMENTS

2017-2021

I- ORIENTATIONS STRATEGIQUES ET CADRAGE BUDGETAIRE

I-1 Orientations stratégiques

Conformément aux objectifs fixés dans le schéma directeur des investissements 2012-2016, la Fondation a relevé le défi de mettre aux normes l'ensemble de ses locaux, de rénover, renouveler et améliorer l'efficacité de toutes ses capacités de production, tout en répondant présente au rendez-vous de l'innovation.

Consolidée dans ses fondamentaux et avec une activité désormais soutenue dans l'ensemble de ses spécialités, la Fondation s'inscrit dans cette même dynamique pour la période 2017-2021 :

1. poursuite des extensions capacitaires : en effet, la forte hausse d'activité qui s'est traduite par une augmentation exceptionnelle du chiffre d'affaires en 5 ans, devra se poursuivre au cours des 5 prochaines années pour amortir les évolutions tarifaires baissières à venir et préserver ainsi l'équilibre budgétaire de l'établissement et sa capacité d'investissement pour les années futures ;
2. renforcement de l'investissement dans la recherche, l'innovation et le numérique, domaines clefs pour asseoir le leadership hospitalo-universitaire de la Fondation dans ses spécialités ;
3. maintien à niveau des locaux désormais rénovés et réduction de l'empreinte carbone de la Fondation, dans une logique écoresponsable.

I-2 Cadrage budgétaire

L'augmentation du chiffre d'affaires et la maîtrise de l'équilibre budgétaire au cours des 5 dernières années ont permis d'augmenter sensiblement les capacités financières de la Fondation.

Le cadrage budgétaire du schéma directeur des investissements 2017-2021 dépend toutefois fortement de la manière dont s'exécuteront les budgets des 5 prochaines années et de l'atteinte ou non d'objectifs stratégiques majeurs pour la Fondation : réussite du fundraising, du développement de la patientèle internationale, des prestations d'études et d'innovation auprès d'industriels et du plan de sécurisation de la trajectoire financière de la Fondation (maîtrise de l'écart entre recettes et dépenses d'exploitation chaque année). Tous ces éléments conditionnent ainsi la capacité de croissance future de la Fondation.

Le tableau ci-après présente les capacités minimales (19,4M€) et maximales (42,1M€) d'investissement (travaux, équipements, système d'information) sur la période à venir en prenant en compte les pires hypothèses dans le premier cas, et les meilleures dans le second.

Fourchette	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
Minimum en K€	5,85	4,10	3,15	3,15	3,15	19,40
Maximum en K€	6,60	4,86	11,65	12,45	6,55	42,11
<i>dont emprunts nouveaux (en plus de celui déjà prévu au PGFP 2016)</i>	<i>1,50</i>		<i>7,10</i>	<i>7,90</i>	<i>2,00</i>	<i>17,00</i>
<i>dont fundraising & subventions</i>	<i>0,75</i>	<i>0,76</i>	<i>1,40</i>	<i>1,40</i>	<i>1,40</i>	<i>5,71</i>

Rapporté aux budgets annuels prévisionnels de l'établissement, ce cadrage des dépenses d'investissement donne les ratios suivants :

	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL 2017-2021
Projection Chiffre d'Affaire	106,69	108,10	109,58	111,09	111,21	546,67
% age Min / CA	5,48%	3,79%	2,87%	2,84%	2,83%	3,55%
% age Max / CA	6,19%	4,50%	10,63%	11,21%	5,89%	7,70%

La prise en compte de ces données permet, quelles que soient les hypothèses retenues, de respecter les ratios prudentiels applicables aux établissements de santé. Ci-dessous les ratios avec l'hypothèse d'un emprunt complémentaire de 17M€ entre 2019 et 2021.

	2017	2018	2019	2020	2021
Taux de dépendance financière (Seuil d'alerte = 50%)	47,83	43,41	48,65	51,88	48,42
Durée Apparentes de la dette (Seuil d'alerte = 10 ans)	2,59	2,41	3,39	4,50	4,04
Encours de la dette rapporté aux produits (Seuil d'alerte = 30%)	15%	13%	17%	20%	18%

II- POURSUITE DES EXTENSIONS CAPACITAIRES

L'évolution de l'activité de la Fondation, si elle poursuit sa trajectoire actuelle, devrait conduire, malgré les investissements capacitaires déjà réalisés, à une saturation de certains potentiels d'activité d'ici deux à trois ans.

II-1 Augmentation du bloc opératoire central et des salles de soins post-interventionnels

L'augmentation capacitaire du cœur d'activité de l'établissement que représentent le bloc opératoire central et les salles de soins post-interventionnels a déjà été anticipée avec une opération de travaux engagée en 2016 et qui s'achèvera en 2017 : elle permettra d'augmenter de 3 salles le bloc opératoire et de disposer des capacités correspondantes d'aval au niveau des salles de soins post-interventionnels.

Si ces travaux ont été rendus possibles par diverses opérations tiroirs dans l'emprise du bâtiment principal actuel, l'ingéniosité en la matière touche à sa fin et les autres besoins capacitaires nécessiteront l'acquisition d'un bâtiment complémentaire, in situ (extension du « nouveau bâtiment ») ou via une antenne dans Paris.

II-2 Nécessité d'un bâtiment complémentaire in situ ou extra muros

Ainsi, l'activité de réanimation et surveillance continue fortement impactée par la hausse de l'activité d'urgence neurovasculaire nécessitera la création de lits supplémentaires et donc la relocalisation dans un étage plus adapté.

De même le développement de l'activité d'exploration fonctionnelle ORL et maxilo-faciale impliquera une relocalisation dans des locaux plus grands et plus fonctionnels. Cette relocalisation permettrait par ailleurs de libérer des espaces complémentaires sur le plateau d'exploration fonctionnelle ophtalmologique.

Le développement des prises en charge inter-spécialités en hospitalisation de jour et la saturation de l'étage d'ambulatoire long rendent également nécessaire la création d'un nouvel espace adapté et dédié à ces traitements.

Les prises en charges conjointes de cas complexes en NRI et neurochirurgie rendent indispensable la création d'une salle d'opération hybride commune.

L'ergonomie du service d'imagerie nécessite d'être repensée au regard des évolutions de cette discipline en l'inscrivant sur un plateau d'exploration également agrandi pour répondre aux besoins croissants tant internes qu'externes.

Les fonctions supports informatiques, biomédicales et techniques nécessitent de plus en plus d'interactions entre elles et un regroupement de celles-ci sur un plateau unique serait également souhaitable. Ce regroupement permettrait par la même occasion de libérer des espaces de stockage qui font aujourd'hui cruellement défaut.

La salle de conférence apparaît elle aussi limitée aujourd'hui sur le plan capacitaire au regard des besoins liés aux actions de formation interne et externe développées par la Fondation.

De premières études exploratoires permettent d'envisager la création d'un bâtiment complémentaire, dans le prolongement du « nouveau bâtiment », pour répondre à ces besoins à horizon 2020-2021, modulo les exigences urbanistiques concernant la préservation des espaces verts protégés qui constituent une limite technique importante à lever.

Le montant estimé pour une telle construction est de l'ordre de 15 à 20 M€. Or, si l'on considère les besoins d'investissements courants et récurrents d'une année sur l'autre (informatique, équipements biomédicaux, logistique etc...), une telle construction ne pourra s'envisager que si la fourchette haute de la capacité d'investissement est atteinte.

Dit autrement, l'engagement de ce projet ne sera possible que si la Fondation atteint ses objectifs d'excédents budgétaires sur la période et obtient, par ailleurs, des crédits complémentaires par fundraising ou autres mécanismes de subventions externes publiques (COPERMO) ou privées (notamment dans le cadre de partenariats internationaux).

Des opportunités foncières alternatives extérieures sont également susceptibles de se présenter et de nourrir la réflexion sur les pistes à privilégier pour poursuivre et sécuriser la dynamique de croissance d'activité clinique, la dynamique de recherche et d'innovation (en lien étroit avec universités et industriels) et enfin la dynamique d'ouverture et de visibilité internationale de la Fondation.

II-3 Implantation possible de nouveaux centres externes et « corners Fondation »

Afin de consolider son recrutement et son rayonnement tout en concentrant son plateau technique hospitalier sur les activités médicales et chirurgicales à forte plus-value, la Fondation a décidé de développer des antennes d'activités de consultation et d'exploration sur Paris, soit de manière autonome (création de centres externes intégralement Fondation), soit sous la forme de « corners Fondation » au sein de structures de soins partenaires existantes (centre de santé Richerand, COSEM à Opéra, centre Sarah Santé Auteuil etc...).

Ces implantations nécessiteront plus ou moins d'investissement en propre, selon les formes de partenariat retenues.

III- RECHERCHE, INNOVATION & POURSUITE DU VIRAGE NUMERIQUE

Ce deuxième axe d'investissement s'inscrit lui aussi dans une optique de consolidation des acquis de la Fondation en matière de recherche, d'innovation et d'informatisation au cours des 5 dernières années.

III-1 Salle blanche

La création d'une salle blanche, en proximité immédiate de la stérilisation et sous la responsabilité de la pharmacie, est envisagée pour 2017 afin de répondre à plusieurs objectifs :

- Etre en capacité de produire en propre les doses d'Avastin nécessaires aux IVT ;
- Pouvoir offrir à nos patients l'accès aux collyres aujourd'hui rétrocédés dans d'autres officines hospitalières ;
- Disposer des locaux permettant la réalisation de nouvelles études cliniques incluant un volet préparation pharmaceutique au sein de la Fondation.

III-2 Laboratoire de recherche en thérapie génique et cellulaire

La création d'un laboratoire de recherche en thérapie génique et cellulaire au 39 bis avenue Mathurin Moreau constitue un axe majeur d'investissement pour compléter le spectre des activités de recherche médicale de la Fondation. L'ambition est de créer un laboratoire permettant de capitaliser sur l'expertise de plusieurs médecins chercheurs de la Fondation dans ce domaine, et tout particulièrement s'agissant des thérapies « régénératives » de l'œil. Un tel laboratoire aura vocation à s'inscrire dans des partenariats nationaux (INSERM, AP-HP) mais également des études et échanges internationaux avec des laboratoires tels ceux d'Harvard qui mènent des recherches similaires à Boston ou d'autres encore au Japon. Ce nouveau laboratoire de recherche sera un maillon clef pour inscrire la Fondation à l'avant-garde dans le développement des traitements innovants de demain (thérapies personnalisées, prenant en compte les spécificités génomiques de chacun).

III-3 Poursuite du virage numérique

Le socle de base du dossier patient informatisé a été posé en 2015-2016. Celui-ci s'appuie sur la solution DXcare de Medasys. Il reste à en parfaire l'ergonomie (notamment en mettant en place un mode d'identification unique et communiquant entre les applications) et à déployer les modules de spécialités répondant aux besoins métiers des différents services et aux nouveaux usages émergents : télémédecine, objets connectés, échanges dématérialisés à distance, téléconseils médicaux qui constituent autant de domaines potentiels d'étude clinique et d'évolution organisationnelle sur lesquels la Fondation doit maintenir son rôle moteur d'innovation.

Ce déploiement sera l'occasion de clarifier également les périmètres et l'articulation entre le dossier patient et les bases de données de recherche, l'objectif étant de sécuriser ces bases tout en évitant au maximum les redondances de saisie.

Compte tenu de ces enjeux, le budget annuel consacré aux sujets IT sera garanti à hauteur de 1,5M€ par an sur toute la période.

III-4 Plan annuel d'équipement biomédical

L'une des forces de la Fondation en matière de prise en charge clinique et d'activité de recherche est qu'elle a su consacrer les efforts nécessaires pour garantir les meilleurs standards à ses équipes médicales et soignantes en termes d'équipements, avec notamment l'acquisition d'équipements de pointe de toute dernière génération (scanner très faiblement irradiant, IRM 3T, Laser Femtoseconde, tables bi-plan en NRI, microscopes opératoires).

Mais pour atteindre les niveaux d'activité actuels, les efforts d'investissements biomédicaux des dernières années (contraints par les fortes dépenses de travaux) ont surtout consisté à compléter le parc avec des équipements nouveaux. Afin de prévenir les risques d'obsolescence de ce parc, il convient également dans ce domaine, de majorer et sécuriser l'enveloppe qui y est consacrée, à hauteur de 2M€ par an (versus 1,4M€/an en moyenne au cours des 5 dernières années).

III-5 Salle hybride neurochirurgie – neuroradiologie interventionnelle

Ce projet envisagé dans le précédent schéma directeur, sous réserve de la signature d'un partenariat industriel, n'a pu être réalisé, compte tenu de l'ampleur des travaux de rénovation et mise aux normes conduits à l'échelle de l'établissement et d'autres priorités d'investissement.

Pour autant, la perspective de construction d'un nouveau bâtiment, le développement des pratiques et des savoirs en matière d'implantologie (ex : deep-brain stimulation pour le Parkinson et les dystonies de l'enfant), les innovations en matière de navigation endovasculaire en NRI, le renforcement des coopérations et interventions croisées entre médecins des services de NRI et de neurochirurgie dans le cadre de la permanence des soins neurovasculaires, l'augmentation significative du nombre d'hémorragies méningées intracérébrales, sont autant de facteurs qui plaident pour explorer plus avant ce projet de salle hybride afin qu'il voit le jour au cours des 5 prochaines années, dans le cadre d'un partenariat industriel incluant un volet recherche & développement.

IV- MAINTIEN A NIVEAU DES LOCAUX ET REDUCTION DE L'EMPREINTE CARBONE

IV-1 Entretien courant des bâtiments

L'ensemble des locaux de la Fondation ayant désormais été rénové, il est important de veiller au cours des 5 prochaines années à maintenir en l'état ces locaux qui répondent désormais aux normes réglementaires en matière de sécurité électrique, incendie, sécurité des réseaux d'eau et d'accès. Un plan de rafraîchissement devra être arrêté et mis en œuvre selon l'ancienneté des rénovations et l'état d'usage.

IV-2 Maîtrise énergétique : isolation et groupe électrogène

La rénovation des locaux n'a pas permis, compte tenu des contraintes budgétaires, d'adresser l'ensemble des besoins, notamment s'agissant de la réfection de la totalité des fenêtres et ouvertures extérieures. Celle-ci sera privilégiée sur la période 2017-2021, ainsi que toute mesure susceptible de réduire l'empreinte carbone de la Fondation (références de luminaires moins consommateurs par exemple).

De même, conformément aux orientations du précédent schéma directeur, les mesures de sécurisation des installations électriques et notamment du tableau général basse tension (TGBT) ont été prises, mais il restera à renouveler le groupe électrogène, là encore avec un équipement présentant les meilleures garanties sur le plan de l'empreinte environnementale.

IV-3 Local vélo sécurisé

Afin de favoriser l'usage du vélo, l'opération de travaux du rez-de-chaussée s'achèvera en 2017 avec la création le long de l'avenue Mathurin Moreau d'un abri sécurisé et spécialement aménagé pour promouvoir l'utilisation de ce mode de transport parmi les salariés de la Fondation.

IV-4 Plan annuel d'équipement hôtelier, logistique et général

Une enveloppe annuelle de 300 K€ est prévue sur la durée du schéma directeur 2017-2021 afin d'assurer le renouvellement des équipements hôteliers, logistiques et généraux.

S'ajoutera à cela un projet de réaménagement du self qui sera soumis à étude dans le cadre du renouvellement, en 2017, de l'appel d'offre du prestataire de restauration, l'objectif étant de trouver une solution pour améliorer le confort des salariés qui fréquentent le self, à commencer par une meilleure gestion des pics d'affluence, qui génèrent aujourd'hui beaucoup trop d'attente.

Tableau indicatif des investissements 2017-2021

	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
Fourchette capacité d'investissement						
A Minimum	5 850 000,00 €	4 100 000,00 €	3 150 000,00 €	3 150 000,00 €	3 150 000,00 €	19 400 000,00 €
B Maximum (fundraising + subvention + résultat exploitation excédentaire à compter de 2018)	6 600 000,00 €	4 860 000,00 €	11 650 000,00 €	12 450 000,00 €	6 550 000,00 €	42 110 000,00 €

	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
Systeme d'information	1 500 000,00 €	1 500 000,00 €	1 500 000,00 €	1 500 000,00 €	1 500 000,00 €	7 500 000,00 €
Equipement biomédical	2 000 000,00 €	2 000 000,00 €	2 000 000,00 €	2 000 000,00 €	2 000 000,00 €	10 000 000,00 €
Hôtellerie & Logistique	300 000,00 €	300 000,00 €	300 000,00 €	300 000,00 €	300 000,00 €	1 500 000,00 €
Rénovations & Entretien	500 000,00 €	300 000,00 €	300 000,00 €	300 000,00 €	300 000,00 €	1 700 000,00 €
<i>Unité NV 48 Mmoreau Isolation & Fenêtres</i>	400 000,00 € 100 000,00 €					
Extension Bloc et SSPI	600 000,00 €					600 000,00 €
Salle Blanche	400 000,00 €					400 000,00 €
Laboratoire Recherche	300 000,00 €					300 000,00 €
SELF	200 000,00 €					200 000,00 €
Aménagement Vélos & VRD	200 000,00 €					200 000,00 €
Groupe électrogène	600 000,00 €					600 000,00 €
Corners FOR		400 000,00 €	400 000,00 €	400 000,00 €	400 000,00 €	1 600 000,00 €
C TOTAL	6 600 000,00 €	4 500 000,00 €	4 500 000,00 €	4 500 000,00 €	4 500 000,00 €	24 600 000,00 €
A- Marge A / Bâtiment complémentaire y inclus Salle Hybride	-750 000,00 €	-400 000,00 €	-1 350 000,00 €	-1 350 000,00 €	-1 350 000,00 €	-5 200 000,00 €
B- Marge B / Bâtiment complémentaire y inclus Salle Hybride	0,00 €	360 000,00 €	7 150 000,00 €	7 950 000,00 €	2 050 000,00 €	17 510 000,00 €
C						
Bâtiment complémentaire dont salle hybride			2 500 000,00 €	10 000 000,00 €	5 000 000,00 €	17 500 000,00 €



7

SCHEMA DIRECTEUR DU SYSTEME D'INFORMATION

2017 - 2021

SOMMAIRE

INTRODUCTION179

BILAN DU PLAN 2012-2016

1. CONTEXTE	180
2. RESULTATS OBTENUS	180
3. ELEMENTS RECONDUITS	181

AXES STRATEGIQUES DU PROJET 2017-2021

1. INTERACTION AVEC LE PATIENT	182
L'ACCUEIL	182
LA GESTION COURANTE	182
LA PATIENTELE ETRANGERE	182
L'HOTELLERIE HOSPITALIERE	182
LA GESTION DU HANDICAP	182
LE SUIVI ET LES SOINS HORS FONDATION	183
2. COLLABORATIONS RENFORCEES ENTRE ACTEURS	183
INTER SERVICES	183
PARTENARIATS ET ACCORDS ENTRE ETABLISSEMENTS	183
ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE	184
3. CROISSANCE	184
INTERNE	185
CEDR ET CORNERS	185
INTERNATIONAL	185

LES FONDAMENTAUX

1. ASPECTS REGLEMENTAIRES	186
2. INFRASTRUCTURES, SYSTEMES ET RESEAUX	186
3. ASPECTS SECURITAIRES	186

LA GOUVERNANCE

1. STRUCTURE DE L'EQUIPE	187
2. QUALITE DE SERVICE	187
3. PILOTAGE ET LE SUIVI	188
4. CREATION DE VALEUR	188
5. COMMUNICATION	189

SYNTHESE ET CADRAGE FINANCIER189

CONCLUSION190

INTRODUCTION

La démarche d'élaboration du schéma directeur du Système d'Informations est un des socles constitutifs du projet institutionnel.

La logique de construction du projet institutionnel suppose une articulation entre les différents projets. De fait, le schéma directeur du système d'informations s'inscrit dans ce cadre afin de prendre en compte les orientations du projet médical et les objectifs du projet qualité.

Ce schéma, dans son alignement stratégique avec le projet médical d'établissement, définit la manière dont il supporte cette stratégie. Il identifie aussi ses propres axes de développement afin de faire face aux évolutions sécuritaires et réglementaires nécessaires, ainsi qu'aux possibilités d'innovation technologique susceptibles de compléter l'offre de service de la Direction du Système d'Informations.

La démarche retenue s'appuie sur les étapes suivantes :

- Faire le bilan du précédent schéma directeur ;
- Identifier les axes stratégiques qui doivent être en adéquation avec le nouveau projet d'établissement ;
- S'appuyer sur l'expérience acquise en mettant en place le socle du DPI (prescription, rendez-vous, plan de soins, ...) et, stabiliser, optimiser et poursuivre son déploiement au travers des dossiers de spécialité et de la dématérialisation ;
- Identifier les compléments techniques nécessaires pour délivrer les services dans les meilleures conditions ;
- Intégrer les contextes sécuritaires et réglementaires ;
- Intégrer au mieux l'innovation technologique existante et naissante pour conserver et accroître le niveau d'excellence ;
- Adapter si besoin notre équipe et notre fonctionnement afin de délivrer le meilleur service possible pour supporter la stratégie et les fondamentaux de sa mise en œuvre ;
- Estimer les moyens nécessaires ;
- Définir comment ce plan sera piloté et suivi et éventuellement adapté en fonction des changements environnementaux et contextuels auxquels la Fondation devra faire face.

Bilan du plan 2012-2016

1. Contexte

La proposition du plan précédent s'appuyait sur un constat dont la réalité s'est avérée un peu plus complexe. Les travaux de modernisation des infrastructures ont été plus importants que prévus. L'implémentation de nouvelles solutions logicielles a entraîné la révision de certains processus métiers et le développement de toutes nouvelles interfaces, ce qui est très positif.

Malgré les moyens financiers et humains mis en œuvre, toutes les actions prévues n'ont pu être réalisées dans les délais impartis. Corrélativement, l'évolution de la situation a amené à faire certains ajustements et à changer certaines priorités afin de coller à la stratégie de la Fondation mais aussi de faire face aux changements externes qui ont impacté avec la Fondation.

2. Résultats obtenus

Au cours des cinq années écoulées, de nombreuses et profondes évolutions ont été réalisées, en phase avec le projet défini, tant sur le plan infrastructure que dans le domaine des applications. En voici les principaux éléments :

- Câblage et fournitures de connexions informatiques suffisantes
- Augmentation des capacités de débit du réseau informatique
- Adhésion à la fibre optique du GCS-SESAN
- Virtualisation de serveurs
- Stockage sécurisé et redondé de l'imagerie médicale
- Migration des postes de travail de Windows XP à Windows 7 et amorce d'un renouvellement du parc informatique et de son homogénéisation
- Mise à jour et synchronisation des annuaires métier et informatique
- Refonte du réseau Wifi
- Mise en place de répéteurs GSM
- Remplacement de la téléphonie analogique par une téléphonie sur IP pour les postes fixes. Mise en place d'un serveur vocal interactif
- Remplacement du logiciel de gestion des produits pharmaceutiques et mise en place d'armoires à médicaments interconnectées
- Arrêt de la suite QSP, obsolète et insuffisante pour supporter notre activité
- Mise en place d'une Gestion Administrative du Patient, accompagnée de la dématérialisation des dossiers patients et d'une solution de mise à jour des dossiers administratifs par les patients eux-mêmes via internet
- Remplacement du logiciel de gestion comptable et financière ainsi que de l'outil de gestion des engagements
- Implémentation d'un MACS pour gérer et stocker l'ensemble de l'imagerie médicale de la Fondation
- Evolution du dossier de spécialité d'Ophtalmologie, interconnexion avec le MACS pour gérer l'imagerie afférente
- Acquisition d'un PACS spécialisé pour la radiologie, complément au MACS et aux outils d'analyse d'image en place, en phase avec les choix TerriSanté
- Activation de l'application de télémédecine Ortif Téléneuro
- Démarrage du Dossier Patient Informatisé et plus particulièrement de la prise de rendez-vous avec rappel par SMS et de la prescription multimodale
- Dématérialisation des documents médicaux externes relatifs au patient et stockage dans le DPI
- Remplacement du système de dictée vocale avec évolution vers une solution intégrant la reconnaissance vocale et la mobilité

3. Éléments reconduits

Du fait du nombre important des évolutions et changement réalisés, certains sujets n'ont pu être que partiellement traités, d'autres ont été ajournés. Dès lors qu'ils sont contributifs à la stratégie du nouveau plan, il est légitime de les poursuivre ou de les reconduire.

Sont concernés les points suivants :

- Les dossiers de spécialité qui vont compléter le DPI
- La dématérialisation et tout particulièrement celle des archives existantes
- La télémédecine avec Ortif qui se doit de se développer
- La sécurité et la facilité d'accès aux applications via le SSO
- La reconnaissance vocale dont il faut étendre l'usage
- L'interopérabilité applicative
- La continuité d'activité via un PRA optimisé, voir un PCA
- La consolidation et l'analyse d'informations (Datawarehouse, Business Intelligence)
- La gestion analytique et les outils de type « balanced scorecard »



Axes stratégiques du projet 2017-2021

Le plan institutionnel définit les axes de réflexion et de travail au niveau hospitalier, soins, recherche et enseignement.

L'informatique, service support par excellence des métiers, s'aligne étroitement sur cette stratégie et envisage son accompagnement selon la proposition suivante.

1. Interaction avec le Patient

L'accueil

Avant d'accueillir le patient, il faut être capable de répondre à sa demande de rendez-vous. Les outils sont en place mais l'interaction entre notre DPI et l'application Doctolib (gestion de rendez-vous à partir d'une plateforme internet à laquelle le patient accède directement) doit monter en puissance pour gagner en souplesse. L'outil permettra aussi la mise en avant de nos médecins, force vive de la Fondation. Par ailleurs, nous devons aussi poursuivre notre travail pour accroître la qualité de notre accueil téléphonique, envisager la reconnaissance du patient dès cette prise de contact dès lors qu'il est connu de la Fondation, via une solution de fiche d'identification de l'appelant.

Le patient disposant d'un dossier doit pouvoir facilement l'alimenter de documents et d'informations qui permettront d'accélérer et de fiabiliser son rendez-vous. C'est un des axes de la dématérialisation du dossier patient.

La gestion courante

Afin de répondre à une activité qui va devoir croître au sein de l'établissement et devenir de plus en plus qualitative, nos médecins et nos soignants doivent pouvoir accéder de façon sécurisée et rapide aux informations. Le projet d'accès par mot de passe unique (SSO) et le développement de la mobilité (communications, applications, ...) sont des axes qui vont contribuer fortement à cette nécessité. Cet axe « mobilité » pourra par ailleurs être complété par une réflexion et éventuellement un projet de tablettes. Le travail amorcé avec le changement de système de dictée vocale doit se poursuivre en développant les axes de reconnaissance vocale et de facilitation du travail administratif des secrétaires (impression externalisée de compte-rendu ainsi que de tout type de courrier, envoi par email préféré à l'envoi par la poste, ..).

La patientèle étrangère

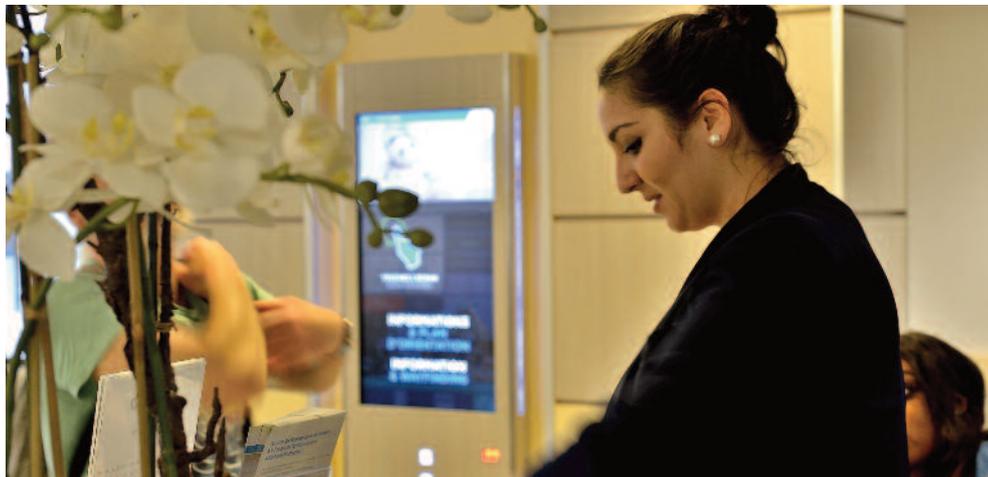
La Fondation accueille de plus en plus de patients étrangers. Cela n'est pas sans difficulté du fait des problèmes de langues en particulier. Nous pouvons proposer 4 axes d'amélioration. Le premier serait de poursuivre le développement de notre site web en multi langue et de le dynamiser. Le deuxième consisterait à déployer une solution ergonomique de "Second opinion on line". Le troisième, assez convenu, consisterait à pouvoir produire a minima des comptes rendus en anglais, idéalement multi langue depuis notre système de dictée. Le troisième, plus innovant, serait d'user d'un réseau LIFI afin de mettre à disposition, sur des dispositifs mobiles, un contenu dynamique et adapté au patient.

L'hôtellerie hospitalière

La patientèle, étrangère, mais pas uniquement, peut dans certains cas nécessiter un traitement particulier. Un des axes de développement de la Fondation passe par une approche « hôtelière » de l'hospitalisation. Ce patient, du fait de la barrière des langues entre autres, pourra être amené à recevoir un service plus spécifique, et à ce titre, 2 axes majeurs peuvent être développés. Le premier vise sur la mobilité pour le patient comme pour les soignants au travers de dispositifs et de solutions logicielles métiers adaptés. Le second vise à renforcer la gestion même de cette patientèle via une solution logicielle dédiée, plus en rapport avec l'esprit hôtelier, façon séjour « all inclusive ».

La gestion du handicap

Le premier niveau d'accueil de cette patientèle passe par la proposition de services que nous pouvons lui offrir. À ce titre, le projet de faire évoluer notre site web afin de le rendre « e-accessible » est une des bases de la considération de ces patients.



Le suivi et les soins hors fondation

La nécessité de tendre vers une hospitalisation de plus en plus courte oblige à augmenter la gestion des actes en ambulatoire court ou long. De fait, si des patients doivent bénéficier de soins consécutifs ou d'un suivi spécifique, cette approche peut en compliquer la gestion. Un partenariat renforcé avec la Fondation Croix Saint-Simon pour favoriser l'hospitalisation à domicile va permettre une continuité dans la gestion du patient. Il peut s'accompagner d'un projet innovant, dont on parle de plus en plus dans le monde médical, sur la base d'objets connectés comme des bracelets connectés ou des puces sous-cutanées pour la prise de constantes à distance et la transmission d'informations inter opérant avec le DPI.

Pour rester plus terre à terre : mettre en place les outils permettant d'accélérer la diffusion des documents médicaux permettant la continuité des soins avec l'extérieur (lettre de liaison, CRH, CRO...)

2. Collaborations renforcées entre acteurs

La Fondation, pour répondre aux attentes des patients et délivrer des services de qualité, a besoin de voir l'ensemble de ses unités fonctionnelles travailler la main dans la main, épaulées par des solutions techniques et applicatives efficaces. De plus, elle n'avance pas seule. Elle représente un complément ou une continuité dans ses propositions de gestions de pathologies, à des GHT ou d'autres établissements. Forte par ailleurs de ses spécialités et de ses spécialistes, elle se positionne en acteur incontournable de la recherche et de l'enseignement.

Inter services

Le Dossier Patient Informatisé favorise le décloisonnement des services et facilite le transfert des informations caractérisant le patient. La Fondation ayant basé son activité sur des spécialités « tête et cou », ce DPI doit être complété de dossiers de spécialités adaptés car il ne sait pas nativement répondre à nos besoins avancés. Le choix de solutions d'avant-garde dans les domaines de l'Ophtalmologie, de l'ORL ou encore de l'Anesthésie et de la Réanimation est un impératif qui viendra contribuer au DPI et favoriser le partage d'informations précises et fiables entre les différentes spécialités. L'apport, par ailleurs, de bases de connaissances, d'entrepôts de données, et, une capacité d'analyses croisées des informations favorisera le partage et la transmission des informations au bon moment et aux bons destinataires.

La dématérialisation des documents et l'accès facilité au système d'information via la mobilité et la gestion d'accès simplifiée, apporteront le complément nécessaire à ces solutions logicielles.

Avec la dématérialisation et la concentration des informations au sein du DPI, il ne faudra pas perdre de vue la confidentialité des données médicales et personnelles du patient et rester vigilant sur l'accessibilité de ces données, tant à l'intérieur de l'établissement, que vis à vis de l'extérieur.

Partenariats et accords entre établissements

Anticipant sur la création des GHT, la Fondation a développé et continue à développer des conventions de partenariat avec d'autres associations et de nombreux établissements hospitaliers. Les regroupements hospitaliers en cours permettent à la Fondation de se positionner comme partenaire de spécialités de GHT proches (93-95). Enfin, un partenariat plus élaboré avec La Fondation Diaconesses Croix Saint-Simon vise en plus du développement de l'HAD à favoriser les synergies au niveau des services informatiques et des systèmes d'informations.

Pour favoriser ces partenariats, renforcer le lien ville-hôpital ainsi que le lien avec le « médecin de ville », l'accent sera mis sur la messagerie de santé sécurisée et la télémédecine afin de placer le Système d'Informations tant en amont qu'en aval de l'Hôpital, depuis le rendez-vous jusqu'au suivi du Patient.

Enseignement et Recherche

Ce dernier aspect de la collaboration met l'accent sur la recherche, de plus en plus présente dans la Fondation, et la capacité à transmettre des connaissances via l'enseignement.

Historiquement, et plus récemment avec les travaux du Centre d'Etudes et d'innovation en Santé de la Fondation, des bases de données spécifiques (Neurochirurgie ou NRI par exemple) se sont développées et permettent d'accéder à des informations d'études et de statistiques liées aux spécialités gérées. L'arrivée du Dossier Patient Informatisé (DPI), centre névralgique des données Patient, va entraîner un travail de fond pour maximiser l'intégration de ces bases ou tout au moins leur articulation avec le Dossier Patient.

En parallèle, il existe des bases de données externes, nationales ou internationales, académiques ou industrielles (maladies orphelines : Orphanet, maladies rares : BNDMR, ...), qui pourraient s'avérer intéressantes et pertinentes pour compléter nos bases de données internes et pour éventuellement permettre la mise en œuvre d'une collaboration avec la Fondation afin de contribuer à leur alimentation et pourquoi pas leur évolution.

Pour la recherche, les outils collaboratifs tels que Skype, qui est aussi le support de la mobilité au sein de la Fondation, doivent encore être développés et complétés de systèmes de portails et de forums ainsi que de plateformes collaboratives de type SharePoint.

Concernant l'enseignement, une première approche a commencé cette année avec un outil de e-learning. Ceci doit être développé et industrialisé via des processus plus définis et plus informatisés afin de créer plus de contenus et d'optimiser leur fourniture, leur diffusion et éventuellement la rémunération qui pourrait en découler.

3. Croissance

La Fondation, établissement hyperspécialisé de petite taille, doit faire face à la concurrence des (futurs) GHT et autres établissements plus importants. Pour rester compétitive, elle doit donner à ses spécialistes les moyens d'exercer leur profession dans les meilleures conditions.

Ainsi, en 2015, après un benchmark portant sur 19 solutions, le DPI Dxcare de Medasys a été retenu et s'est implanté dans la Fondation afin de disposer d'un véritable Dossier Patient Informatisé qui fait rentrer concrètement la Fondation dans l'ère du numérique et de la dématérialisation.

A fin 2016, le socle du DPI sera en place, en attendant la finalisation du dossier médical, le déploiement des dossiers de spécialités et l'articulation avec les bases de données médicales qu'il faudra prioriser en 2017 et au-delà.

Ainsi, la programmation des rendez-vous, la bureautique, la prescription multi modale, la cotation des actes, l'intégration des résultats de biologie, la pancarte, le dossier de soins, auront été déployés et seront opérationnels pour tous les services de la Fondation, depuis la consultation externe jusqu'aux différents modes d'hospitalisation.

Il faudra aussi, sur ce chemin de la modernisation, tenir compte de la certification qui se tiendra en 2018 et nécessitera vraisemblablement un travail de revalidation de nos processus et une révision des dossiers caractérisant nos applications.

Pour rester concurrentielle, Il est nécessaire à la Fondation de maintenir son activité dans l'excellence, et, de tout faire pour l'accroître. L'espace étant compté dans la Fondation, il faut « exporter » le savoir et les compétences vers d'autres établissements et vers d'autres lieux géographiques.

Interne

Comme énoncé, la Fondation est limitée physiquement par l'espace qu'elle peut occuper. L'accroissement de son activité va passer par sa capacité à faire évoluer ses processus et à les automatiser le plus possible afin de gagner en efficacité et productivité. Ainsi, le DPI lui-même, l'ensemble des dossiers de spécialités, la prescription connectée en Biologie, l'apport de Doctolib pour mettre en avant les médecins et faciliter la prise de rendez-vous directe des patients sont des évolutions incontournables pour répondre à ce besoin. La connexion de notre DPI au Dossier Patient National (ex DMP) est un objectif qu'il nous faudra probablement adresser pour disposer d'informations électroniques en amont de la venue d'un patient. La gestion sécurisée et simplifiée des accès aux applications pour faciliter le travail des différents acteurs et l'avènement des objets connectés pour suivre le patient sont des évolutions qu'il faut aussi prendre en considération.

CEDR et Corners

Le CEDR ouvert fin 2015 a montré que cette approche était complémentaire à l'offre de services de la Fondation. Il est donc convenu que ce type de centre, originellement proche géographiquement de la Fondation, pouvait avoir du sens pour proposer une offre intermédiaire à celle de la Fondation, et, que ces entités « autonomes » pourraient être implantées à distance de la Fondation pour proposer plus de proximité aux Patients et permettre d'accroître sa patientèle. Sur le même modèle mais d'une structure moins importante, il est envisagé de créer des « corners » pour porter le savoir-faire de la Fondation dans d'autres établissements hospitaliers.

Si le CEDR, de par sa proximité géographique avec la Fondation, utilise directement le même système d'informations, ces unités, distantes, devront reposer sur un socle de solutions matérielles et logicielles qui reste à définir concrètement et pour lequel il faut qualifier son mode de fonctionnement (hébergement, support distant et de proximité, référents métiers et techniques, ...) afin de pouvoir parfaitement fonctionner de façon autonome tout en alimentant le système d'informations de la Fondation.

International

Par extension, la Fondation envisage aussi d'exporter son savoir-faire en dehors de nos frontières. S'il s'agit de fournir, un peu comme pour des corners ou des CEDR, un environnement de travail, on peut envisager un kit, composé d'un environnement matériel et logiciel pour une exploitation autonome distante, ou, se limiter aux aspects logiciels et proposer une solution d'hébergement ou encore de connexion à la Fondation, en utilisant les briques logicielles en place. Une telle proposition se complexifie du fait de la distance, de la gestion des langues, du type de service qui serait à mettre en place pour supporter une telle offre et mériterait peut-être d'étudier des possibilités de partenariat avec les éditeurs impliqués au travers de leurs solutions logicielles. Là encore les aspects de sécurité des données et leur confidentialité devront faire l'objet d'une étude appropriée, dépendante de la solution retenue et de son fonctionnement.

Les Fondamentaux

Au-delà des axes stratégiques, la direction du Système d'information a de nombreuses obligations. La sécurité et le respect de directives réglementaires des instances régissant la santé en font partie. Mais cela serait incomplet sans une capacité à se projeter et sur la base des besoins métiers identifiés, définir les évolutions pérennes des infrastructures informatiques qui vont permettre de supporter l'ensemble des évolutions attendues.

1. Aspects réglementaires

La constante évolution du milieu de la santé, tant au niveau national que régional, la nouvelle loi de modernisation entrée en vigueur cette année et qui va, entre autres, conduire à la création de regroupements territoriaux (GHT), les différentes agences telle que l'ASIP qui apportent leurs lots réguliers d'adaptations, concourent à des impacts majeurs sur notre système d'informations et nos processus. Il est difficile à l'avance d'identifier concrètement comment et à quelle hauteur cela va nous impacter mais il est impératif de rester à l'écoute, de faire une veille réglementaire et d'être prêt à nous adapter en fonction des sujets.

Sur cet axe réglementaire, il faut aussi envisager l'évolution de notre solution de gestion des ressources humaines. La solution actuelle se limite à une gestion de la paie. Elle est reconnue comme dépassée. La solution future pourra être une évolution majeure prenant en compte en dehors de la paie d'autres aspects comme la gestion des congés, la gestion de carrière, la formation, ... Ce changement sera bénéfique à la relation des salariés avec la Fondation et favorisera leur suivi et leur évolution.

2. Infrastructures, systèmes et réseaux

Afin de répondre à une activité croissante, demandant de plus en plus de précision, d'interaction et de collaboration entre services, de partage et de mise à disposition d'informations de plus en plus volumineuses (imagerie médicale en particulier), d'une continuité de service permanente, nous devons disposer d'une infrastructure solide et éventuellement redondée. Ceci va nous conduire à mettre en place un second cœur de réseau, centre névralgique de l'infrastructure, et de lancer une étude afin d'aller plus loin que le Plan de Reprise d'Activité (PRA) en place et tendre vers un Plan de Continuité (PCA) temps réel.

Il faut par ailleurs que le réseau soit capable de supporter l'échange croissant de données de plus en plus « lourdes ». Le travail entrepris sur le plan institutionnel précédent se poursuit pour stabiliser la qualité de nos réseaux (filaire et Wifi) et accroître leur puissance et leur débit.

Enfin, face à cette quantité de données toujours plus conséquente, nous devons poursuivre la montée en puissance de notre cluster de stockage et commencer à envisager une solution d'archivage pour les données plus anciennes ou moins utilisées, en nous appuyant éventuellement sur la proposition du GCS Sesan.

3. Aspects sécuritaires

En complément de ces considérations, il ne faut pas oublier la sécurité du système d'informations. Si ce point est souvent vu comme une contrainte, tant par les informaticiens que les utilisateurs, il représente aujourd'hui, dans un environnement où tout ou presque passe par des transactions électroniques, une obligation. De nombreux points ont été traités dans le plan précédent (pare-feu, antivirus et anti spam, ...) mais face à des menaces (terrorisme par exemple), de plus en plus présentes, nous nous devons de renforcer le contrôle et la traçabilité des accès à notre système d'informations, suivre de façon plus précise les arrivées et les départs de nos collaborateurs, salariés, stagiaires ou partenaires. La diversification des possibilités de mise à disposition ou d'accès à des applications (Cloud, SAAS, ...), porteuse de facilités, qu'il va falloir considérer de plus en plus comme un moyen de compléter notre SI local, est aussi un vecteur d'insécurité qu'il va falloir gérer.

Cela étant, on peut aussi opposer à cette difficulté une opportunité. Ainsi la simplification des accès aux applications au travers d'une application « Single Sign On » (SSO) va être un apport en termes de sécurité tout en permettant aux utilisateurs d'utiliser plus rapidement les logiciels qui leur sont fournis, malgré une identification nominative, essentielle.

La Gouvernance

L'accompagnement de telles transformations numériques doit se faire avec méthodologie et rigueur. Il faut pouvoir disposer des bonnes compétences, piloter et suivre l'activité et mesurer la qualité des services fournis pour pouvoir ajuster la proposition en fonction des priorités définies. L'un des principaux challenges s'agissant du déploiement de l'informatisation en santé est l'interfaçage avec les équipements biomédicaux et autres objets connectés. Ceci nécessite un croisement d'expertises au quotidien qui interroge la séparation des fonctions supports IT et biomédical, afin d'améliorer la pertinence et la réactivité de la réponse dans une logique de type « guichet unique ».

1. Structure de l'équipe

La transformation de l'équipe informatique, les recrutements qui sont venus la renforcer, et, tout récemment sa réorganisation en 3 pôles Projets et Applications, Infrastructures, Sécurité et Communications, Parc et Support vont dynamiser son fonctionnement et permettre une meilleure collaboration dans la gestion des projets.

L'intégration d'un chef de projet orienté Biomédical, sur la fin de l'année 2016, va par ailleurs améliorer la collaboration avec les services techniques et biomédicaux et fluidifier la coordination et le traitement des demandes des utilisateurs. Cette approche va faciliter le décloisonnement entre services et devrait permettre là encore d'améliorer collaboration et gestion de projets. L'évolution du support informatique vers un guichet unique, permettant aux utilisateurs de ne pas se poser de question sur le bon interlocuteur, pourra alors être envisagée.

Ces premiers ajustements seront complétés par une analyse des possibilités de regroupement des fonctions supports IT, biomédicales et techniques dans une seule et même entité géographique, voire organisationnelle, afin de favoriser ses synergies au quotidien.

Par ailleurs, afin de promouvoir une approche aussi volontariste que possible en matière de dématérialisation, le service des archives est rattaché à la direction du système d'information.

La poursuite des projets engagés et à venir impliquera également une réflexion sur les choix les plus efficaces à privilégier pour garantir un parfait niveau d'expertise et une complète continuité de service : externalisation pour les expertises les plus pointues, mutualisation avec un autre établissement, renfort de certaines fonctions supports.

2. Qualité de service

La démultiplication des systèmes et des solutions logicielles pour répondre aux besoins des utilisateurs complexifie l'environnement de travail de tous. Un accent tout particulier sera mis, au travers de ce plan, sur l'interopérabilité entre les différents logiciels, afin de disposer d'une continuité et d'une homogénéité dans la fourniture des informations. L'usage de l'EAI (Antares d'Enovacom) sera par conséquent accentué et encore plus industrialisé. Une supervision étendue et automatisée sera mise en place pour assurer une remontée en temps réel de tout dysfonctionnement et permettre au Service Informatique d'agir plus efficacement, voire pro-activement, et minimiser ainsi les pannes et indisponibilités des systèmes et des logiciels.

Avec la redondance des matériels, des réseaux et des systèmes, le Service Informatique doit se donner les moyens de fournir un service en constante amélioration. Il sera proposé des contrats de services, entre les métiers et l'Informatique afin de formaliser l'engagement (taux de disponibilité des logiciels et des systèmes, délais de réponse sur incident, délais de résolution d'incident, ...) et l'usage d'outils de traçabilité des incidents et des demandes (Pytheas) sera démocratisé au mieux. Mais, en amont, la gestion de l'accueil et de la formation des nouveaux arrivants sera organisée selon des processus bien définis pour accélérer et rendre plus efficace leur intégration, et, pour diminuer le taux de support qui suit actuellement l'arrivée d'un nouveau collaborateur.

Enfin au travers de projets comme le DPI ou la dématérialisation des documents, afin de s'évaluer et de se comparer pour qualifier et mesurer où nous en sommes et comment nous progressons, nous accentuerons notre participation aux Clubs Utilisateurs ou aux événements majeurs de nos éditeurs. Cela nous permettra peut-être aussi d'avoir, grâce à la recherche de l'excellence qui nous anime, une influence sur les évolutions susceptibles d'être proposées par les éditeurs. En complément, une démarche de certification (HIMMS pour la dématérialisation) sera entreprise afin de rendre visible et comparable notre positionnement auprès de nos partenaires, et aussi vis-à-vis de nos patients.

3. Pilotage et suivi

L'ensemble des actions et projets qui vont contribuer à ce plan institutionnel nécessite un suivi régulier afin de bien gérer les priorités, les interactions et, bien évidemment, les investissements nécessaires, tant en ressources humaines que sur le plan financier.

À ce titre, la comitologie suivante sera mise en place afin de vérifier que :

- le plan global est suivi : ce sera réalisé via un point semestriel en comité de direction pour définir, compléter, suivre et valider le macro planning des actions et projets ;
- les projets découlant de ce plan sont définis, planifiés et suivent leur cours : des comités de pilotage par projet ou grand domaine applicatif, réunissant une représentation de la direction générale, des directions impliquées, de la direction du système d'information et des référents métiers et techniques, auront lieu de façon régulière ;
- le cadre financier est respecté : ceci se fera au travers d'une budgétisation annuelle, révisée chaque année, et, d'un suivi régulier avec l'aide des services financiers. Les comités définis précédemment recevront en synthèse des points de situation.

Par ailleurs, la démarche de rencontre des services, entreprise sur la fin du plan 2012-2016 avec la NRI et l'Imagerie, qui permet petit à petit de renforcer l'interaction entre les métiers et l'informatique, sera poursuivie et étendue à tous les services de la Fondation.

4. Création de valeur

Quand on fait la synthèse de tous ces projets potentiels, tant métiers que plus implicitement informatiques (infrastructures, réseaux, stockage, ...), nous nous devons de nous poser la question du sens et de la valeur de ces travaux et de ces investissements, tant humains que financiers.

Manifestement, au-delà de certaines obligations réglementaires ou sécuritaires, il y a une motivation qui nous guide : délivrer un service d'excellence à nos patients.

Pour tendre vers ce but, il faut que l'informatisation qui est réalisée soit porteuse de valeur. Il ne s'agit pas de simplement mettre en place des solutions informatiques, mais de le faire dans une logique précise : supporter les métiers médicaux comme administratifs et leur donner les moyens de réaliser leur travail avec plus d'efficacité, plus de sécurité, plus de sérénité. Dit autrement, il faut que les investissements soient compensés par ce qu'ils apportent, un bénéfice réel et tangible et pas uniquement au sens financier du terme.

Ainsi, au-delà du plan stratégique initialement défini, et dont la justification est évidente, sur la fin du plan précédent, deux solutions innovantes ont été implémentées : Centro et Skype.

Centro est une solution de dictée vocale qui permet aux médecins de dicter depuis leur bureau mais aussi à partir de leur smartphone, créant ainsi de la souplesse. Centro combine par ailleurs dictée et reconnaissance vocale, ce qui donne de l'autonomie aux médecins et permet aussi de conserver le processus de gestion des courriers via les secrétariats. Ainsi, Centro permet de gérer toutes les combinaisons possibles de création et de diffusion des courriers, jusqu'à leur envoi par email. Nous avons d'ores et déjà constaté un accroissement du nombre de courrier et parallèlement une diminution du délai de production de ces courriers. Ceci montre que les médecins ont plus confiance dans cette solution que dans la précédente et qu'elle propose de par son fonctionnement une meilleure réponse par rapport au besoin.

Skype, de son côté, n'est pas une solution dont l'apport est direct par rapport aux besoins médicaux ou administratifs. Cette solution qui évolue entre facilités de communications fixes, mobiles et collaboratives, était attendue pour certains et reste encore un peu difficile à appréhender pour d'autres. Un peu de temps sera encore nécessaire pour que son adoption soit mieux partagée mais, on voit déjà de l'intérêt de la part de divers utilisateurs pour certaines fonctionnalités comme le « chat », le partage de bureau ou la convergence des téléphonies fixes et mobiles. La démultiplication des locaux et leur relatif éloignement par rapport au site central confortent par ailleurs ce type de solution qui permet de minimiser les déplacements et la perte de temps qui en résulte.

Petit à petit, l'accroissement de la qualité, basé sur des processus mieux maîtrisés et des solutions de plus en plus facilitantes pour les métiers, est concomitant à celui de la productivité et rend concret la contribution de l'informatique à la création de valeur pour la Fondation.

5. Communication

Si la réalisation de ces projets est une nécessité pour accompagner les métiers de la Fondation, ils peuvent aussi servir à mettre en avant la Fondation et montrer à quel point elle consacre des moyens bien réels à son amélioration continue.

L'adoption d'un DPI, la recherche de dossiers de spécialités les mieux adaptés à nos besoins, la mise en place de solutions, parfois peu encore déployées dans le domaine hospitalier, montrent le caractère novateur de nos démarches.

Microsoft, fournisseur de la solution Skype et partie prenante comme fournisseur d'une solution de reconnaissance vocale au sein de la solution Centro, nous a sollicités afin de publier un retour d'expérience de la Fondation dans l'usage de ces deux solutions.

Nous devons poursuivre dans cette démarche de communication, auprès de l'ANAP ou d'HOSPIMEDIA par exemple, afin de mettre en avant nos démarches et de valoriser nos réussites.

Synthèse et cadrage financier

Il se dégage un certain nombre de thématiques qui permettent de regrouper assez logiquement les différents axes évoqués ci-avant et de qualifier une proposition de budget prévisionnel d'investissement pour les cinq prochaines années.

Projets	2017	2018	2019	2020	2021
Métiers					
Dossiers de spécialités DPI	300 000 €	300 000 €			
Dictée, reco. vocale, multi-langue, ...	50 000 €				
Dématérialisation (passé et présent)	100 000 €	100 000 €	100 000 €	50 000 €	50 000 €
Accès simplifié poste de travail (SSO)	150 000 €				
Prise de rdv en ligne (Doctolib)	30 000 €				
Mobilité (communication, applications)	25 000 €	25 000 €	25 000 €	25 000 €	25 000 €
Collaboratif		75 000 €	25 000 €		
Gestion hôtelière			100 000 €	25 000 €	
Logiciel Ressources Humaines	125 000 €	25 000 €			
Entrepôts de données et Analyse (BI)			150 000 €	100 000 €	
Site Web "handicap" et multi-langues		100 000 €			
Système Centre d'Appel (fiche patient)				100 000 €	
Infrastructures					
PCA, 2nd cœur de réseau, débit,...	200 000 €	200 000 €	25 000 €	25 000 €	25 000 €
Stockage, Archivage	35 000 €		35 000 €		250 000 €
Parc (homogénéisation, obsolescence)	260 000 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €
Objets connectés			50 000 €	50 000 €	50 000 €
Kit corner / CEDR		100 000 €			
Kit international			100 000 €		
Pilotage					
Supervision	35 000 €	10 000 €			
Interopérabilité applicative (EAI)	30 000 €	30 000 €		15 000 €	
TOTAL	1 340 000 €	1 115 000 €	760 000 €	540 000 €	550 000 €

Conclusion

Le plan 2012-2016 constatait une nécessité de changements profonds et orchestrait les évolutions concomitantes à réaliser.

Celui de 2017-2021 s'inscrit dans la continuité. Les bases ont été posées, il faut poursuivre la stabilisation et la montée en puissance des infrastructures et des environnements, poursuivre la sécurisation et le travail sur la continuité de service, supporter le plan médical qui a été élaboré tout en restant à l'écoute des métiers et de leurs besoins, pour apporter des réponses rapides et adaptées.

Ce plan qualifie l'alignement de l'informatique sur la stratégie de l'hôpital telle que définie aujourd'hui. Il faudra se montrer pragmatique, agile et réactif à défaut d'être proactif afin de s'adapter au fil de l'eau à tout changement majeur de stratégie qui influencerait significativement cette feuille de route.



8

ENGAGEMENTS DE L'ETABLISSEMENT DANS LES ACTIONS DE PREVENTION ET LES PROGRAMMES DE SANTE PUBLIQUE

2017 - 2021

Le décret n°2010-535 du 20 mai 2010 relatif aux établissements de santé privés d'intérêt collectif demande à l'établissement de santé de s'engager « dans des actions de prévention et les programmes de santé publique qui s'y rapportent, en cohérence avec les activités de soins développées et, le cas échéant, avec les activités sociales et médico-sociales gérées par la personne morale ».

L'objet du présent volet du projet institutionnel 2017-2021 de la Fondation Adolphe de Rothschild est de présenter les engagements pris par l'établissement dans ce domaine.

La démarche de santé publique s'articulera autour des axes ci-dessous, dans la continuité des travaux déjà engagés.

1. AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VULNERABLES

a. Personnes âgées

En région Ile-de-France, la population âgée de 60 ans et plus représente 17% des franciliens. Selon l'INSEE, en 2030, un francilien sur 4 serait âgé de 60 ans ou plus, avec une représentation très dissemblable selon l'arrondissement.

Le 19^{ème} compte 30 000 personnes âgées de 60 ans et plus ; elles représentent 16 % des habitants de l'arrondissement. Certains quartiers cumulent une importante population âgée avec une part significative de personnes « très âgées » : le quartier du parc de la Villette, l'Est immédiat des Buttes Chaumont, ou encore les environs de la Place des Fêtes ont tous des taux d'habitants âgés de 75 ans et plus supérieurs à la moyenne parisienne.

Dans ce contexte, la Fondation s'inscrit pleinement dans une démarche de parcours en participant au dispositif PAERPA, structuré par les pouvoirs publics et destiné à améliorer la prise en charge des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. La Fondation s'engagera ainsi avec, entre autres, l'ARS, les mairies des 9, 10 et 19^{èmes} arrondissements et la caisse nationale d'assurance vieillesse à faciliter le parcours de soins de la population âgée. L'enjeu est d'anticiper une réalité démographique et de mieux organiser le parcours de santé autour d'équipes pluri-professionnelles de proximité.

Aussi, pour faciliter l'accès aux soins Ophtalmologiques, le Centre de santé Edmond De Rothschild (CEDR) projette le développement d'une unité de soins mobile de dépistage gratuit de la rétinopathie diabétique. Cette antenne mobile permettra d'aller au plus près des personnes âgées, qui renoncent souvent aux soins faute de déplacement possible.

b. Personnes handicapées

La Fondation, de par ses spécialités, accueille régulièrement des personnes, adultes ou enfants, présentant des déficiences neurologiques, sensorielles, physiques ou mentales.

Elle s'est inscrite dans le projet transversal du handicap pour développer des actions afin de rendre l'hôpital mieux adapté aux différents besoins et attentes des personnes en situation de handicap. Selon un plan quinquennal, un comité de pilotage pluridisciplinaire s'attachera à satisfaire les objectifs suivants :

- Améliorer l'accessibilité en facilitant l'accès physique de nos infrastructures pour garder au maximum l'autonomie des personnes en situation de handicap ;
- Développer une communication accessible (pictogramme, guidage auditif, tablette numérique, etc.) ; Obtenir le label e-accessible pour notre site internet.
- Développer l'information et la formation, pour favoriser l'implication de tous les professionnels de santé dans la prise en charge du handicap et répondre aux besoins spécifiques des publics accueillis ;
- Promouvoir l'accompagnement par un professionnel ou l'aidant du handicapé durant l'acte de soins ;
- Favoriser le binôme « Aidant / Patient » par le développement de la compétence pour prise en charge particulière ou encore de la compétence comportementale ;
- Mettre en place des circuits de consultations spécifiques en fonction du handicap avec une approche pluridisciplinaire et faciliter l'accès à des consultations de prévention et de dépistage en liaison avec les structures médico-sociales ;
- Construire une coordination médicale avec les acteurs amont et aval et développer les partenariats avec les structures médico-sociales dans un souci de prise en charge globale de la personne ;
- Participer à des projets de recherche pour améliorer la compréhension des problèmes liés au handicap par le grand public (réponse aux appels à projets ARS, expérimentations innovantes/robots avec les enfants autistes, prévention, dépistage éthique, confort, thérapeutique...).

D'autre part, le Centre d'Etude et d'Innovations en Santé (CEIS) de l'établissement porte actuellement un projet à destination de personnes handicapées vieillissantes et des jeunes patients handicapés. Ils constituent une population à haut risque de pathologies orales et pour lesquelles l'accès à ces soins reste limité et non adapté. UMA est un projet d'expérimentation du recours à une Unité Mobile d'Anesthésie pour ces prises en charge bucco-dentaires spécifiques. Il repose sur une intervention des équipes médicales et paramédicales de la Fondation, directement dans l'établissement de santé disposant d'un cabinet dentaire accessible, pour réaliser des actes anesthésiques.

Aujourd'hui UMA est un projet de collaboration entre la Fondation A. de Rothschild, l'établissement gériatrique Les Magnolias et le réseau bucco-dentaire Appolline du département de l'Essonne (91). La mise en œuvre de cette expérimentation d'Unité Mobile d'Anesthésie s'accompagnera d'une évaluation médicale, économique et organisationnelle et pourrait à plus long terme s'élargir à d'autres acteurs du Soins en Ile-de-France.

2. LUTTER CONTRE LES INEGALITES SOCIALES

Les inégalités sociales de santé sont très présentes en Ile-de-France et particulièrement dans notre bassin de population, le Nord-Est parisien et ses communes limitrophes. Fidèle à ses racines, notre hôpital s'attache à lutter contre celles-ci.

a. Permanences d'accès aux soins de santé spécialisées (PASS)

Non seulement la Fondation offre des soins d'excellence en secteur 1 à l'ensemble des patients, sans distinction sociale, mais il a aussi créé la première PASS-O. Ce dispositif s'adresse aux personnes en situation de précarité, qui ont besoin de soins ophtalmologiques et ne peuvent y accéder en raison de leurs conditions de vie (désocialisation, difficultés à s'orienter, absence de logement), de freins économiques (dépenses lourdes, couverture sociale insuffisante ou inexistante), d'absence de droits (non-recours, complexité administrative, migration) ou de leur incapacité à suivre le parcours de prise en charge.

La création d'autres PASS-O pourrait être envisagée dans le cadre de nouveaux centres externes et « corners » que la Fondation envisage d'ouvrir dans le futur.

b. Journées de dépistage

Dans la perspective d'ouverture aux plus démunis et pour lutter contre le renoncement aux soins, la Fondation s'attache à organiser des journées de dépistage gratuit.

Pour ce faire, l'établissement a noué des liens avec des acteurs clés dans ce domaine tel qu'Emmaüs, le Secours populaire, ou le Samu social. Ces partenariats ont notamment permis de mettre en place les « Samedis Santé Publique ». Ces journées événementielles de dépistage sont réalisées au sein du CEDR. Elles sont organisées grâce au soutien de la Fondation ESSILOR Vision for Life et permettent d'offrir un dépistage des troubles de la vue aux populations précaires. Nous prévoyons de pérenniser ces démarches collaboratives et de les ouvrir à d'autres spécialités médicales (Ex : médecine interne et dépistage du diabète...).

Est entretenue aussi une relation pérenne avec le Lions Club, dans le cadre d'actions de prévention de la cécité. Tous les ans, la Fondation s'engage à ses côtés lors de la journée mondiale de la vue, l'organisation mise en place permet un dépistage et une évaluation des troubles visuels à destination de tous les publics.

Véritable enjeu de santé publique, les troubles de la vue concernent tout le monde, jeunes et moins jeunes. Il convient donc de s'en préoccuper dès le 1er âge. C'est pourquoi la Fondation souhaite également poursuivre et développer ses consultations de dépistage de la rétinopathie du prématuré au sein du territoire en renforçant ses partenariats et en s'appuyant sur les nouvelles technologies.

Au-delà de ces prises en charge, il sera important ces prochaines années de poursuivre le développement des échanges avec les acteurs appartenant au réseau local de précarité et de soins (SSIAD, CASVP, PSA Bastille, lits LHSS, Atelier Santé ville du 19ème, 115, PMI, EHPAD, CNAV, CPAM), le maillage territorial fin étant l'une des pré-requis d'un bon accès aux soins pour tous les citoyens.

3. DEVELOPPER LA PROMOTION DE LA SANTE ET LA PREVENTION

a. Promouvoir la santé des salariés des entreprises qui s'engagent pour la Fondation

Le fundraising, ou collecte de fonds, vise à trouver des financements pour des programmes d'intérêt général auprès d'individus, d'entreprises ou de structures d'intérêt général comme des fondations, fonds de dotation ou associations.

Le service de fundraising, ouvert à la Fondation Adolphe de Rothschild en septembre 2015, bénéficie du travail et de l'expertise menés en ce sens par les services de l'hôpital pour financer trois types de projets :

- achat de matériel médical
- recherche
- amélioration du cadre de vie du patient.

Le premier grand programme mené par le service de fundraising a pour objectif de soutenir la lutte contre l'Accident Vasculaire cérébral. Afin de bénéficier des meilleurs équipements et rester à la pointe de la technologie dans le traitement des AVC, la Fondation a lancé un projet de mécénat intitulé « Time is Brain ». Ce projet s'est d'abord appuyé sur les entreprises dotées de fondations soutenant la santé. Afin d'élargir le spectre de la prospection, a été constitué un comité d'ambassadeurs composé d'entrepreneurs qui bénévolement mettent à disposition de la Fondation leur temps et leur carnet d'adresses afin de sensibiliser le plus grand nombre aux problématiques de l'AVC.

Grâce à ces différentes initiatives, ce n'est pas moins de 160 entreprises qui ont été contactées, une dizaine ayant déjà montré un fort intérêt pour cette aventure humaine et médicale. Le mécénat vise à bâtir de véritables partenariats : c'est pourquoi, en échange d'un soutien financier, la Fondation s'engage à apporter son expertise en offrant aux salariés des groupes concernés des outils de prévention et de sensibilisation sur l'AVC.

Plus largement, notre hôpital pourrait déployer son expertise pour développer une promotion de la santé relative à la vue, à l'audition (etc...) dans ces grandes entreprises.

b. Renforcer la prévention tertiaire via nos programmes d'ETP

Depuis maintenant 4 ans, la Fondation s'est engagée dans l'éducation thérapeutique des patients. Trois programmes sont aujourd'hui autorisés et permettent l'amélioration de la qualité de vie de plus d'une centaine de patients.

Le challenge pour ceux-ci d'ici 2021 sera l'augmentation des files actives, la mise en place de nouveaux outils mais aussi la diffusion du savoir-faire acquis. À ce titre, dans le cadre du plan national « Maladies neurodégénératives 2014-2019 », le programme d'ETP « Fondasep » relatif à la sclérose en plaque vient d'être reconnu pour sa qualité par l'ARS et va constituer un modèle régional pour l'accompagnement de cette maladie. L'association avec le réseau national SindefiSep va de plus renforcer l'offre éducative de ce programme.

Conformément aux axes du projet médical, un programme consacré aux patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux pourrait être développé dans cette même logique.

4. FLUIDIFIER LE LIEN VILLE-HOPITAL

L'articulation ville-hôpital est incontournable pour garantir la continuité des soins et une prise en charge cohérente des patients.

La Fondation développe depuis plusieurs années un réseau de partenariats pour offrir à ses patients une continuité de soins et une prise en charge globale.

C'est dans cette continuité qu'elle souhaite développer et poursuivre ses actions dans et hors les murs :

Afin d'éviter les ruptures de parcours et favoriser l'articulation entre les acteurs par une meilleure connaissance des uns et des autres, l'établissement prévoit de :

- Renforcer les liens de collaboration avec les professionnels libéraux, les réseaux de soins, les milieux associatifs et le secteur médico-social ;
- Poursuivre et accentuer les actions dans le domaine de la santé numérique (Ophdiat, Ortif TeleNeuro, etc.).

Pour améliorer l'accessibilité à l'offre de soins hospitalière de la médecine de ville, la Fondation travaille à l'amélioration de :

- L'accessibilité aux secrétariats médicaux (options alternatives au téléphone...);
- Du délai d'obtention d'un rendez-vous pour son patient (plages dédiées, substitution de praticiens,...).
- La satisfaction des médecins correspondants, par la réalisation d'enquêtes régulières notamment.

Afin d'adapter la circulation de l'information aux besoins d'une prise en charge cohérente des patients, des travaux visent à :

- Améliorer les délais de transmission de l'information médicale ;
- Garantir le partage de l'information avec la mise en place de la lettre de liaison (structurer les informations attendues par les professionnels et les patients).

Cependant, fluidifier le lien ville-hôpital ne repose pas que sur les partenariats entre professionnels, c'est aussi favoriser l'accès à l'offre de soins et faciliter les démarches administratives relatives aux différentes prises en charge. L'établissement s'inscrit dans cette démarche et souhaite la développer encore davantage grâce aux outils numériques et aux partenariats avec des start-up spécialisées en santé tels que le Doctolib. À ce titre, il est prévu qu'au cours des prochaines années, l'ensemble de nos spécialités soient progressivement ouvertes à la prise de rendez-vous de consultations par internet.

5. RENFORCER LES ACTIONS DE VIGILANCE SANITAIRE ET DE GESTION DES RISQUES

La vigilance sanitaire a pour rôle de surveiller au niveau national les éventuels incidents, accidents ou effets indésirables liés à la mise en œuvre de soins pour garantir la sécurité et prévenir les éventuels risques.

La Fondation est déjà structurée de manière à déclarer ces incidents aux autorités compétentes dans les meilleurs délais. Les professionnels sont très sensibilisés à la culture de la gestion des risques, de la déclaration jusqu'au retour d'expérience. La Fondation s'efforce d'être novatrice à ce sujet via les nouvelles technologies ou des dispositifs tels que « le patient fictif ».

Par ailleurs la Fondation s'est engagée à déclarer auprès de l'ARS tous les événements indésirables graves qui surviendraient.

6. UN ENGAGEMENT INTERNATIONAL POUR LA SANTE PUBLIQUE

La Fondation, fidèle à ses valeurs, a récemment souhaité s'engager dans des actions de coopération en santé publique dans des pays en voie de développement. Dans ce cadre, et grâce au soutien des Fondations Edmond de Rothschild, un médecin à mi-temps a été recruté pour impulser et coordonner toutes ces actions. Cet engagement devra se consolider et s'amplifier sur les prochaines années.

• Orientations stratégiques

Dans ce domaine, 5 grandes orientations stratégiques ont été retenues :

- Engager la Fondation et ses salariés dans des actions de coopération en santé publique dans des pays en voie de développement ;
- Privilégier les actions conjointes avec des structures déjà engagées et reconnues dans ce champ d'action ;
- Structurer tous les programmes en relais avec les opérateurs locaux, dans une logique de transfert de compétence ;
- Privilégier les modalités d'action innovantes susceptibles de générer des évolutions de schéma de prise en charge ;
- Promouvoir la mobilisation individuelle des salariés de l'établissement dans ces programmes.

• Programmes envisagés

Sur la base de ces principes directeurs, la Fondation a d'ores et déjà initié les actions ou engagé les réflexions préparatoires suivantes :

- Jumelage avec l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique au Mali : programmes de formation et de dons de matériel, pilotage de programmes conjoints de soins primaires en ophtalmologie (cataracte, glaucome, pathologies pédiatriques...) et aide au développement de l'établissement ;
- Réalisation de l'évaluation médico-économique d'un programme innovant de soins primaires en ophtalmologie au Rwanda, en lien avec la Fondation Vision For a Nation et la London School of Tropical Medicine : cette étude vise à montrer l'impact socio-économique et la soutenabilité financière du programme en vue de son implémentation dans d'autres pays africains ;
- Participation aux programmes menés par l'association Second Chance, spécialisée dans le développement de la chirurgie réparatrice et reconstructive dans les pays en voie de développement ;
- Participation au projet de création d'une unité médicale spécialisée dans l'enceinte du CHU de Yopougon pour la prise en charge des affections tête et cou spécifiquement chez l'enfant et l'adolescent, cette structure devant également servir de centre de formation pour le personnel médical et paramédical à la prise en charge des troubles de l'audition, de la vue et du langage.



9

**ASSOCIATION
DES USAGERS**

2017 - 2021

La réglementation nationale (décret du 2 mars 2005, décret du 1^{er} Juin 2016) vise depuis plusieurs années à promouvoir la participation des usagers tant dans la définition des orientations stratégiques que du pilotage opérationnel des établissements de santé.

Dans ce cadre, la Fondation s'est pleinement investie pour permettre de renforcer le rôle des usagers et leurs représentants au sein de l'institution. Elle poursuivra et amplifiera cette démarche dans l'avenir.

IMPLICATION DES REPRESENTANTS DES USAGERS

Dans le cadre de son précédent projet institutionnel, la Fondation s'était assignée l'objectif de redynamiser le fonctionnement et le rôle de la commission des relations avec les usagers et de la qualité des prises en charge (CRUQPC), désormais reconfigurées en tant que commission des usagers (CDU).

Les représentants des usagers ont ainsi été pleinement impliqués dans l'élaboration du projet institutionnel et de ses différentes orientations. Leurs avis et remarques ont pu être pris en compte après une présentation de chaque élément de ce projet CDU.

Ils ont défini entre autres les axes d'amélioration prioritaires suivants :

- Améliorer l'information des patients sur les directives anticipées ;
- Améliorer la connaissance du rôle des représentants des usagers auprès des patients et du personnel à l'aide des panneaux d'affichage et des écrans dynamiques ;
- Améliorer les prestations d'accueil en consultation pédiatrique et en hospitalisation ;
- Améliorer l'accueil des personnes présentant un handicap.

Les représentants des usagers sont également au cours du fonctionnement institutionnel puisqu'ils participent à l'élaboration des analyses de processus de l'établissement. Ainsi, les plans d'actions de ces cartographies pour les années à venir ont été développés avec les représentants des usagers.

Pour exemple, les analyses de processus auxquelles ces représentants ont participé sont les suivantes :

- Parcours patients ;
- Prise en charge de la douleur ;
- Management qualité gestion des risques ;
- Droits des patients ;
- Prise en charge en fin de vie.

La participation à ces actions sera pérennisée dans le cadre de la mise à jour tous les deux ans de ces analyses pour le remplissage du compte qualité.

La mise en place de la nouvelle commission des usagers sera enfin l'occasion de renforcer encore la place de cette instance au travers des actions suivantes :

- Lui permettre l'accès à la liste des événements indésirables graves ainsi qu'aux plans d'actions mis en place ;
- Lui permettre le droit d'auto-saisine et de suite sur les sujets qualité et sécurité des soins traités par la CME ;
- Proposer en cas de médiation l'accompagnement de l'auteur d'une plainte par un représentant des usagers ;
- Assurer le recueil des observations des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'Etablissement.

PRISE EN COMPTE DES EVALUATIONS DES USAGERS

Il est essentiel que les établissements de santé prennent en compte les attentes et les retours de leurs usagers en matière de développements d'activités, d'organisation et de qualité.

La Fondation s'y est attachée sur les 5 années de déclinaison de son précédent projet institutionnel ; elle le fera dans le cadre de son nouveau projet 2017-2021, notamment au moyen des dispositifs suivants :

- Questionnaires de satisfaction adaptés à chaque secteur d'activité, avec mise en place de supports de recueils numériques ;
- Analyse et réponse systématique à toute réclamation, quel que soit le support utilisé (courrier, mail, téléphone, blog...) ;
- Traitement des sujets récurrents de plainte dans le cadre des dispositifs de retour d'expérience ;
- Participation systématique aux conférences territoriales de santé organisées par les pouvoirs publics (ARS, Mairies d'arrondissement...);
- Prise en compte des observations des bénévoles associatifs intervenant au sein de l'établissement.

INFORMATION DES USAGERS

Afin de faire des usagers de véritables acteurs dans l'organisation et la qualité des soins, il est important qu'ils soient éclairés et informés.

La Fondation déploie déjà plusieurs dispositifs d'information auprès de ses patients. L'objectif sur ce sujet pour les 5 prochaines années est de mieux structurer et de densifier ces dispositifs d'information autour des axes directeurs suivants :

- Transparence : diffusion des indicateurs de la qualité de prise en charge sur tout support (affichages, livrets d'accueil, site internet ...);
- Développement des connaissances :
 - diffusion de différents flyers, plaquettes et dépliants d'information (ex : la personne de confiance, les représentants des usagers, le respect des priorités aux urgences, les différentes offres de soins spécialisées, les techniques innovantes de prise en charge, etc.),
 - développement des programmes d'éducation thérapeutique du patient,
 - organisation de colloques et congrès ouverts au grand public,
 - participation aux émissions médias spécialisées en santé ...
- Ouverture et interactivité :
 - Constitution de plateformes d'échanges soignants/patients et patients/patients pour les pathologies chroniques suivies à la Fondation,
 - Organisation de journées portes ouvertes

AMELIORATION DE LA VIE HOSPITALIERE

Souhaitant apporter au patient une prise en charge de qualité dans sa globalité, la Fondation souhaite améliorer le quotidien du patient, au travers de plusieurs actions :

- Poursuite de l'amélioration des conditions d'hébergement du patient : après avoir rénové et restructuré la totalité des locaux d'hospitalisation sur les 6 dernières années, la Fondation devra maintenir ces nouveaux locaux, améliorer l'ergonomie des équipements mis à la disposition des patients, développer ses capacités d'accueil en hôpital de jour et structurer une offre d'hôtellerie hospitalière ;
- Développement d'actions permettant une meilleure accessibilité pour faciliter l'orientation au sein de l'hôpital : signalétique, bornes d'accueil et d'orientation, recours aux agents du service civique, prises en charge particulières des personnes en situation de handicaps visuel, auditif ou à mobilité réduite ... ;
- Développement des partenariats associatifs et valorisation des actions de bénévoles sur les différents supports de communication de la Fondation ;
- Déploiement d'un volet culturel dans le projet d'établissement afin d'assurer un environnement de bien-être pour les adultes ou enfants hospitalisés en créant un lien nouveau entre les patients et les différents professionnels au travers de ces activités culturelles.





10

RESPONSABILITE SOCIALE DE L'ENTREPRISE

2017 - 2021

PREAMBULE

La Fondation n'est pas un hôpital comme les autres : ses origines, son histoire, son positionnement ont donné naissance à une culture maison spécifique articulée autour de trois valeurs fortes : transmettre, s'engager, innover.

Ces valeurs, portées par l'ensemble des collaborateurs, permettent d'engager la Fondation dans une démarche de responsabilité sociale et sociétale des entreprises (RSE).

La RSE s'est imposée depuis quelques années comme un sujet majeur. Elle se définit comme la manière dont les entreprises intègrent, sur une base volontaire, les préoccupations sociales, environnementales et éthiques dans leurs activités économiques comme dans leurs interactions avec toutes les parties prenantes, qu'elles soient internes (dirigeants, salariés, actionnaires, etc.) ou externes (fournisseurs, patients, etc.).

La volonté de la gouvernance d'inscrire la Fondation dans une démarche RSE vise ainsi à enrichir la qualité des soins proposés tout en améliorant la qualité de vie au travail, l'adhésion et l'investissement des collaborateurs.

ARTICULATION DE LA DEMARCHE RSE AU SEIN DE LA FONDATION

La démarche RSE sera pilotée et coordonnée par le comité de gestion. Elle fera l'objet d'un rapport annuel rédigé conjointement avec l'ensemble des pilotes. Ce rapport annuel permettra de résumer l'ensemble des actions sociales, sociétales et environnementales réalisées par l'entreprise au cours de l'année écoulée.

Les axes autour desquels sera structurée la démarche définiront les principaux animateurs :

- Environnement et qualité de vie → direction qualité & gestion des risques, comité de développement durable, CHSCT... ;
- Développement culturel à l'hôpital → direction de la communication et du développement ;
- Engagement humanitaire, en France comme à l'international → coordonnateur médical des actions de coopération et de développement international, direction communication et développement, partenariats associatifs... ;
- Contribution au dispositif de fundraising → responsable du service fundraising.



ENVIRONNEMENT ET QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

La Fondation adhère aux valeurs de non lucrativité, de bénévolat, d'humanisme et d'engagement associatif. Dans ce cadre, l'établissement souhaite s'investir davantage sur les thématiques environnementales et de qualité de vie au travail pour ses salariés.

De manière très opérationnelle et concrète, les objectifs que la Fondation s'assigne sur les 5 prochaines années dans ce domaine sont les suivants :

➤ Environnement et économie responsable :

- Optimiser les circuits existants de déchets et réduire les volumes produits ;
- Améliorer la gestion des effluents ;
- Réduire les rejets en gaz à effet de serre ;
- Stabiliser et/ ou réduire les dépenses énergétiques ;
- Développer les achats et partenariats éco – responsables.

➤ Qualité de vie au travail :

- Intégrer le bien-être des salariés comme facteur d'appartenance et de motivation ;
- Promouvoir la qualité de vie au travail dans le système de management ;
- Intégrer les facteurs déterminant de la qualité de vie au travail dans le système de management.

DEVELOPPEMENT CULTUREL

Humanisation de l'hôpital et dynamique d'ouverture sont deux enjeux essentiels pour la Fondation, lesquels renvoient au déploiement d'une véritable politique culturelle hospitalière.

Les principaux objectifs retenus sont les suivants :

- Intégrer la culture dans le parcours de soin du patient et lui apporter un répit, des moments d'évasion durant son traitement et/ ou son séjour hospitalier ;
- Susciter de nouvelles formes de relations sociales ;
- Décloisonner les services par des activités culturelles communes ;
- Fédérer et redynamiser les équipes en interne, assurer un environnement de travail agréable ;
- Inscire la Fondation comme un acteur social et culturel, en valorisant et en mettant en place des actions culturelles ouvertes sur l'extérieur ;
- Renforcer l'ancrage territorial de la Fondation avec le développement de partenariats culturels de proximité.

Cette démarche offrira l'occasion d'initier de nouveaux partenariats et modes d'échanges entre l'hôpital et la ville, avec une volonté de synergie entre les acteurs locaux (associations, artistes, institutions culturelles etc..). Les actions culturelles viendront ainsi en complémentarité des soins en favorisant un environnement positif pour le soigné et le soignant.

Dans ce domaine, la Fondation ne manquera pas de s'appuyer sur l'expérience et le dynamisme des Fondations Edmond de Rothschild.

ENGAGEMENT HUMANITAIRE

Dans le cadre de son nouveau projet institutionnel 2017-2021, la Fondation souhaite déployer des programmes de nature humanitaire, tant en France qu'à l'international et, pour se faire, y associer ses salariés en tant que contributeurs bénévoles.

Sur le plan national, les initiatives seront principalement organisées autour de la prise en charge médicale et sociale des personnes démunies, notamment au niveau du centre de santé Edmond de Rothschild et de la PASS-O, en lien avec différentes associations spécialisées, notamment le Secours Populaire Français, et avec l'appui financier de fondations, comme la Fondation Vision For Life.

Sur le plan international, les principaux projets envisagés à ce stade sont les suivants :

- Association aux programmes de développement de la chirurgie réparatrice et reconstructrice en Afrique déployés par l'association Second Chance ;
- Jumelage avec l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique (Bamako, Mali) : formation initiale et continue en ophtalmologie, orthoptie et optométrie, pilotage de programmes conjoints de santé publique à destination des populations de Bamako et du Mali, accompagnement de projets développement et de recherche clinique ;
- Participation au programme déployé au Rwanda par l'association Vision for a Nationa dans le cadre d'une organisation particulièrement novatrice alliant un dispositif de jumelage entre structures de santé et l'utilisation de nouvelles techniques de dépistages et d'organisation des soins ;
- Participation au projet de création d'un centre spécialisé en ophtalmologie au sein du CHU Yopougon d'Abidjan (Côte-d'Ivoire) en lien avec la Fondation Orange.

Dans ce domaine, là encore, la Fondation s'appuiera sur l'expérience et les réseaux des Fondations Edmond de Rothschild.

CONTRIBUTION AU FUNDRAISING

Pour pouvoir continuer à financer innovations technologiques, programmes de recherche et développements d'activité, la Fondation doit faire appel à des fonds extérieurs, au-delà des financements publics, de plus en plus contraints.

Elle a ainsi décidé de déployer une activité de fundraising, dans laquelle pourraient s'investir les salariés qui le souhaitent.

Cet investissement pourrait revêtir plusieurs formes :

- Participation aux opérations de fundraising : initiatives « Je cours pour ma Fondation », relais d'opérations de crowdfunding, vente d'articles promotionnels, tenue de stands, participation à des opérations portes ouvertes...
- Participation à des projets éducationnels en santé pour le compte des personnels des entreprises mécènes de la Fondation, le premier projet envisagé portant sur la sensibilisation et la prévention du risque d'AVC dans le cadre de la campagne de fundraising « Time is brain ».



11

**POLITIQUE
CULTURELLE**
2017 - 2021



1 / CONTEXTE GENERAL

La culture à l'hôpital a son existence depuis l'antiquité et nous savons depuis que les arts et plus généralement la culture a une influence sur la santé.

Néanmoins, il faut attendre 1999 et la signature de la convention entre le ministère de la santé et le ministère de la culture et de la communication pour connaître les premiers jalons d'une politique structurée, avec le programme national « Culture et santé ».

L'objectif est d'inciter acteurs culturels et responsables d'établissement de santé à construire ensemble une politique culturelle inscrite dans le projet d'établissement de chaque hôpital. La mise en œuvre est une démarche collective associant les Directions régionales des affaires culturelles (DRAC), les Agences régionales de santé (ARS), la ville et les régions.

Ouvrir l'hôpital à la culture, c'est permettre aux artistes d'y présenter leurs œuvres, mais c'est aussi offrir aux patients la possibilité d'avoir accès aux arts vivants et arts visuels, parenthèse salvatrice permettant d'améliorer le cadre de vie dans les moments de l'hospitalisation.

Avec la nouvelle convention cadre signée en mai 2010 entre le ministère de la santé et le ministère de la culture et la loi 2009 portant réforme de l'hôpital « Hôpital, Patient, Santé, Territoires », les projets culturels trouvent toute leur place dans les projets d'établissement.

La culture va permettre la mise en place de réunions de concertation différentes pour la réalisation d'un projet commun en écho avec la société.

Des liens peuvent se tisser entre les personnes à l'intérieur de l'établissement mais aussi avec l'extérieur, l'hôpital est alors perçu comme autre chose qu'un lieu de souffrance, un espace fermé caractérisé par l'hyper technicité des soins.

2 / CONTEXTE SPECIFIQUE DE LA FONDATION

La Fondation s'est inscrite dans la culture depuis le début de sa construction au 19^{ème} siècle : les architectes Chatenay et Rouvre avaient d'ores et déjà intégré des zones d'accueil « d'humanisation » et des jardins pour le confort des patients.

Elle est également membre du réseau philanthropique des Fondations Edmond de Rothschild, qui, à l'échelle internationale, œuvrent pour la promotion de l'éducation, la recherche médicale, les arts et l'entrepreneuriat social.

Les Fondations Edmond de Rothschild privilégient la pluri-culturalité en accordant une priorité au rayonnement des arts et de la culture. Elles suscitent des partages entre quartiers privilégiés et zones défavorisées, entre écoles prestigieuses et associations de proximité, etc.

La Fondation s'inscrit pleinement dans cette démarche en développant de nombreux partenariats associatifs et en renforçant ses actions culturelles.

La politique culturelle de la Fondation prend en compte cette dimension d'humanisation de l'hôpital et de dynamique d'ouverture à la Cité et de partenariats de proximité.

A la fois lieu de vie pour les patients et cadre de travail pour les personnels, la Fondation a entamé un vaste programme de modernisation, de restructuration des services et d'extension depuis 2010, la fin des travaux étant prévue pour 2017. Une réflexion sur le parcours de l'utilisateur a permis de prendre en compte l'accessibilité, les articulations entre les activités de soins et le développement des activités tout en améliorant les conditions d'accueil du patient et de travail pour les professionnels.

Le volet culturel de la Fondation prend alors toute sa force dans le projet d'établissement, avec l'amélioration de l'environnement tant pour le malade que pour le personnel soignant. Il encourage la présence de l'art dans les lieux d'accueils, zones de circulation, services d'hospitalisations adultes et pédiatriques et environnement extérieur de la Fondation.

L'hôpital devient un espace de vie, le regard sur l'environnement est modifié, le patient et le soignant sont perçus comme des êtres sensibles pouvant apprécier ensemble une œuvre.

Dans la démarche de soins, le patient porte un autre regard sur lui-même, le rapport patient-soignant en est ainsi amélioré et l'hospitalisation dédramatisée.

3 / LES PRINCIPAUX OBJECTIFS RETENUS POUR LES PROCHAINES ANNEES

Les principaux objectifs qui sont retenus dans le domaine de la culture à l'hôpital pour les prochaines années sont les suivants :

- Intégrer la culture dans le parcours de soin du patient et lui apporter un répit, des moments d'évasion durant son traitement et/ou séjour hospitalier ;
- Susciter de nouvelles formes de relations sociales entre les personnes et décloisonner les services par des activités culturelles communes ;
- Fédérer et redynamiser les équipes en interne, assurer un environnement de travail agréable ;
- Inscrire la Fondation comme acteur social et culturel, en valorisant et mettant en place des actions culturelles ouvertes sur l'extérieur ;
- Contribuer à rendre la culture accessible à tous ;
- Renforcer l'ancrage territorial de la Fondation avec le développement de partenariats culturels de proximité.

4 / PILOTAGE ET ORGANISATION

Cette politique culturelle 2017-2021 se décline dans une logique collaborative avec les professionnels de la Fondation et la mise en place d'une commission culturelle depuis 2015.

Cette commission est conçue comme un lieu d'échange et de partage d'expériences. Elle a pour vocation :

- de mettre en œuvre la politique d'actions culturelles ;
- de structurer les actions existantes, de les développer et de les valoriser ;
- de donner des idées pour faciliter l'accès à la culture pour tous ;
- d'être un lieu de partage d'informations et de contacts.

La commission culturelle est composée du directeur Communication - Fundraising, du directeur des soins, du directeur qualité, du cadre IADE, d'une infirmière référente en pédiatrie, du cadre de santé en pédiatrie, d'une IDE référente des services adultes et d'une représentante des usagers. Cette commission pourra être enrichie et s'élargir à d'autres membres et d'autres compétences : représentants culturels, institutionnels, associations, etc.

5 / UNE DEMARCHE QUALITE POUR AMELIORER L'ENVIRONNEMENT DE VIE DU PATIENT ET DES PERSONNELS

Au-delà des soins médicaux apportés au patient, la Fondation s'attache à lui donner la meilleure qualité de service pour améliorer son quotidien.

L'objet de la culture à l'hôpital rentre pleinement dans une démarche qualité au service de l'humain : pour les patients, garder un lien avec la vie sociale aide à vaincre la maladie.

Pour le personnel, de nouvelles relations peuvent se mettre en place entre les personnes qui travaillent dans la structure et celles qui y sont hospitalisées. La culture permet de créer des espaces de réflexion et d'expérience au sein de l'hôpital, elle est à même d'interroger le sens des pratiques et des usages ; en cela, elle peut accompagner l'évolution de l'établissement.

La commission culture animera cette démarche qualité à travers :

- Le choix des activités culturelles et leur planification en cohérence avec la population des patients admis, la politique d'accessibilité et de qualité-sécurité des soins, les conditions de travail, de l'ancrage sur le territoire, etc.
- Le suivi quantitatif et qualitatif des actions prévues et mises en place : suivi et évaluation des réalisations, satisfaction des patients, etc.
- Une dynamique d'amélioration continue en lien avec les différentes prenantes internes et externes.

6 / DECLINAISON DES ACTIVITÉS

Les arts visuels

- **Expositions temporaires d'œuvres d'art** : photographies, arts plastiques, fresques murales, découverte des œuvres dans les espaces de circulations communes de la Fondation.
- **Parcours sculptural** : à l'intérieur et à l'extérieur de la Fondation, un parcours sculptural s'inscrit dans une volonté de projeter la recherche artistique dans des lieux qui ne lui sont pas spécifiquement dédiés. Il s'adresse donc à un large public et plus particulièrement aux patients, visiteurs, médecins et professionnels qui fréquentent l'hôpital.
- **Diffusion de vidéos sur les installations multimédia** : une programmation de diffusion en partenariat avec le FRAC Ile de France (fonds régional art contemporain) sera inscrite dans la rubrique culturelle.

Les arts vivants

- **Ateliers autour de l'écriture et lecture musicale en fin de cycle** : espace au cours duquel, en petits groupes, l'écrivain propose des situations, des thèmes porteurs d'idées, des histoires, la beauté des mots.
- **Lecture au chevet /prêt de livres** : lecture auprès des enfants en hospitalisation ou en consultation, interventions quotidiennes avec les bénévoles de nos associations partenaires.
- **Interventions de clowns dans le service de pédiatrie** : une rencontre ici et maintenant, personne ne sait ce qu'il va se passer, les clowns vivent le moment présent. Ils vont vers les enfants, les parents ou les soignants pour ouvrir une fenêtre vers un ailleurs où le jeu et le rire sont au cœur de la rencontre.
- **Résidence d'artistes** : Intervention d'artistes à la Fondation auprès des patients adultes hospitalisés : un travail de création et une action pédagogique sont initiés. Durant cette résidence, les artistes peuvent avoir un double objectif : d'une part réaliser une création originale et, d'autre part, sensibiliser et initier un public à l'expression artistique. La résidence peut concerner différentes disciplines artistiques : photographies, littérature, musique..., la durée est liée à la thématique retenue par la commission culture.
- **Ateliers d'improvisation, ateliers création de conte, découverte du monde, arts plastique avec le Château de Versailles, etc..** : activités dans le but d'améliorer le quotidien des enfants hospitalisés par des animations ludiques et culturelles.
- **Création de fresques murales en ateliers avec les enfants et artistes professionnels** : programmation de séances annuelles (mini-fresque sur toiles et expositions des œuvres dans les zones communes de la pédiatrie et couloirs de circulation de la Fondation)
- **La Philharmonie de Paris et le Musée de la Musique à la rencontre d'enfants hospitalisés et du personnel de la Fondation** :
 - Un moment d'activité collective, réunissant les enfants soignés dans le service, leur famille et le personnel soignant ; un moment d'intimité au chevet de l'enfant, pendant lequel le musicien offre un mini-concert et selon les cas fait participer l'enfant ou ses parents.
 - Des visites offertes pour le personnel de la Fondation : découverte des activités du Musée de la musique en groupe de 25 personnes, programmation biannuelle.

7 / PARTENARIATS

Depuis plusieurs années, la Fondation s'appuie sur des partenariats associatifs pour améliorer la qualité d'accueil des patients de manière transversale. Dans le cadre de sa politique culturelle, elle a choisi de renforcer sa démarche partenariale en faveur de références culturelles reconnues pour rendre la culture accessible à tous.

- **FRAC Ile de France** : Le fonds régional d'art contemporain Ile-de-France mène un projet important de soutien à la création artistique contemporaine. Les différents moyens d'expression y sont représentés : dessin, peinture, photographie, sculpture, installation, vidéo, cinéma, design...

Le FRAC mène un programme d'expositions et d'événements au plateau (Paris, 19^{ème}), et au château (Parc culturel de Rentilly, Seine-et-Marne) et engage des actions de médiation culturelle en direction de tous les publics.

Le FRAC souhaite s'enrichir de partenariats et diffuser sa collection hors les murs, notamment dans des lieux non dévolus à l'art contemporain, à ce titre des expositions d'œuvres photographiques et/ou cinématographiques seront programmées au sein de la Fondation.

- **Centre art contemporain d'Ile de France** : créé en 1989, le Centre Photographique d'Ile-de-France est un centre d'art contemporain conventionné dédié à l'image fixe et en mouvement. Il accompagne les recherches et expérimentations d'artistes français ou étrangers, émergents ou confirmés, par la production d'œuvres et l'accueil en résidence. Il interviendra au sein de la Fondation pour des projets en lien avec une « Résidence d'artiste ».

- **Ecole National des Beaux- Arts (ENSBA)** : Etablissement public administratif sous la tutelle du Ministère de la culture et de la communication, il a pour mission de dispenser un enseignement de haut niveau à des étudiants se destinant à la création artistique et de faire bénéficier le public de l'accès à ses fonds et collections.

L'école des Beaux-Arts apportera son expertise et accompagnera la Fondation dans les dossiers d'appels à projets, leur diffusion ainsi que dans la participation au jury de sélection. Elle facilitera également la mise en relation avec les artistes.

- **Cité de la Musique – Philharmonie de Paris** : Etablissement public à caractère industriel et commercial ayant notamment pour mission d'entreprendre des activités consacrées au développement de la vie musicale. Soucieuse de s'ouvrir au public le plus large et de s'adapter le mieux possible aux besoins de son public, la cité de la Musique cherche à développer ses activités hors les murs.

Dans le cadre du partenariat avec la Fondation, elle interviendra pour des activités musicales innovantes auprès des enfants. Elle s'engage à faire découvrir les activités du Musée de la musique au personnel de la FOR en organisant des visites au sein du Musée en groupe d'une dizaine de personnes, deux fois/ an.

- **Céledubonheur** : association culturelle qui, depuis 10 ans, se mobilise chaque jour et accompagne les services pédiatriques à améliorer les conditions de vie des enfants séjournant à l'hôpital à travers de multiples actions (création d'événements forts avec rencontre de personnalités, organisation de sorties, mise en place d'ateliers ludiques et culturels). Cette association développe facilite des projets multi-partenariaux.

Des activités culturelles et projets innovants se dérouleront à la Fondation, dans le cadre de projets multi partenarial, en exemple : création de jeu numérique en partenariat avec Microsoft, ateliers d'expression corporelle, ateliers de calligraphie en partenariat avec l'Institut de Monde Arabe ou encore création d'œuvres d'arts plastiques en partenariat avec le Château de Versailles et 14 centres hospitaliers pour une exposition conjointe en 2018-2019.

- **Association les 12 étoiles** : une compagnie de spectacles pluridisciplinaires et création de projets artistiques et pédagogiques innovants pour tous les publics. Elle a choisi d'ancrer son travail dans une réalité sociale et géographique et souhaite toucher tous les publics quelle que soit leur initiation à la culture contemporaine.

Des comédiennes-clowns interviendront selon une périodicité mensuelle au sein de l'unité pédiatrique auprès des enfants en salle de jeux ou au chevet pour des moments ludiques ou en accompagnement de soins.

8 / OUVERTURE SUR LE TERRITOIRE

Les projets et activités que nous mettrons en place vont favoriser les échanges et vont amener le public de la Fondation à se déplacer comme par exemple avec les visites organisées avec la Philharmonie.

De nouveaux partenariats verront le jour avec les structures culturelles et associatives de proximité afin de renforcer l'ancrage territorial, par exemple le « 104 ».

Les liens avec les associations culturelles, institutions, et réseaux d'artistes se verront renforcés dans la durée. Des mutualisations de partenariats seront recherchées afin de maximiser les échanges et de conduire des projets pluri-partenariaux (par exemple : projet de création et d'expositions d'œuvres d'enfants hospitalisés dans les écoles de l'arrondissement et réciproquement).

9 / MOYENS POUR SOUTENIR CETTE POLITIQUE

Les moyens utilisés pour décliner de manière opérationnelle tous les objectifs déclinés précédemment sont les suivants :

- actions financées par la Fondation A. de Rothschild et les Fondations Edmond de Rothschild ;
- partenariats culturels pour le prêt d'œuvres ;
- actions de bénévoles de certaines associations culturelles ;
- actions gratuites proposées par des associations qui en assurent elles-mêmes le financement ;
- réponses aux appels à projets institutionnels « Culture à l'hôpital » ;
- recherche de financements externes (mécénat, fundraising, dons d'associations...).

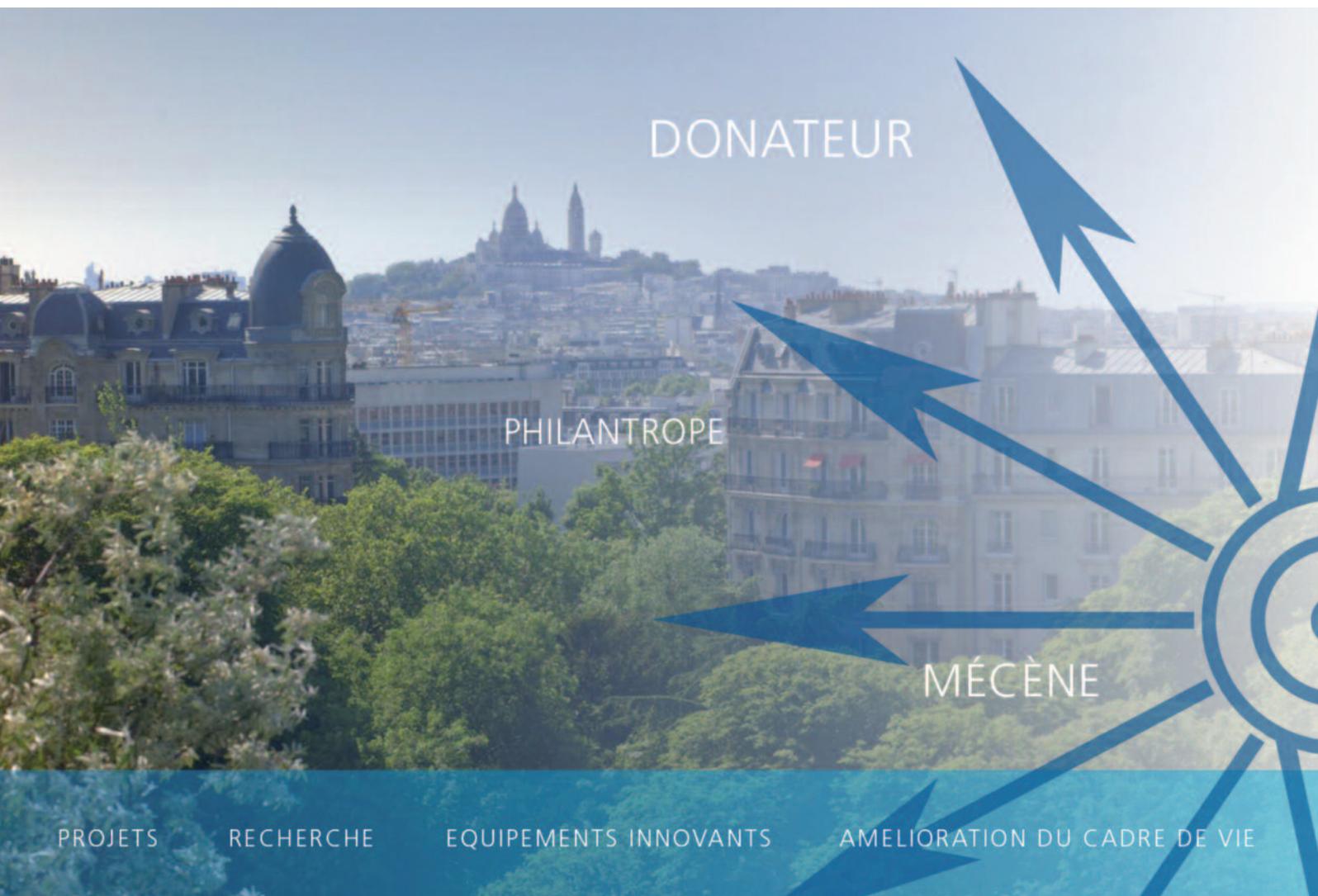


CONCLUSION

Le projet culturel 2017-2021 de la Fondation s'inscrit d'une façon ambitieuse au sein de la communauté médicale et soignante, il est l'occasion d'initier de nouveaux partenariats et modes d'échanges entre l'hôpital et la ville avec une volonté de synergie entre les acteurs locaux (associations, artistes, institutions culturelles etc..). Les actions culturelles viennent en complémentarité des soins en favorisant un environnement positif pour le soigné et le soignant.

Grâce à l'art « la vie de la personne malade n'est pas, à l'hôpital, différente de celle qu'elle mène en dehors de ses murs : elle peut y lire, y voir un film, y découvrir l'art ou l'histoire. Elle n'y est pas un corps dysfonctionnant mais une personne douée de sensations, d'émotions, d'intelligence, d'imagination, de créativité, etc. » (Julie Leteurtre).

**Aidez à proposer une médecine d'exception pour tous !
Soutenez la Fondation Adolphe de Rothschild**



AVEC VOUS

La Fondation Adolphe de Rothschild est reconnue d'utilité publique.

Optimisez votre don grâce aux défiscalisations possibles.

Pour aller plus loin, et connaître les projets de pointe portés par la fondation,
contactez : **dons@for.paris - 01 48 03 62 51**

25 rue Manin - 75940 Paris France | Tél. 01 48 03 65 65

contact@for.paris | www.for.paris