



**Institut de Cancérologie Jean Godinot**  
**Centre de Lutte contre le Cancer de Reims et Champagne-Ardenne**

**Projet d'Etablissement 2015 - 2017**

---

# Sommaire

<b>Institut de Cancérologie Jean Godinot</b>	<b>1</b>
<b>Projet d'Etablissement 2015 - 2017</b>	<b>1</b>
<b>I. Introduction</b>	<b>4</b>
1. Editorial – le contexte et les enjeux du Projet d'Etablissement 2015 - 2017	4
2. La démarche d'élaboration du Projet médico-scientifique	5
<b>II. Le contexte et l'environnement de l'Institut</b>	<b>6</b>
1. Les évolutions de la cancérologie à l'horizon 2020	6
2. L'évolution des besoins de santé à l'échelle régionale	8
3. L'offre de soins en Champagne Ardenne et dans l'Aisne	10
4. Trois éléments structurants pour le projet de l'Institut	12
<b>III. La situation de l'Institut en 2013</b>	<b>14</b>
1. L'activité et les soins	14
2. La recherche et l'innovation	18
3. L'efficacité de l'Institut	20
4. Le management	23
<b>IV. Les orientations stratégiques de l'Institut</b>	<b>24</b>
1. Une vision stratégique pour l'Institut à l'horizon 2020	24
2. Cinq orientations prioritaires	25
<b>V. Objectifs et plan d'actions en matière de soins</b>	<b>28</b>
1. Augmenter l'activité de chirurgie	28
2. Radiothérapie	30
3. Oncologie médicale	32
4. Parcours diagnostiques et thérapeutiques rapides	34
5. Prise en charge globale et soins de support	36
<b>VI. Objectifs et plan d'actions en matière de recherche</b>	<b>39</b>
1. Diversifier les activités de recherche clinique	39
2. Structurer la gouvernance de la recherche clinique	41
3. Renforcer le dispositif de soutien à la recherche	42
4. Poursuivre l'investissement en matière de recherche fondamentale	43
<b>VII. Objectifs et plan d'actions en matière d'enseignement</b>	<b>44</b>
1. Créer un Institut de Formation	44
2. Poursuivre l'investissement en matière d'enseignement académique	45
<b>VIII. Chantiers et plan d'actions transversaux</b>	<b>47</b>
1. Mener une politique active de partenariats territoriaux	47
2. Valoriser les éléments de différenciation de l'Institut	48
3. Faire évoluer le dispositif de management et de pilotage	49

<b>IX. Le Projet de soins</b>	<b>50</b>
1. Un projet réaliste en dynamique	50
2. Les principes directeurs	51
3. La démarche d'élaboration du projet de soins	52
4. Quatre axes prioritaires	53
5. Objectifs et plan d'actions du projet de soins	54
<b>X. Le Projet Qualité-Sécurité des Soins et Droit des Usagers</b>	<b>59</b>
1. Les principes directeurs	59
2. Trois axes prioritaires	62
3. Objectifs et plan d'actions du projet Qualité-Sécurité des Soins et Droit des Usagers	64
<b>XI. Le Projet du Système d'Information Hospitalier</b>	<b>70</b>
1. Le contexte	70
2. La politique du Système d'Information Hospitalier	71
3. Le portefeuille des projets	72
<b>XII. Le Projet Social</b>	<b>81</b>
1. Le contexte	81
2. La méthodologie d'élaboration du projet social	81
3. Quatre axes prioritaires	82
<b>XIII. Synthèse et perspectives</b>	<b>91</b>

# I. Introduction

---

## 1. Editorial – le contexte et les enjeux du Projet d’Etablissement 2015 – 2017 (Pr Yacine MERROUCHE, Directeur Général)

---

L’Institut de Cancérologie Jean Godinot a ouvert fin 2013 un nouveau cycle managérial dans un contexte particulier : situation financière délicate avec un déficit structurel conséquent, problème de gouvernance récent, concurrence forte du secteur libéral sur l’ensemble des disciplines de traitement des cancers, relatif isolement sur la métropole rémoise et inquiétude de la tutelle vis à vis de l’établissement.

L’élaboration d’un projet d’établissement structurant une stratégie médico-scientifique, coopérative et managériale, s’inscrit comme une étape essentielle vers le redressement de l’Institut en lui donnant un cadre de développement pour les années 2015-2016-2017.

Les enjeux majeurs sont la constitution :

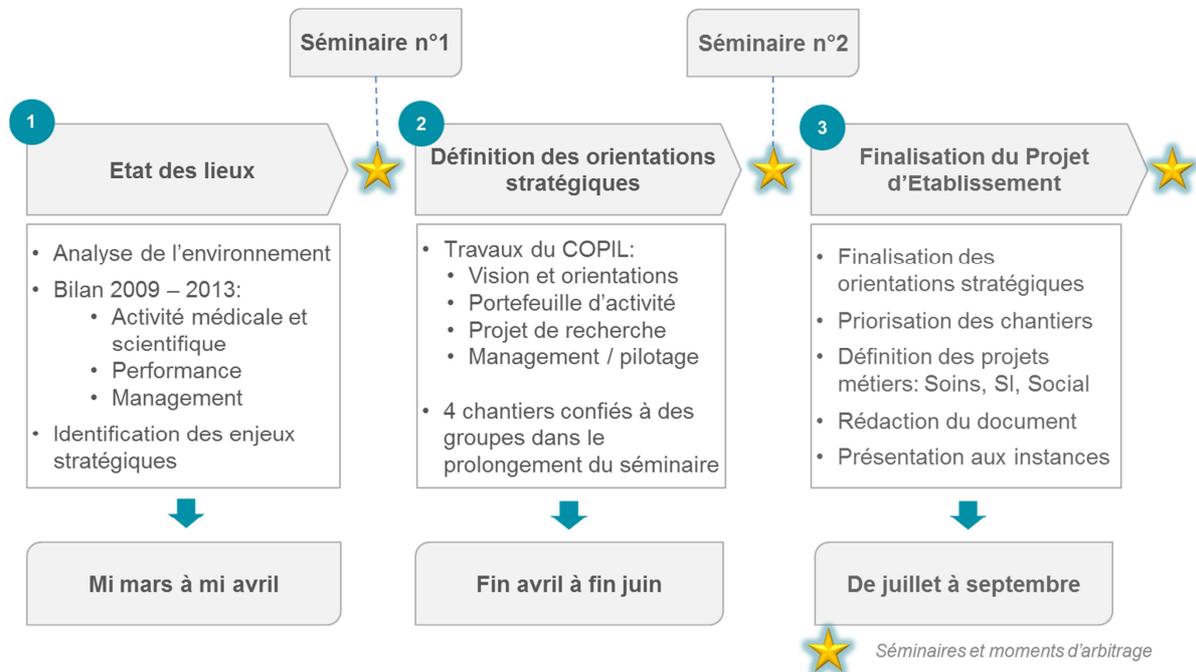
- D’une offre publique forte alternative à celle du groupe Courlancy, nécessaire pour un équilibre des modes de prise en charge, indispensable pour accompagner et diffuser les évolutions rapides de la cancérologie ;
- D’un pôle hospitalo-universitaire de cancérologie pour Champagne-Ardenne, avec le CHU de Reims, dans une relation équilibrée et de confiance respectant l’identité des 2 établissements et constituant une valeur ajoutée pour chacun ;
- D’une position régionale incontestable et incontournable comme support de structuration et de référence pour la cancérologie territoriale : coordination et gradation des soins, qualité et sécurité des prises en charge, diffusion de l’évolution des pratiques, accès à l’innovation ;
- D’un ancrage académique par une insertion et une reconnaissance dans la prospective scientifique et pédagogique de l’Université de Reims Champagne Ardenne ;
- D’une performance médico-économique avec la maîtrise des équilibres financiers, impératif incontournable pour la pérennité d’un établissement de santé.

Les atouts de l’Institut de Cancérologie Jean Godinot sont importants :

- Un plateau technique complet et de qualité en radiothérapie, en imagerie nucléaire et en radiologie notamment ;
- Des filières d’activités anciennes et reconnues en sénologie, en gynécologie et en endocrinologie thyroïdienne ;
- L’engagement de ses personnels pour les patients et leurs proches ;
- Les valeurs partagées par tous les centres de lutte contre le cancer et développées au plan national par la fédération **UNICANCER** : **l’exigence, l’innovation, l’ouverture et l’humanisme.**

## 2. La démarche d'élaboration du Projet médico-scientifique

Le Projet médico-scientifique 2015 – 2017 de l'Institut de Cancérologie Jean Godinot a été élaboré sur une période de 6 mois, entre mars et septembre 2014, selon une démarche participative ayant permis d'associer très largement les professionnels de l'établissement :



Les réflexions ont été globalement conduites par un Comité de Pilotage (COPIL) regroupant :

- Le Directeur Général,
- Le Président de la CME et chef du département de Radiothérapie,
- Le médecin responsable du DIM,
- Le chef du département de Chirurgie Carcinologique,
- Le Directeur des Soins.

Le comité de pilotage s'est appuyé sur quatre groupes de travail rassemblant médecins, représentants des directions fonctionnelles et cadres paramédicaux afin de définir la feuille de route de l'Institut autour des principales orientations stratégiques identifiées.

Deux séminaires rassemblant l'ensemble des médecins, des directeurs fonctionnels et de l'encadrement paramédical ont été organisés aux moments clés de la démarche : à l'issue de la phase d'état des lieux d'une part, et à l'issue de la phase de définition des orientations stratégiques d'autre part. Leur objectif était de partager les travaux réalisés, et de faire contribuer le plus grand nombre de professionnels de l'Institut aux réflexions. Les séminaires ont ainsi réservé une large place à des ateliers de travail et des sessions de réflexion collective en petits groupes.

Les travaux du Projet d'Etablissement ont été régulièrement partagés et débattus au sein du Conseil de Direction de l'établissement, rassemblant tous les mois les chefs de départements.

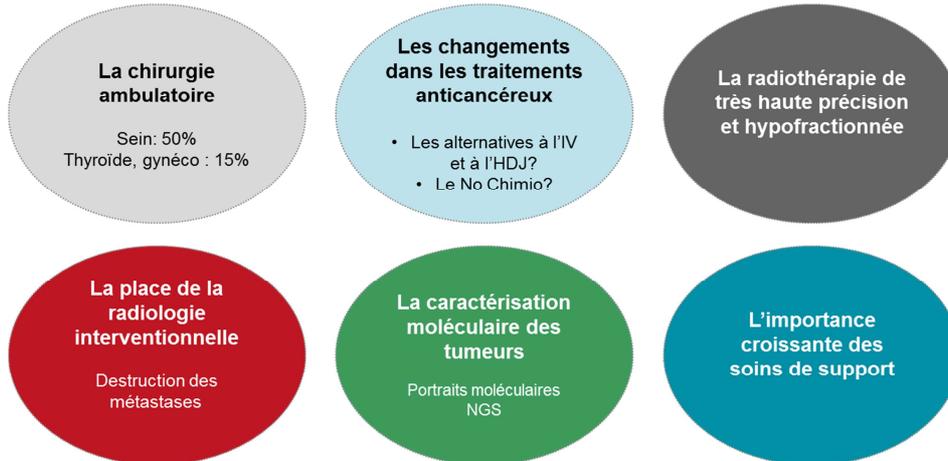
Enfin, une version intermédiaire de ce document a été présentée au groupe stratégique « Projet Médico-Scientifique » d'UNICANCER avant sa finalisation.

## II. Le contexte et l'environnement de l'Institut

### 1. Les évolutions de la cancérologie à l'horizon 2020

UNICANCER, à travers l'étude EvolPec réalisée en 2013, anticipe des évolutions profondes dans les traitements et modes de prise en charge des cancers à l'horizon 2020.

Six grandes évolutions potentielles ont ainsi été identifiées par UNICANCER



Source : UNICANCER, étude Evol Pec, 2013

**La chirurgie carcinologique connaîtra une évolution marquée vers l'ambulatoire** qui pourrait représenter, à l'horizon 2020, jusqu'à 50% des interventions en sénologie, et 15% des chirurgies des cancers de la thyroïde et de certaines interventions gynécologiques (coelioscopies diagnostiques notamment). Parallèlement, le développement des interventions mini-invasives se poursuivra dans les autres pathologies, permettant d'envisager une poursuite dans la réduction des durées moyennes de séjour en hospitalisation.

**La radiologie interventionnelle**, déjà cruciale dans certaines situations, devrait voir ses indications se développer de manière significative, notamment pour la destruction des métastases.

#### L'étude « Evol Pec » d'UNICANCER

L'étude Evol Pec a été réalisée en 2013 par UNICANCER afin d'anticiper l'impact des nouveaux traitements et modes de prise en charge.

L'étude a été supervisée par un comité scientifique composé de praticiens des CLCC, et s'est appuyée sur quarante entretiens avec des experts français et internationaux.

Elle a été menée en 3 phases :

- Identification des évolutions thérapeutiques les plus structurantes ;
- Qualification de ces évolutions ;
- Quantification des impacts en termes de lits et places, équipements et ressources humaines pour les CLCC.

**Le modèle de prise en charge en oncologie médicale pourrait évoluer** au profit des alternatives aux traitements IV administrés en Hôpital De Jour (HDJ) : traitements per os ou traitements à domicile par exemple. Par ailleurs, certaines indications standard pourraient être réévaluées, dans le cadre d'une plus grande individualisation des traitements selon le profil moléculaire des patientes.

**La caractérisation biologique des tumeurs va en effet devenir la norme dans les cinq à dix prochaines années** : la diffusion des technologies de séquençage à très haut débit (NGS), permet d'envisager l'utilisation en routine de portraits moléculaires des tumeurs, voire de séquençages entiers du génome, afin de déterminer une stratégie thérapeutique individualisée pour chaque patient et concrétiser le concept de Médecine Personnalisée.

**La radiothérapie sera marquée par la place croissante des techniques de haute précision** : l'IMRT est ainsi devenue le standard de traitement pour de nombreuses pathologies (notamment cancers ORL, de la prostate), et ses indications devraient s'élargir au cours des prochaines années. Parallèlement, le développement rapide des techniques de radiothérapie stéréotaxique s'accompagne d'une tendance vers l'hypo-fractionnement des traitements, avec des séances plus longues mais moins nombreuses.

Globalement, le développement du dépistage et des capacités de diagnostic précoce, ainsi que l'apparition de nouveaux traitements plus efficaces et moins invasifs conduisent à une augmentation de la survie des patients et à **une chronicisation progressive de la maladie**. Cette évolution a pour conséquence la croissance de la file active, le besoin de prise en charge plus fréquente des complications et comorbidités, notamment dans un contexte d'urgences cancérologiques, et renforce **l'importance des soins de support**.

La chronicisation de la maladie s'accompagne ainsi du développement d'une **prise en charge beaucoup plus ambulatoire et moins hospitalo-centrée** : elle nécessite la mise en place d'une vraie médecine de parcours, impliquant de manière coordonnée acteurs sanitaires (court séjour, SSR, HAD), structures médico-sociales et professionnels de ville.

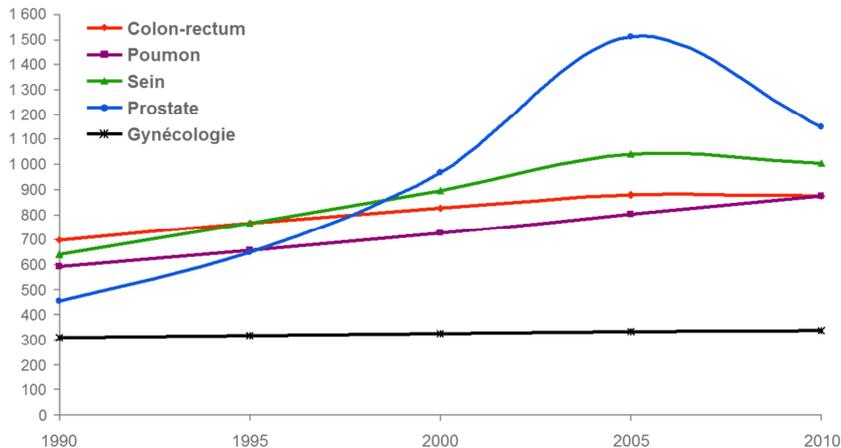
Enfin, les évolutions scientifiques et technologiques s'accélèrent, menant à une interpénétration croissante des soins et de la recherche. Dans ce contexte, **l'accès à l'innovation** devient essentiel afin d'assurer l'absence de perte de chance aux patients qui en relèvent. Cet accès va reposer sur **la constitution de plateaux techniques de haut niveau**, abrités par des centres experts bénéficiant d'une taille critique suffisante, ainsi que d'une capacité d'investissement et d'adaptation rapide.

## 2. L'évolution des besoins de santé à l'échelle régionale

### Une stabilisation récente du nombre de nouveaux cas de cancers

Après une forte augmentation entre 1990 et 2005, le nombre de nouveaux cas de cancer en Champagne Ardenne s'est globalement stabilisé entre 2005 et 2010,

Evolution du nombre de nouveaux cas de cancers en Champagne Ardenne, deux sexes



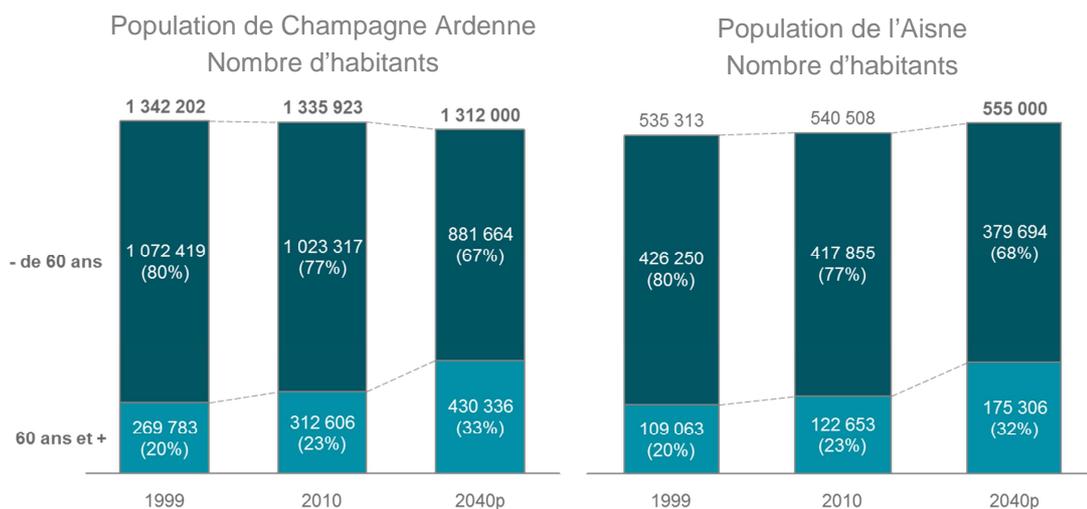
Sources : INVS - base des données de Francim

Le nombre de nouveaux cas se stabilise ainsi pour les cancers du sein et du côlon-rectum, voire diminue pour le cancer de la prostate (peut-être en lien avec des évolutions dans les pratiques de dépistage par dosage du PSA), alors que la baisse progressive de l'incidence des cancers ORL, de l'œsophage, ou du col de l'utérus se poursuit.

Le nombre de cas incidents continue néanmoins d'augmenter dans certaines pathologies, en particulier le cancer du poumon, le cancer du corps de l'utérus et dans une moindre mesure le cancer de l'ovaire.

### Une démographie marquée par le vieillissement et une légère érosion de la population

Les évolutions épidémiologiques récentes peuvent être mises en rapport avec une population régionale en stagnation globale et vieillissante. La population combinée de la Région Champagne Ardenne et du département de l'Aisne est restée stable depuis 1999, et cette tendance devrait, selon l'INSEE, se poursuivre sur le long terme :



Source : INSEE – modèle Omphale 2010 – scénario central

La population de Champagne Ardenne devrait ainsi, selon les projections de l'INSEE, passer de 1,35 millions à 1,31 millions d'habitants entre 2010 et 2040, soit une baisse de ~2%. Parallèlement, la population de l'Aisne devrait très légèrement augmenter, en passant de 540 000 à 555 000 personnes.

L'évolution démographique la plus importante devrait donc être la poursuite du vieillissement de la population, puisque le nombre d'habitants de plus de 60 ans devrait augmenter d'environ 40% d'ici 2040, pour représenter 33% de la population de la Région Champagne Ardenne et 32% de celle du département de l'Aisne (contre 31% en France).

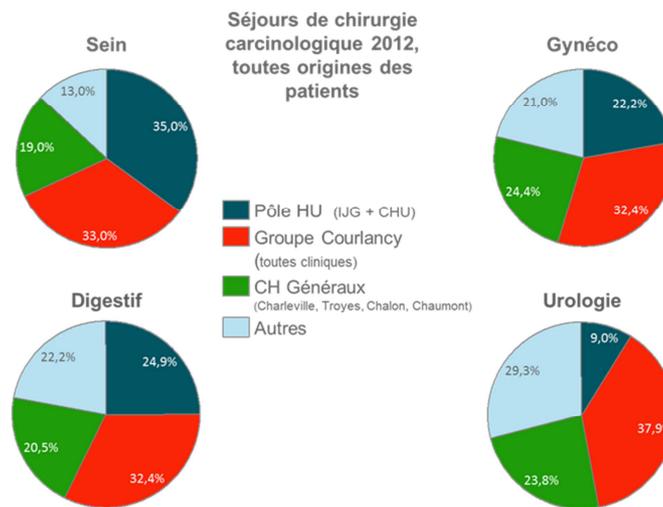
Ces tendances démographiques, ainsi que l'évolution des indications thérapeutiques et la chronicisation de la maladie devraient induire une augmentation modérée des besoins de santé sur les prochaines années, principalement en termes de prise en charge des patients métastatiques.

### 3. L'offre de soins en Champagne Ardenne et dans l'Aisne

L'offre de soins de Champagne Ardenne en cancérologie est schématiquement structurée autour de 3 groupes d'acteurs dont les parts de marché sont globalement équivalentes :

- Les acteurs hospitalo-universitaires : le CHU de Reims et l'IJG ;
- Le groupe Courlancy leader sur plusieurs pathologies comme les cancers urologiques, les cancers gynécologiques, ou les cancers digestifs ;
- Les Centres Hospitaliers de la région.

Cette situation est illustrée par la répartition des parts de marché en chirurgie dans quatre groupes de cancers parmi les plus fréquents :



Cette situation implique un environnement de forte concurrence :

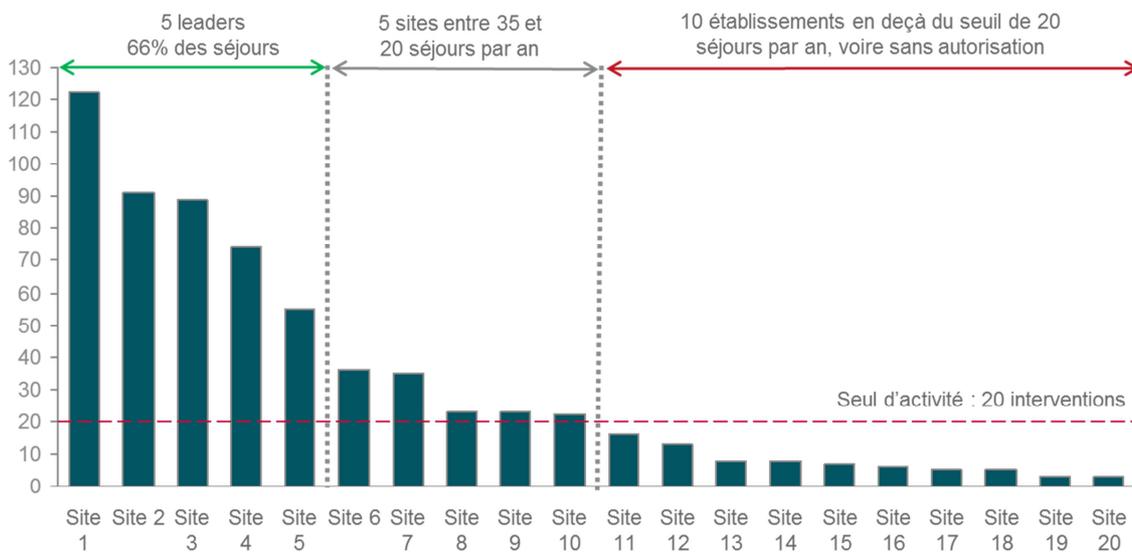
- De la part du secteur privé, dont le poids prépondérant est une spécificité de la région ;
- Entre les acteurs publics dont l'offre et les filières de soins ne sont pas toujours complémentaires.

L'offre est par ailleurs marquée par trois tendances fortes :

- Des fuites significatives (patients de Champagne Ardenne pris en charge hors de la Région) pour certaines pathologies et activités, notamment liées à la géographie de la Région et à la proximité de l'Île de France, mais qui témoignent également d'une offre insuffisante dans certains domaines et sur certains territoires :
  - o Un taux de fuite régional en 2012 (en nombre de séjours) de 27% pour la chirurgie des cancers hépatobiliaires et du pancréas, et de 38% pour la chirurgie des cancers de l'œsophage et de l'estomac ;
  - o Un taux de fuite des patients de Haute Marne compris entre 25% et 50% selon les pathologies pour les chirurgies soumises à seuil en 2012 ;

- Une attractivité importante des établissements de la Marne à l'égard de la population de l'Aisne, éloignée d'Amiens et pour laquelle Reims représente le site de recours et de référence naturel ;
- Un éparpillement de l'activité dans certaines pathologies, comme les cancers gynécologiques, qui pose un problème de qualité des soins au niveau régional :

Répartition des séjours pour chirurgie des cancers gynécologiques (pelvis) réalisés par les établissements de Champagne Ardenne en 2012



Source : données PMSI, ARS Champagne Ardenne

## 4. Trois éléments structurants pour le projet de l'Institut

---

### *Trois piliers : le Plan Cancer 2014 – 2019, le Projet Médico-scientifique d'UNICANCER, et les projets du GCS GEODE*

Le Projet d'Etablissement 2015 – 2017 doit être l'occasion d'inscrire l'Institut comme acteur de la mise en œuvre du Plan Cancer 3 à l'échelle régionale, notamment dans les objectifs essentiels suivants :

- *Garantir la qualité et la sécurité des prises en charge (objectif 2) ;*
- *Accompagner les évolutions technologiques et thérapeutiques (objectif 3) ;*
- *Accélérer l'émergence de l'innovation au bénéfice des patients (objectif 5) ;*
- *Conforter l'avance de la France dans la médecine personnalisée (objectif 6) ;*
- *Assurer des prises en charge globales et personnalisées (objectif 7).*

Ce Projet doit également permettre de renforcer l'articulation de l'Institut avec UNICANCER, dont la dynamique globale de recherche clinique (*via* UNICANCER R&D) et certains axes du Projet Médico-scientifique (défini en 2009) pourraient être mieux mis à profit.

L'appartenance à UNICANCER se traduit au niveau interrégional par la participation au GCS « GEODE » à travers lequel les CLCC du Grand Est (Dijon, Nancy, Strasbourg, Reims) mettent en communs leurs ressources, notamment dans le domaine de la recherche clinique. La coopération au sein de GEODE permet notamment à ses membres d'atteindre la taille critique minimum pour promouvoir des essais cliniques multicentriques. Elle est également utile pour le partage d'expériences et la mutualisation d'actions, de moyens ou d'expertises.

### *La mise en place d'un Pôle de Cancérologie Hospitalo-Universitaire et Public*

L'Institut de Cancérologie Jean-Godinot et le CHU de Reims coopèrent depuis de nombreuses années, que ce soit autour des filières de soins (avec l'existence de RCP communes dans de nombreuses pathologies) ou des plateaux techniques (notamment à travers la Plateforme de Génétique Moléculaire des Cancers de Champagne Ardenne, et d'un GIE exploitant un PET Scan). Ils ont créé en 2006 le GCS hospitalo-universitaire du pôle de référence en cancérologie de Reims.

Les deux établissements ont souhaité en 2014 approfondir cette coopération, aidés d'un consultant missionné par l'ARS de Champagne Ardenne. Les discussions ont permis d'identifier différentes synergies médico-techniques et cliniques, dont l'étude devrait se poursuivre en 2015 avec une approche pragmatique, respectant les identités de chacun.

## **Le Contrat de Retour à l'Equilibre Financier**

La situation financière de l'Institut s'est dégradée progressivement entre 2010 et 2013, dont l'exercice s'est clôt sur un déficit d'exploitation structurel de 3,9M€ (avant prise en compte des Aides à la Contractualisation accordées spécifiquement par l'ARS Champagne Ardenne). Ce déficit d'exploitation est lié à plusieurs évolutions, notamment :

- Du fait d'évolutions tarifaires défavorables, une activité en progression (cf chapitre III.1) qui ne s'est pas accompagnée d'une augmentation proportionnelle des recettes T2A ;
- Une diminution significative des MIGAC (notamment dotations liées à la Permanence des Soins des Etablissements de Santé), et des MERRI, pointant une insuffisance des recettes générées par les activités de recherche-enseignement ;
- En dépit d'une maîtrise des charges de personnel, une évolution des charges à caractère médical (notamment médicaments hors molécules onéreuses) et générales (sous-traitance) plus rapide que celle de l'activité ;

Le déficit d'exploitation de l'Institut se traduit par une Capacité d'Autofinancement fortement dégradée, alors que le taux de vétusté élevé des équipements (79%), supérieur à la moyenne des CLCC en 2013 (72%), implique des investissements importants à venir (cf chapitre III.1)

Dans ce contexte, un Contrat de Retour à l'Equilibre Financier (CREF) a été signé fin 2013 avec l'ARS Champagne Ardenne. Il prévoit le retour à l'équilibre financier durable à l'horizon 2017, avec un effort annuel de réduction du déficit structurel par l'IJG d'1,3 M€. Un plan d'actions pour l'exercice 2014 a été formalisé, mais la feuille de route sur les années à venir reste à définir.

Le CREF représentera pour l'Institut une contrainte, mais aussi un levier afin de dégager les marges de manœuvre indispensables à la mise en œuvre d'un projet médico-scientifique ambitieux. Le Projet d'Etablissement 2015 – 2017 doit ainsi permettre de définir une trajectoire de développement crédible pour l'Institut, y compris au plan financier.

### III. La situation de l'Institut en 2013

#### 1. L'activité et les soins

##### *Une activité assez dynamique, mais peu diversifiée*

L'activité de l'Institut, mesurée en nombre de séjours PMSI, a globalement augmenté entre 2009 et 2013, témoignant de l'attractivité de l'établissement :

Nombre de séjours PMSI, source ATIH base nationale	2009	2013	% évolution
<b>Chirurgie</b>	<b>1 253</b>	<b>1 198</b>	<b>- 4,3%</b>
• Dont Sein	711	583	- 18%
• Dont Gynéco	76	64	- 15%
• Dont Digestif	63	56	- 11%
• Dont Thyroïde	338	437	+ 29%
<b>Médecine (y compris chimiothérapie en hospitalisation)</b>	<b>3 869</b>	<b>3 959</b>	<b>+ 2,3%</b>
<b>Séances de chimiothérapie (HDJ uniquement)</b>	<b>5835</b>	<b>6908</b>	<b>+ 18%</b>
<b>Radiothérapie (séances et préparations)</b>	<b>20 696</b>	<b>25 411</b>	<b>+ 22,7%</b>

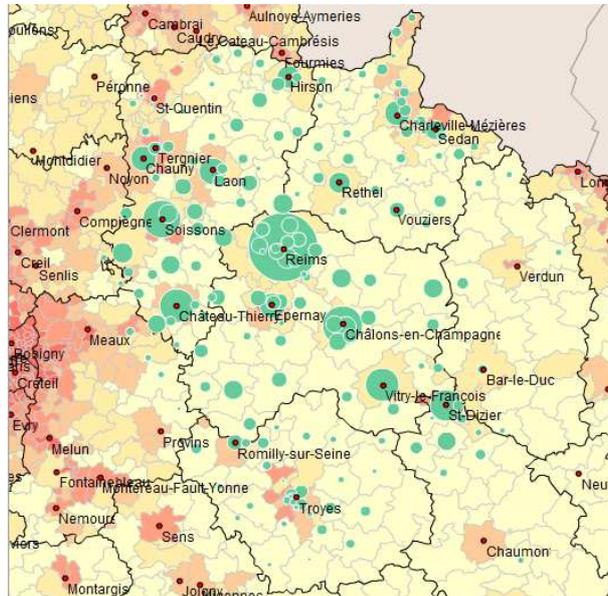
Cette dynamique apparaît néanmoins contrastée, puisque l'activité de chirurgie, dont le volume est faible relativement aux autres spécialités, a légèrement diminué (- 4,3%).

La période 2009 – 2013 a ainsi pérennisé la concentration de l'activité de l'Institut, ainsi que sa dépendance à quelques pathologies ou points forts historiques comme la sénologie, l'endocrinologie ou la radiothérapie.

##### *Un rayonnement sur la Région Champagne Ardenne et l'Aisne à consolider*

L'Institut dispose d'une large zone de recrutement qui englobe, au-delà de l'agglomération rémoise, la Marne, les Ardennes, l'Aisne, et l'Aube dans une moindre mesure. Ce rayonnement témoigne du rôle de l'établissement comme centre de référence pour la région ainsi que pour le département de l'Aisne.

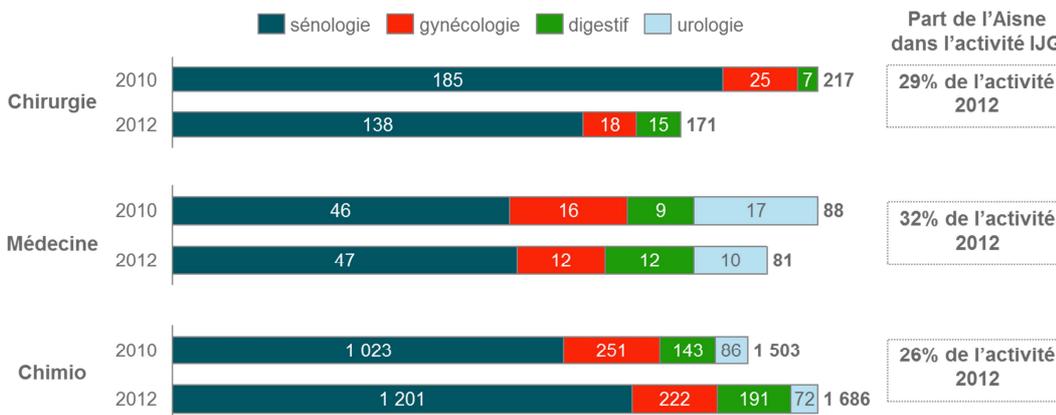
Origine des patients pris en charge à l'Institut de Cancérologie Jean-Godinot en 2012. La taille des bulles représente le nombre de séjours réalisés par l'établissement pour des patients résidant dans chaque commune.



Source : ATIH

Ce positionnement doit néanmoins être consolidé, notamment vis-à-vis de l'Aisne, dont les patients représentent entre un quart et un tiers de l'activité de l'établissement selon les activités et les pathologies. Le recrutement a en effet récemment diminué en chirurgie et médecine pour certaines pathologies comme la sénologie ou la gynécologie :

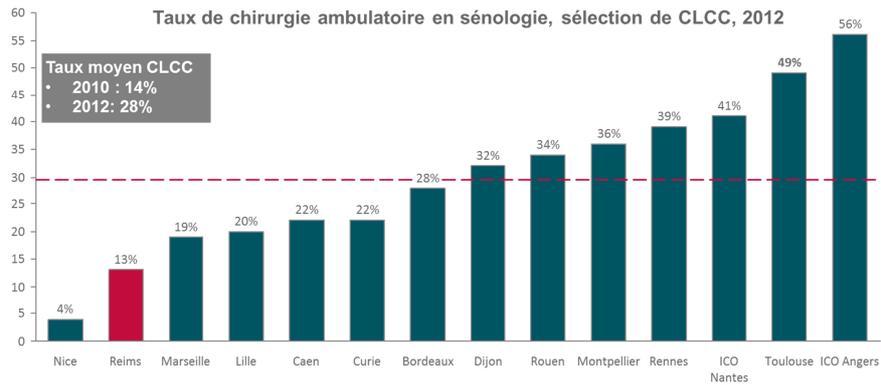
Séjours pour des patients venant de l'Aisne – sélection de pathologie



Source : ATIH

### Une appropriation des nouveaux modes de prise en charge qui doit être accélérée

L'Institut s'est engagé dans la mise en place de nouveaux modes de prise en charge, en particulier la chirurgie ambulatoire, mais l'a fait parfois de manière moins rapide que les autres CLCC. En sénologie par exemple, le taux d'interventions chirurgicales réalisées en ambulatoire à l'IJG avait atteint 13% en 2012, contre 28% en moyenne au sein d'UNICANCER :



Source : UNICANCER

De même, l'Institut n'avait pas encore mis en place, en 2014, de modalités effectives de diagnostic rapide, voire de diagnostic en un jour (par exemple en sénologie), expérimentées par de nombreux CLCC et identifiées comme un axe fort du Projet Médico-Scientifique d'UNICANCER.

Ces deux exemples indiquent qu'il existe pour l'Institut un potentiel d'appropriation des modes de prise en charge innovants, qui représenteront un levier essentiel d'amélioration du service rendu pour les patients et de différenciation vis-à-vis des autres établissements.

### Un plateau technique en cours de modernisation

Les activités et le plateau médicotechniques de l'Institut présentent des forces indéniables mais aussi certaines faiblesses :

- Le département de pharmacie dispose d'une unité de préparation des chimiothérapies totalement renouvelée en 2009 et capable d'accompagner la croissance de l'activité d'oncologie médicale à moyen terme ;
- L'IJG dispose d'un plateau modernisé de radiothérapie, doté de 2 accélérateurs linéaires et de l'unique tomothérapie de la région Champagne Ardenne et de l'Aisne. Mais l'Institut ne peut proposer les dernières techniques de stéréotaxie ;
- La Médecine Nucléaire est un atout de l'IJG. La TEP, acquise il y a plus de dix ans, est néanmoins vieillissante et devra être renouvelée au cours des prochaines années;
- Le plateau de radiologie a été complété par l'acquisition d'une IRM en 2011 (dont l'utilisation est partagée entre l'IJG, le CHU et des radiologues libéraux), mais l'effectif de radiologues de l'Institut s'avère insuffisant, ce qui induit des goulets d'étranglements en termes de diagnostic et de suivi des patients ;
- La Plateforme de Génétique Moléculaire des Cancers de Champagne Ardenne, exploitée en coopération avec le CHU de Reims, a pris du retard dans le déploiement des NGS, dont l'utilisation sera essentielle dans le développement de la Médecine Personnalisée;
- La radiologie interventionnelle (hors radio-sénologie) est aujourd'hui encore peu développée sur le site rémois.

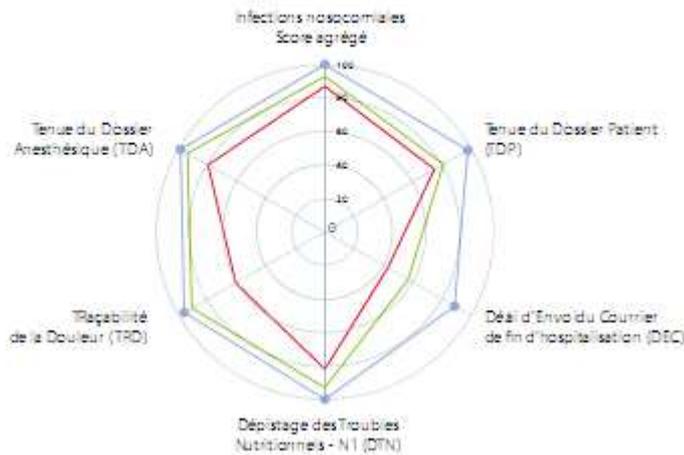
Des investissements importants (matériels et humains) seront donc nécessaires d'ici 2020 afin de positionner l'IJG à la pointe de l'innovation.

**D'excellents résultats en matière de qualité et sécurité des soins**

Indicateur IPAQSS dossier du patient, dossier d'anesthésie et infections nosocomiales 2013 :

● Centre | ■ Moyenne des CLCC | ■ Moyenne des CHU

REIMS



Indicateur IPAQSS 2014 RCP :

Etablissement : INSTITUT JEAN GODINOT (510000516)

Libellé indicateur	Année 2011				Année 2014			
	Recueil obligatoire : Oui							
	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.
Niveau 2 - la trace d'une réunion de concertation pluridisciplinaire datée, comportant la proposition de prise en charge et réalisée avec au moins trois professionnels de spécialités différentes est retrouvée dans le dossier du patient (RCP 2) (%)	93% [87% - 100%]	●	(+)	➔	93% [84% - 98%]	●	(+)	NA

La dynamique des professionnels et l'engagement de la Direction Générale ont permis de maintenir la performance de l'établissement en classe A, proche de 100/100 pour tous les indicateurs de Lutte contre les Infections Associées aux Soins (LIAS).

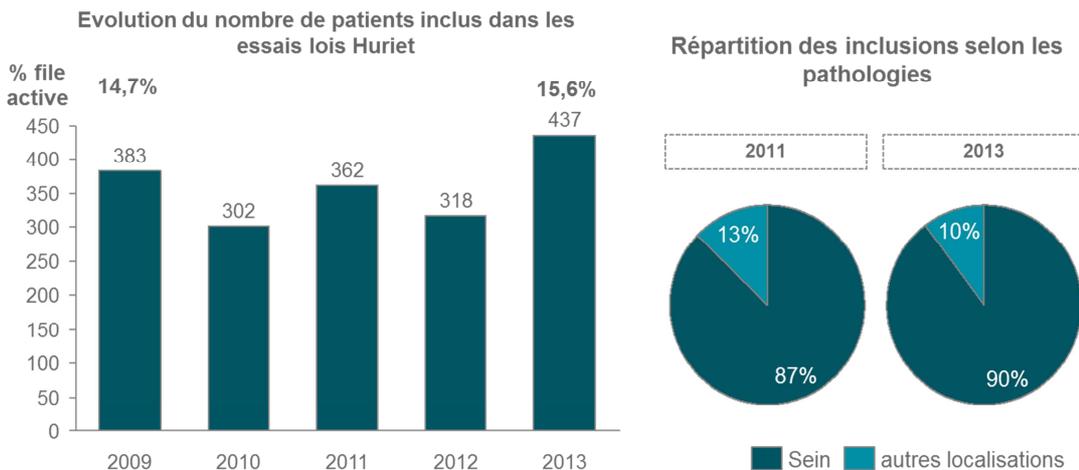
Les résultats des enquêtes patients et des indicateurs nationaux de qualité et sécurité des soins positionnent l'IJG aux 1ers rangs des CLCC et des établissements de la région Champagne-Ardenne.

L'organisation en place permet de répondre systématiquement aux plaintes et réclamation des usagers.

## 2. La recherche et l'innovation

### Une activité de recherche clinique dynamique mais déséquilibrée

L'activité de recherche clinique de l'Institut a enregistré d'excellents résultats entre 2009 et 2013, avec une augmentation significative du nombre de patients inclus dans un essai clinique « lois Huriet » (+14% sur la période). Ceux-ci représentaient ainsi plus de 15% de la file active de l'établissement de l'année 2013, au cours de laquelle 2 essais IJG promoteur ont par ailleurs été ouverts aux inclusions (mais n'ont pas été déclarés dans SIGREC et n'ont donc pas été pris en compte dans le calcul des dotations MERRI).



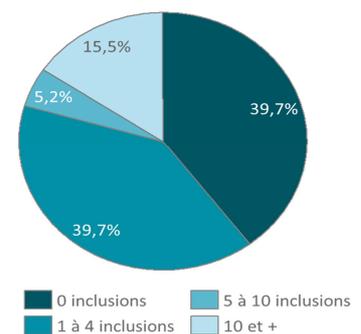
L'activité de recherche reste néanmoins largement concentrée sur la sénologie (85% à 90% des inclusions selon les années), et sur quelques grands essais et cohortes : 3 essais représentaient ainsi les deux tiers des patients inclus en 2013. Les essais concernant d'autres pathologies comme la prostate, le poumon ou le côlon-rectum, pour lesquelles les opportunités de recherche clinique sont nombreuses, ne recrutent donc qu'un faible nombre de patients.

Parallèlement, un nombre important d'essais ouverts génère peu (<5 patients / an) voire aucune inclusion. En 2013, près de 40% des essais ouverts n'avaient ainsi recruté aucun patient.

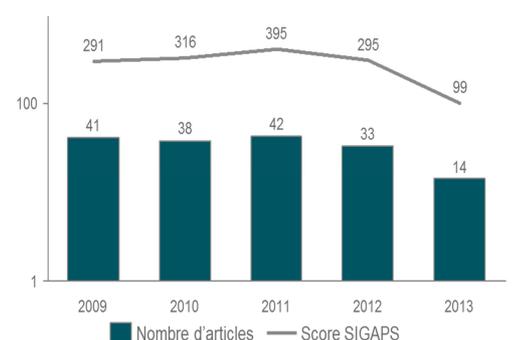
Enfin, l'activité de publications a diminué en quantité et en « qualité » au cours des cinq dernières années : le nombre d'articles répertoriés dans SIGAPS est en effet passé de 41 en 2009 à 14 en 2013, alors que le score moyen est passé de 7 à 5.

Cette baisse significative peut en partie s'expliquer par un problème de déclaration / validation dans SIGAPS, puisque le taux de publications non validées manuellement par leur auteur IJG était de 76% en 2013, contre 15% à 20% en moyenne pour les années précédentes.

Répartition des essais ouverts par nombre de patients inclus en 2013



Publications des professionnels de l'IJG répertoriées dans SIGAPS



Ces différents éléments montrent que la recherche clinique de l'IJG dispose d'un potentiel important, mais manque de structuration, tant en termes de gouvernance que d'organisation du soutien à la recherche ou de valorisation.

### ***Une implication récente en matière de recherche académique***

L'Institut s'est récemment investi dans la recherche fondamentale :

- Un directeur scientifique à temps partagé issu d'un EPST (Directeur de recherche INSERM) a été nommé ;
- Une équipe mixte de l'Université de Reims associant l'IJG et le CHU a été labellisée en 2013 : EA7319 « Immuno-dermatologie, cytokines, cancer » ;
- Par ailleurs, l'Institut dispose d'un important matériel accumulé autour des cancers de la Thyroïde, à travers un registre départemental (Marne-Ardenne), une sérothèque, et une tumorothèque dont la certification est prévue pour 2016. Ce matériel, ainsi que l'expertise de l'établissement autour de la pathologie thyroïdienne, pourraient être mieux exploités à travers des travaux de recherche fondamentale et épidémiologique, en lien avec l'Université ou un EPST ;
- Un enseignant-chercheur est par ailleurs membre du Centre de recherche en science et technologie de l'information et de la communication (CRESTIC) qui constitue l'EA3804 de l'université ;
- Il existe, enfin, une structure fédérative de recherche, SFR CAP SANTÉ, dont l'Institut est membre fondateur et où sa position pourrait être renforcée.

Cet investissement récent de l'IJG en matière de recherche fondamentale pourrait donc être renforcé en partenariat avec l'Université. L'établissement pourrait notamment accueillir un laboratoire ou une plateforme technique en profitant des locaux potentiellement libérés par l'externalisation des activités de biologie clinique.

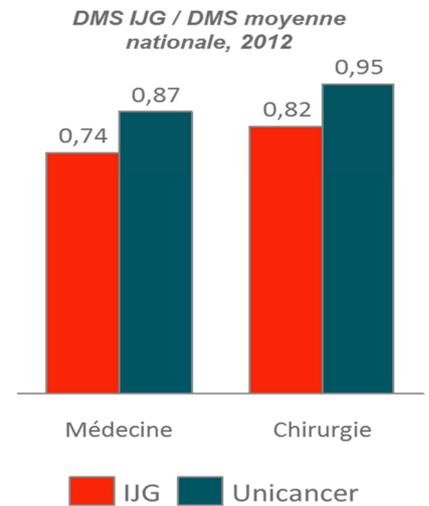
### 3. L'efficacité de l'Institut

L'efficacité de l'Institut de Cancérologie Jean-Godinot, évaluée à travers dix indicateurs sélectionnés pour leur comparabilité (notamment à travers le Benchmarking d'UNICANCER), apparaît contrastée.

#### Les activités d'hospitalisation complète et ambulatoire

L'activité d'hospitalisation complète se distingue par un indice de performance de la durée moyenne de séjour (IP-DMS) particulièrement bon. L'IP-DMS représente un ratio comparant, GHM par GHM, la DMS de l'établissement (au numérateur) à la DMS nationale des établissements publics et ESPIC (au dénominateur) pour les séjours d'une nuit et plus : un score inférieur à 1 indique ainsi une durée moyenne de séjour plus basse que la moyenne en France pour la même activité.

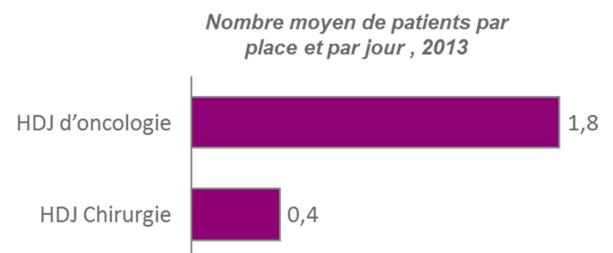
En 2012, l'IP-DMS de l'IJG était de 0,74 en médecine et de 0,82 en chirurgie, situant l'établissement parmi les CLCC les plus performants.



Néanmoins, cette maîtrise des DMS s'accompagne d'un taux d'occupation des lits d'hospitalisation complète de l'Institut largement perfectible, que ce soit en Médecine ou en Chirurgie.



Le taux de rotation des 17 places installées en hôpital de jour d'oncologie médicale, à 1,8 patient par jour et place en moyenne est satisfaisant mais pourrait être amélioré en se fixant deux patients par jour comme objectif raisonnable. Par contre, l'hôpital de jour de chirurgie, doté de 4 places, apparaît très peu utilisé.



## Les plateaux techniques

L'utilisation des plateaux techniques de l'Institut apparaît également contrastée.

L'utilisation du plateau de radiothérapie de l'IJG, mesurée à travers le nombre moyen de séances réalisées par accélérateur et par an, est élevée : elle était légèrement supérieure, en 2013, à celle des CLCC (médiane des ratios des 18 Centres).

La médiane des 4 CLCC ayant le ratio le plus élevé (« Top 20% ») était de 9 316, indiquant que l'Institut dispose encore d'une certaine marge de progression.

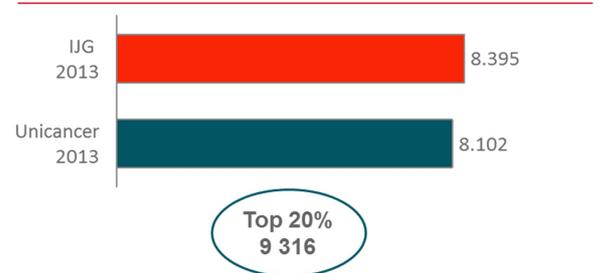
Des marges d'amélioration importantes existent également pour les autres plateaux techniques, qui apparaissent relativement moins bien utilisés qu'en radiothérapie :

Le taux d'occupation des blocs opératoires de l'IJG était en 2012 inférieur à la médiane des CLCC (méthode ANAP). Le potentiel d'optimisation apparaît d'autant plus important que l'amplitude des vacances offertes à la chirurgie est réduite (taux d'ouverture de 55% selon la convention ANAP).

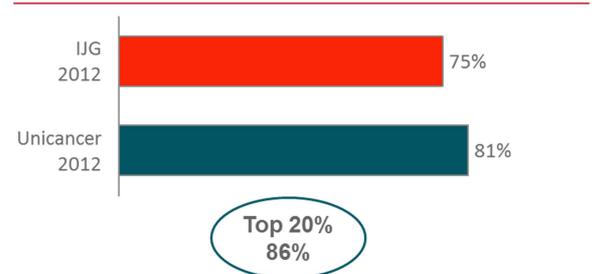
La « productivité » du scanner de radiodiagnostic, évaluée par le biais du nombre de passages réalisés par heure de fonctionnement effectif, présente un écart de plus de 60% par rapport à la médiane d'un échantillon de 300 établissements évalués par l'ANAP en 2010. Cet écart pourrait en partie s'expliquer par des différences de pratiques, mais reste très significatif.

La productivité de l'IRM (vacations de l'IJG) est légèrement supérieure à la médiane de l'échantillon ANAP, mais reste inférieure à celle des vacations dédiées au CHU (2,2 passages par heure) ou aux radiologues libéraux (2,7 passages par heure) sur le même appareil.

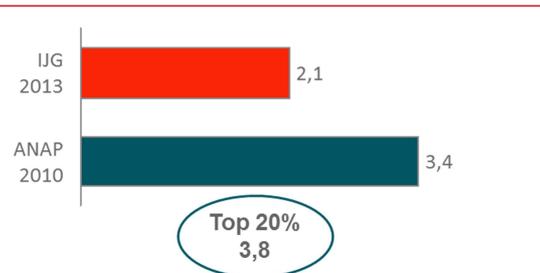
Séances de radiothérapie par accélérateur



Taux d'occupation des blocs opératoires



Examens de scanner par heure de fonctionnement

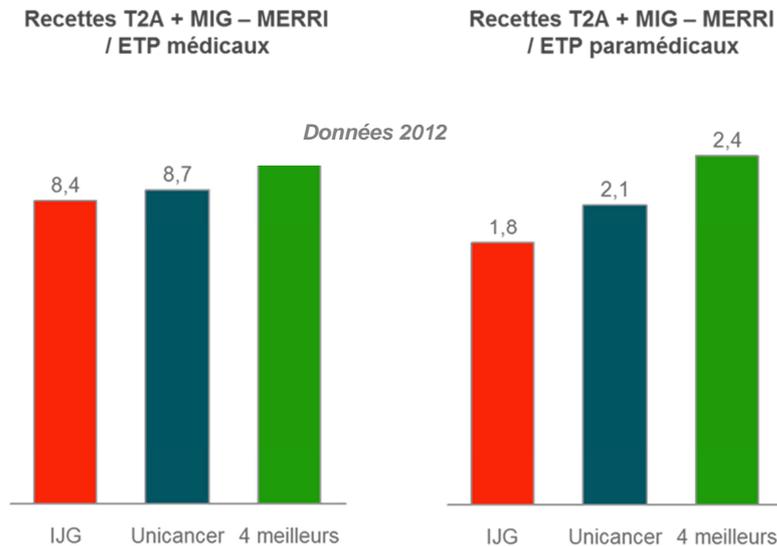


Examens d'IRM par heure de fonctionnement



## L'efficience médico-économique globale

L'efficience médico-économique globale de l'Institut peut être mesurée à travers deux ratios issus du benchmarking UNICANCER, rapportant les recettes T2A et les MIG-MERRI (exprimés en centaines de milliers d'€) aux ETP médicaux (hors internes) d'une part, et aux ETP paramédicaux d'autre part :



Les ratios de l'IJG apparaissent ainsi légèrement inférieurs à la médiane des CLCC, avec un écart significatif à la médiane des quatre CLCC dont le ratio est le plus élevé. Ce résultat reflète les différentes données disponibles concernant l'utilisation des capacités de prise en charge et des plateaux techniques de l'Institut, qui apparaissent toujours inférieures de quelques points aux échantillons de benchmark disponibles.

Parallèlement, le ratio des dépenses à caractère médical (médicaments, dispositifs médicaux... hors molécules onéreuses et DMI) rapportées aux recettes T2A est parmi les plus élevés des CLCC. L'IJG se situe ainsi au même niveau que les CLCC développant des activités d'hématologie, fortement consommatrices de médicaments. Ces éléments témoignent du besoin d'une meilleure maîtrise des prescriptions de médicaments et de dispositifs médicaux.



## Des marges de manœuvre significatives

Globalement, ces éléments indiquent que l'IJG dispose de marges de manœuvre importantes afin d'augmenter son activité hospitalière et ambulatoire. Ils soulignent également le besoin d'une double réflexion :

- sur le dimensionnement capacitaire de l'établissement au regard du potentiel de recrutement de patients et de l'évolution des modes de prise en charge ;
- sur l'organisation, afin de lever les freins au développement de l'activité et à l'optimisation des capacités de prise en charge au sens large.

## 4. Le management

---

### *L'organisation managériale*

L'organisation managériale de l'Institut de Cancérologie Jean Godinot apparaît relativement complexe compte tenu de la taille de l'établissement.

Cette complexité se traduit en premier lieu à travers les organigrammes, et notamment :

- Un nombre important de structures (services, départements, unités) dont le périmètre ne semble pas toujours pertinent ;
- Un manque d'alignement, dans certains secteurs, entre les organigrammes médicaux et paramédicaux.

Par ailleurs, les responsabilités managériales ainsi que les circuits et délégations de décisions ne sont pas totalement formalisés.

Enfin, le rôle, la composition, et le fonctionnement des instances managériales de l'Institut pourraient être mieux structurés. En particulier :

- La CME, rassemblant l'ensemble des praticiens de l'établissement, est dotée d'un bureau composé de 20 membres, chiffre probablement trop élevé pour en faire une réelle instance de travail ;
- Il n'existe pas de véritable Comité de Direction, se réunissant régulièrement afin de partager les principaux arbitrages institutionnels et assurer le pilotage de l'Institut ;
- Il n'existe pas, d'instance dédiée au pilotage opérationnel de la recherche clinique pour la définition des priorités, le suivi de l'activité etc...

### *Le pilotage et ses outils*

La mise en œuvre d'un Projet d'Etablissement ambitieux et le respect de la trajectoire définie par le CREF nécessitent un système de pilotage rigoureux. Celui de l'Institut de Cancérologie Jean-Godinot apparaît insuffisamment structuré à cet égard.

L'établissement dispose de nombreux tableaux de bord, diffusés régulièrement à la Direction Générale et aux départements et services médicaux, de sorte que l'information de gestion disponible apparaît très complète. Néanmoins, ces outils de pilotage sont utilisés de manière hétérogène et limitée, que ce soit par les départements ou par les instances de décision de l'établissement. Les données sont rarement partagées et analysées de manière commune par les Directions Fonctionnelles et les départements médicaux.

Au-delà d'une structuration insuffisante des instances de pilotage (cf ci-dessus), l'Institut souffre ainsi d'un manque de « dialogue de gestion » régulier entre la Direction Générale et les départements médicaux, permettant de définir conjointement les objectifs et les budgets de chaque structure, et d'assurer le suivi régulier de leur respect. Une culture médico-économique commune reste donc à partager entre la Direction Générale, les Directions Fonctionnelles et les Départements.

## IV. Les orientations stratégiques de l'Institut

---

### 1. Une vision stratégique pour l'Institut à l'horizon 2020

---

**Le Soins constitue la mission première de l'Institut de Cancérologie Jean-Godinot, dont la prise en charge globale et humaine** des patients représente l'une des valeurs fondamentales.

Le Projet d'Etablissement 2015 – 2017 doit permettre à l'Institut de poursuivre la **personnalisation** de la prise en charge offerte à ses patients. Le concept de Médecine Personnalisée, au cœur de ce Projet, se traduira tant par l'individualisation des traitements, ciblés par la biologie et par l'image, que par la prise en compte des besoins et des préférences de chaque patient et de ses proches, notamment en terme de soins de support.

Ce Projet d'Etablissement doit également permettre à l'Institut de Cancérologie Jean Godinot de renforcer sa **dimension Hospitalo-Universitaire**, et plus spécifiquement son **implication dans la recherche clinique et académique**. L'approfondissement des **coopérations** avec le CHU de Reims et l'Université de Reims Champagne-Ardenne représente à ce titre un axe de travail important pour les années à venir.

Etablissement hospitalo-universitaire, l'Institut de Cancérologie Jean Godinot doit mieux affirmer, au cours des trois prochaines années, son **positionnement de centre référent** pour la Région Champagne Ardenne et le département de l'Aisne. Ce positionnement reposera sur :

- L'excellence et l'exemplarité dans la **qualité de la prise en charge cancérologique et la sécurité des soins** ;
- **L'innovation** dans les traitements et les modes de prise en charge ;
- **Le recours**, en termes de prise en charge de cancers rares ou de situations thérapeutiques complexes ;
- L'investissement dans la **formation** universitaire et post-universitaire.

Enfin, ce Projet d'Etablissement doit représenter un véritable **plan de développement** pour l'Institut de Cancérologie Jean Godinot. L'établissement a en effet besoin **d'augmenter et de diversifier** ses activités de soins et de recherche, afin de réduire sa dépendance à quelques pathologies et spécialités auxquelles son image à l'extérieur le réduit parfois. Il s'agit également pour l'Institut d'atteindre une **masse critique indispensable** afin de poursuivre ses ambitions médico-scientifiques et d'équilibrer son modèle économique. Compte tenu de sa taille, l'Institut devra prioriser de manière rigoureuse les pistes de développement et les évolutions souhaitées de son portefeuille d'activités.

L'Institut ne pourra, seul, atteindre ces objectifs : la construction d'un **véritable réseau de partenariats territoriaux et de filières de soins** coordonnées représente donc une nécessité pour les trois prochaines années.

## 2. Cinq orientations prioritaires

---

Le Projet d'Etablissement 2015 – 2017 de l'Institut de Cancérologie Jean Godinot est structuré autour de cinq orientations stratégiques prioritaires.

---

### Augmenter et diversifier l'activité

Vecteur de développement, le Projet d'Etablissement 2015 – 2017 prévoit une **augmentation de l'activité médicale et scientifique** de l'Institut, dans le cadre d'une **diversification ciblée** de son portefeuille d'activités.

La priorité de l'IJG sera d'augmenter d'au moins 25% **son activité de chirurgie par rapport à 2013**, dont le poids relatif dans le *casemix* de l'établissement paraît trop faible : en optimisant l'utilisation du bloc, en augmentant le nombre et la durée des vacations offertes aux opérateurs, en développant résolument la chirurgie ambulatoire (sénologie notamment) et en réorganisant les parcours patients non seulement au bloc, mais aussi en amont et en aval.

Cet objectif se traduira par des **efforts de développement** ciblés en priorité sur les cancers **gynécologiques et colorectaux**, présentant notamment un fort potentiel en chirurgie.

Trois pathologies importantes feront par ailleurs l'objet d'un investissement spécifique en matière d'oncologie médicale et de radiothérapie : les cancers de la **prostate, du poumon et ORL**.

Enfin, l'Institut poursuivra la **consolidation de son rôle de leader** régional pour les cancers du **sein** et les tumeurs de la **thyroïde** (parcours rapides, ambulatoire, recherche thérapeutique et épidémiologique etc.)

1

## Renforcer et structurer la recherche clinique

Déjà dynamique, l'activité de recherche clinique peut et doit encore se développer, notamment hors sénologie.

L'objectif de l'Institut est ainsi de **diversifier le type d'essais** proposés aux patients autour de trois axes :

2

- Renforcer l'investissement de l'IJG dans les initiatives d'UNICANCER R&D
- Améliorer l'accès aux **essais précoces et/ou fondés sur la caractérisation moléculaire** des tumeurs,
- Elargir les thématiques de recherche, notamment aux soins de support, aux sciences humaines et aux projets paramédicaux.

L'objectif est également de développer la promotion d'essais interrégionaux, dans le cadre du GCS GEODE et du Cancéropôle Grand Est.

Pour ce faire, la recherche clinique doit **mieux se structurer** afin de gagner en efficacité : une **gouvernance** sera mise en place, ainsi qu'une **nouvelle organisation du soutien à la recherche**, dont les moyens (effectifs, ressources méthodologiques, certification ISO – 9001, outils etc.) seront réévalués et mieux répartis.

Par ailleurs, l'ensemble des professionnels seront mieux sensibilisés et mobilisés autour de la recherche clinique.

## Mener une politique active de partenariats territoriaux

Le développement de l'activité médico-scientifique de l'Institut et de son positionnement de centre référent nécessite de réactiver et de structurer la politique de partenariats avec les établissements de santé du territoire.

3

L'IJG proposera ainsi aux **CH de Champagne Ardenne et de l'Aisne** d'accompagner le développement de leurs activités en cancérologie par le biais d'une **offre de service et d'appui « sur mesure »**, tout en structurant les filières adéquates pour les malades en situation de recours, ou nécessitant l'accès à un traitement innovant spécifique.

Parallèlement, l'IJG poursuivra les travaux engagés avec le **CHU de Reims** pour approfondir leur partenariat, en vue de la mise en place progressive et effective d'un Pôle de Cancérologie Hospitalo-Universitaire et public en Champagne-Ardenne.

## Valoriser et renforcer les éléments de différenciation à l'égard des patients et professionnels de santé

La réussite du projet de développement de l'IJG dans un environnement très concurrentiel passe également par un travail d'amélioration de l'attractivité de l'établissement.

# 4

L'Institut dispose en effet de **plusieurs éléments différenciants** notamment son statut de Centre de Lutte Contre le Cancer, l'absence de secteur privé, le haut niveau de qualité et de sécurité de la prise en charge, ou l'accès à de nombreux essais cliniques.

Ces éléments, tout comme l'offre de soins, de recherche clinique et d'enseignement de l'Institut sont néanmoins méconnus : il est donc indispensable de mieux les valoriser par le biais d'une **politique de communication plus active et mieux outillée**.

**Le deuxième objectif sera d'enrichir et de personnaliser les relations avec les professionnels de santé**, notamment en termes de coordination autour du parcours de soins des malades, ou par le biais d'une offre plus étoffée d'enseignement et de DPC, développée et valorisée dans le cadre d'un futur Institut de Formation.

Enfin, **le troisième objectif** sera de corriger certains éléments qui nuisent à l'attractivité de l'Institut, par exemple **améliorer l'accessibilité téléphonique** à l'égard des patients et médecins correspondants.

## Faire évoluer le management et le pilotage

La mise en œuvre de ce Projet d'Etablissement et le respect de la trajectoire prévue par le CREF nécessitent de renforcer le dispositif de management de l'Institut.

# 5

Des **organigrammes plus simples et clairs** seront ainsi mis en place, réduisant notamment le nombre de structures internes. Parallèlement, les missions des managers médicaux, soignants et administratifs seront actualisées.

L'IJG se dotera également d'une **gouvernance clarifiée et réactive, et d'instances** permettant un pilotage renforcé de l'établissement : Comité Exécutif, Conseil de Direction, Comité de la Recherche Clinique et de l'Innovation.

Dans le cadre de cette nouvelle organisation, un véritable **dialogue de gestion** sera progressivement établi entre la Direction Générale et les managers médicaux.

## V. Objectifs et plan d'actions en matière de soins

---

### 1. Augmenter l'activité de chirurgie

---

Une des priorités de l'Institut est de **renforcer son activité chirurgicale, autour de deux axes complémentaires** : augmenter le nombre d'interventions d'au moins 25% entre 2013 et 2017 et prendre résolument le virage de l'ambulatoire, pour la chirurgie des cancers du sein.

L'Institut dispose dans ce domaine d'un potentiel significatif de développement. La file d'attente est en effet importante, mais de nombreux patients ne peuvent être pris en charge, du fait des capacités insuffisantes, qui doivent être renforcées et mieux utilisées.

#### Projets et actions

##### **Action n°1 : augmenter la capacité de prise en charge chirurgicale au bloc**

- **Mieux utiliser les 2 salles actuelles** et atteindre dès 2015 un taux d'occupation de 85% tout en élargissant l'amplitude horaire des vacations l'après-midi ;
- **Réorganiser le bloc opératoire au plan architectural**, en créant un circuit court et une salle dédiée aux actes sous anesthésie locale (poses de PAC, endoscopies etc.) qui occupent actuellement la salle 3. Ceci permettra d'y libérer jusqu'à 4 journées opératoires supplémentaires en chirurgie.

##### **Action n°2 : poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire pour les cancers du sein**

- **Rédiger une Charte de l'ambulatoire** partagée par l'ensemble des intervenants du bloc, décrivant les indications, protocoles de prise en charge, check-list etc.
- **Améliorer l'information délivrée aux patients** : mettre en place une consultation IDE systématique avant l'intervention, créer un « passeport » ambulatoire etc.
- **Structurer le processus de préparation de l'intervention ambulatoire** : programmation, préadmissions, actes associés, rappel du patient, etc.

**Action n°3 : optimiser les parcours patient entre la 1ère consultation et l'intervention**, en lien avec le projet de « parcours rapides » (cf projet n°4). Il s'agit notamment de réduire les goulets d'étranglements en imagerie, de revoir les modalités d'annonce du diagnostic, de revoir l'organisation de la prise de RV et d'améliorer le fonctionnement et les outils des secrétariats médicaux.

**Action n°4 : adapter les capacités de prise en charge et les moyens** (hospitalisation, HDJ, bloc, autres plateaux techniques) aux évolutions de l'activité et à la montée en charge de l'ambulatoire.

## Echéances principales

- **Evolution architecturale du bloc** : engager les études techniques d'ici le premier semestre 2015.
- **Chirurgie ambulatoire** : lancer un groupe projet au 1<sup>e</sup> trimestre 2015, pour un rendu en juin 2015
- **Parcours patients** : réaliser un diagnostic complet durant le 2<sup>ème</sup> semestre 2015

## Objectifs quantifiés et indicateurs de suivi

	2013	Objectif 2017
<b>Nombre d'interventions chirurgicales</b>	1 198	> 1 500
<b>% de tumorectomies en ambulatoire</b>	16%	>30%
<b>Délais entre 1ère consultation et intervention</b>	3 semaines en moyenne	3 semaines maximum
<b>Taux d'occupation des blocs opératoires</b>	80%	85% minimum

## 2. Radiothérapie

Doté de trois appareils de radiothérapie trans-cutanée et de l'ensemble des techniques de curiethérapie interstitielle et endo-cavitaire, disposant d'un scanner dosimétrique dédié, adossé à un plateau d'imagerie moderne équipé d'une IRM, d'un TEP scan et de gamma caméras hybrides, le Département de Radiothérapie poursuit sa stratégie de mise à disposition publique des techniques innovantes en radiothérapie. En étroite collaboration avec l'Unité de Physique Médicale, elle-même dotée de consoles dosimétriques performantes dont une console Aquilab® unique en région Champagne Ardenne, le Département de Radiothérapie s'est donné deux projets majeurs pour la période 2015-2017.

### Projets et actions

#### **Action n°1 : optimiser l'utilisation du plateau technique**

Cette culture d'optimisation a débuté depuis plusieurs années, marquée par chaque acquisition d'un nouvel appareil. L'imagerie embarquée équipant l'accélérateur Synergy acquis il y a 7 ans et capable de produire des images en temps réel de la situation balistique a conduit à une utilisation rationalisée dans les indications et les plages d'ouverture de cet appareil. quatre années plus tard, l'installation d'une Tomothérapie, classée Technique Innovante, a conduit à la création immédiate d'un Comité de Retour d'Expérience spécifique de la Tomothérapie, se réunissant chaque semaine pour optimiser le nouvel équipement. Un second exemple est illustré par un groupe multi disciplinaire et pluri-professionnel intitulé Groupe Efficience créé il y a deux ans environ et qui s'intéresse à toutes les étapes de la prise en charge en radiothérapie en formulant des recommandations de changement souvent appliquées rapidement

#### **Action n°2 : poursuivre le développement des techniques de très haute précision, et acquérir un appareil de stéréo-radiothérapie**

La stratégie d'investissement est caractérisée par la volonté d'acquérir, en remplacement d'un accélérateur, un appareil pouvant réaliser des traitements par IMRT classique et rotationnelle déjà largement possibles actuellement, mais surtout et plus spécifiquement des traitements stéréotaxiques et des traitements asservis à la respiration. Le développement simultané de ces deux techniques complémentaires (nous considérons d'un point de vue médical que l'une ne peut aller sans l'autre) est essentiel, tant du point de vue de l'utilité intrinsèque que de l'élargissement des indications.

Cet accélérateur sera strictement équivalent à un appareil classé Technique Innovante mais il respectera, outre ses capacités thérapeutiques :

- conserver le Record et Verify pour tous les appareils,
- faire évoluer les systèmes de planification Oncentra Masterplan vers un système de planification (TPS) Monaco.
- optimiser la maintenance de tous les appareils avec un SAV commun.

## Projets et actions

### Systèmes associés à la technique stéréotaxique :

- Cadre de stéréotaxie Cranial-fraxion® : système de contention permettant de réaliser des radiothérapies stéréotaxiques intra crâniennes
- Système extra cranial : système de contention permettant de réaliser des radiothérapies stéréotaxiques extra crâniennes.
- Système de synchronisation respiratoire Symmetry®

## Echéances Principales

Avant la fin de l'année 2015, visites de sites.

Avant la fin de l'année 2015, formalisation du cahier des charges.

Premiers patients traités : septembre 2016.

Mise en place simultanée d'un Comité de retour d'expérience pour le nouvel appareil.

## Objectifs quantifiés et indicateurs de suivi

	2013/2014	Objectif 2017
<b>Nombre de séances de radiothérapie</b>	25186	28000
<b>Nombre de séances sur appareil</b>	9300	11000
<b>Nombre de RT en conditions stéréotaxiques</b>	30	200

### 3. Oncologie médicale

Le département d'Oncologie Médicale occupe une place essentielle dans un centre de lutte contre le cancer moderne. Ses missions sont hospitalo-universitaires :

- Soins : prise en charge de tous les types de tumeurs solides de l'adulte, animation de la pluridisciplinarité ;
- Référence et recours : politique qualité régionale en oncologie médicale, appui de structures territoriales isolées ou en difficultés, prise en charge des tumeurs rares en lien avec les centres référents nationaux ;
- Enseignement et formation : pour les oncologues, pour la pratique des traitements médicaux du cancer par les spécialistes d'organe, et pour les médecins généralistes afin d'améliorer la prise en charge conjointe ;
- Recherche et innovation : accès des patients aux traitements innovants.

Pour l'exercice de ces missions, il interagit avec les autres départements de l'institut et a une relation privilégiée avec la pharmacie. Il dispose de praticiens référents d'envergure régionale voire nationale spécialisés sur les pathologies fréquentes et également de praticiens intégrés dans les réseaux nationaux de prise en charge des tumeurs rares.

Pour la période 2015-2017, le Département d'Oncologie Médicale a besoin, de parfaire sa structuration et d'adapter son organisation à l'évolution prévisible de la cancérologie : individualisation biologique des traitements, chronicisation de la maladie, prise en charge en ambulatoire, développement de l'oncogériatrie.

#### Projets et actions

##### **Action n°1 : Création d'une unité d'hospitalisation de semaine**

Dans une logique d'optimisation et d'efficience du plateau d'hospitalisation conventionnelle, une unité d'hospitalisation de semaine sera créée à partir du secteur Rubis et dédiée aux hospitalisations programmées (traitements, bilans, gestes techniques...).

##### **Action n° 2 : Harmonisation du fonctionnement médical et optimisation de l'organisation de l'hospitalisation de jour**

Ceci est nécessaire pour une meilleure fluidité des prises en charge, une plus grande efficience de l'établissement et une amélioration de la formation des internes.

##### **Action n°3 : Création d'une unité de suivi des thérapeutiques orales des cancers**

Les traitements oraux représenteront 50 % des traitements médicamenteux anticancéreux en 2020. Leur prescription et leur suivi nécessitent une organisation spécifique prenant en compte leurs toxicités potentielles, la nécessité d'une bonne observance, l'essor de l'éducation thérapeutique en cancérologie et le lien indispensable avec les professionnels de ville. Cette unité intégrera, outre les oncologues médicaux, les pharmaciens et soignants d'éducation thérapeutique.

##### **Action n°4 : Formation et recrutement d'un oncologue médical référent en oncogériatrie**

Il sera chargé, en liaison avec son homologue gériatre du CHU, de la supervision de l'Unité de Coordination en Oncogériatrie de Champagne Ardenne et du développement de la recherche clinique en Oncogériatrie.

##### **Action n°5 : Etudier la faisabilité d'une participation des patients aux essais précoces**

Il s'agit d'organiser une filière d'adressage des patients champardennais vers le centre d'essais précoces de Dijon ou celui de l'Institut Gustave Roussy.

## Echéances principales

- Unité d'hospitalisation de semaine : septembre 2015
- Harmonisation et optimisation de l'hospitalisation : septembre 2015
- Unité de suivi des thérapeutiques orales en cancérologie : mi 2016
- Praticien référent en oncogériatrie : 2017

## Objectifs quantifiés et indicateurs de suivi

### Hospitalisation de semaine

Taux d'occupation de l'Unité de semaine

Taux d'occupation le week-end en hospitalisation conventionnelle

### Hospitalisation de jour

Nombre de passage 2/jour/place en septembre 2015

## 4. Parcours diagnostiques et thérapeutiques rapides

La situation clinique et psychologique des patients avec une suspicion ou un diagnostic de cancer est significativement améliorée par une prise en charge spécifique rapide dont le pivot est la caractérisation d'un parcours clinique et para clinique efficace et fluide. L'objectif de ce parcours est de conduire à un diagnostic précis de la maladie et une prise en charge dans les meilleures conditions et dans les meilleurs délais. Une organisation médicale et para médicale multi professionnelle et multi disciplinaire est nécessaire. La mise en place de cette organisation est l'objet de ce projet.

### Objectifs :

- Caractériser les situations d'appel et orienter les patientes et patients sans délai.
- Définir lors de la 1ere consultation et avec chaque patiente et patient la nature et la chronologie des examens et de leur rendu amenant à remettre un calendrier d'exécution compréhensible et adapté à la personne et à son entourage
- Chaîner sans à-coups les rendez-vous médicaux cliniques et para cliniques jusqu'à la date du 1er acte thérapeutique.

### Projets et actions

**Action n°1 :** Identifier un secrétariat spécifique, avec un numéro de téléphone unique

**Action n°2 :** Former ce secrétariat pour reconnaître les situations et orienter les RDV en conséquence,

**Action n°3 :** Libérer du temps-praticien pour une consultation spécifique ou pour un bilan d'imagerie avec réalisation de biopsies

**Action n°4 :** Organiser les prélèvements biopsiques en concordance avec les pathologistes

**Action n°5 :** Organiser un staff radio-spécialiste d'organe pour préciser les modalités d'explorations complémentaires éventuelles

**Action n°6 :** Organiser la RCP pré thérapeutique avec tous les spécialistes concernés : chirurgien, radiologue, oncologue, pathologiste et avec un dossier médical complet. Envoyer les conclusions aux médecins correspondants

**Action n°7 :** Libérer du temps praticien pour la consultation d'annonce, présenter le PPS (Programme Personnalisé de Soins)

**Action n°8 :** Organiser le premier temps de prise en charge thérapeutique

#### Exemple du Parcours Sein :

- créer un numéro de téléphone unique spécifique à la prise en charge des femmes porteuses d'une lésion mammaire suspecte ou avérée ;
- orienter ces femmes, par un secrétariat dédié et formé, sur le Parcours Rapide Sein selon deux axes suivant si le diagnostic est suspecté ou avéré ;
- organiser sur la Polyclinique du Sein une demie journée consacrée à ce Parcours Rapide Sein ;
- sur cette demi-journée, mettre en place en parallèle une consultation avec un chirurgien (pour les patientes dont le diagnostic est avéré) et une consultation avec un radiologue suivie de compléments d'investigations (radiologiques, biopsiques, cytologiques) et d'une consultation avec un oncologue médical (pour les patientes dont le diagnostic est suspecté)
- ainsi, pour chaque patiente intégrant ce Parcours Rapide Sein, le parcours de soins et la prise en charge initiale seront initiés dès cette demi-journée ;
- organiser les interactions nécessaires avec la Recherche Clinique (consultation Infirmière et Assistante de Recherche Clinique) et le service de coordination (consultation infirmière de coordination médicale et chirurgicale) ;
- organiser l'analyse des dossiers en RCP pré thérapeutique avec tous les spécialistes concernés.

## Echéances principales

- Mise en place du Parcours Sein : année 2015
- Amélioration du Parcours thyroïde pour le premier temps de prise en charge thérapeutique : année 2015
- Déploiement ultérieur en cancérologie gynécologique et digestive : année 2016

## Objectifs quantifiés et indicateurs de suivi

	2014	Objectif 2016
<b>Parcours sein</b>		
Nombre de patientes incluses dans l'étape diagnostique		150 patientes
<b>Questionnaire satisfaction des patientes incluses dans le parcours rapide</b>		
Délais :		date d'appel → date du 1 <sup>er</sup> acte thérapeutique
<b>Parcours Thyroïde</b>		
En 2014, ce parcours est proposé à tous les patients présentant un nodule thyroïdien suspect		
délai entre date d'appel et date de diagnostic	17 jours (6-35)	maintenir les délais de diagnostic
délai entre date de diagnostic et date du 1 <sup>er</sup> acte thérapeutique	65 jours versus 127 hors parcours organisé	réduire les délais entre date de diagnostic et date du 1 <sup>er</sup> acte thérapeutique en réduisant les délais de RV chirurgien et anesthésiste. Objectif : 35 jours

## 5. Prise en charge globale et soins de support

---

Très tôt, l'Institut de Cancérologie Jean Godinot a eu le souci de préserver **la meilleure qualité de vie** de la personne traitée pour un cancer : dès les années 70-80, les soins aujourd'hui dénommés « soins de support » sont mis en place. D'emblée, cette **approche globale** a fédéré l'ensemble des acteurs de soins impliqués au sein de l'IJG.

En 2014, un **Département Interdisciplinaire de Soins de Support pour le Patient en Oncologie** (DISSPO) est créé. Il regroupe les services et consultations suivantes : douleur, psycho-oncologie, soins palliatifs, oncogériatrie, coordination avec le domicile, stomathérapie, kinésithérapie, diététique, assistante sociale, socio-esthétique.

Aujourd'hui, il prend en compte la diversité des besoins du patient et de son entourage, tant sur les plans physique, psychologique et social et ce, quel que soit le lieu de soins.

Le développement des soins de support est l'une des **priorités du Plan Cancer et du projet stratégique médico-scientifique 2015-2017 de l'Institut de Cancérologie Jean Godinot**.

Dans ce cadre, le DISSPO se fixe les objectifs suivants :

- 1) Améliorer l'accessibilité aux soins de support
- 2) Structurer la prise en charge dans la phase après-cancer
- 3) Consolider la prise en charge de la fin de vie à l'IJG
- 4) Initier un protocole de coopération médico-soignant

## Projets et actions

### Projet 1 : Améliorer l'accessibilité aux soins de support

- **Action 1 : développer le concept de « portail soins de support »**
- **En interne**, pour renforcer la visibilité auprès des patients IJG (N° d'appel et guichet uniques pour des informations ou un accès aux soins de support de l'IJG)
  - **En externe**, au travers de la coordination avec le domicile, partager l'information avec les différents acteurs (médecins traitants notamment) et niveaux de soins pour renforcer le lien ville hôpital (échanges directs, fiches de liaison ...)

### Projet 2 : Structurer la prise en charge de l'après-cancer

- **Action 2 : Instaurer un programme personnalisé de l'après cancer (PPAC)** sur la base d'évaluations pluri-professionnelles des soins de support de l'IJG après la fin du traitement initial (activité physique, esthétique, soutien, réinsertion...)

### Projet 3 : Consolider la prise en charge de la fin de vie à l'IJG

- **Action 3 : Déployer au sein de l'unité "Ambre", une Unité de Soins Palliatifs de 6 lits.** Il s'agit de reconnaître et de valoriser un travail et une expertise déjà en place. Les missions de cette unité, son organisation et son fonctionnement seront conformes à la circulaire N°DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.
- Dans le cadre de la Fédération Inter-Hospitalière de soins palliatifs Institut Jean Godinot - CHU, cette unité collaborera de façon étroite avec l'USP de Sébastopol afin de répondre dans les meilleurs délais aux demandes de prise en charge. Les deux unités développeront des projets communs de formation et de recherche dans le domaine des soins palliatifs.

### Projet 4 : Initier un protocole de coopération médico-soignant

- **Action 4 : soumettre à l'ARS un dossier, portant sur la réalisation de la laserthérapie par les infirmières**, autorisant une réorganisation de cette intervention auprès des patients atteints de mucites.
- Cette première initiative permettra d'amorcer une réflexion plus large pour répondre :
- aux besoins de Santé dans un contexte de démographie médicale défavorable,
  - à la nécessité d'assurer l'efficacité des prises en charge,
  - ainsi qu'à l'aspiration des professionnels à faire évoluer leurs activités et leurs compétences.

## Echéances principales

### **Action 1 : Développer le concept de « portail soins de support »**

→ 2<sup>ème</sup> semestre 2015

### **Action 2 : Instaurer un programme personnalisé après cancer (PPAC)**

→ 1<sup>er</sup> semestre 2016

### **Action 3 : Déployer au sein de l'unité "Ambre", une Unité de Soins Palliatifs de 6 lits**

→ 1<sup>er</sup> semestre 2015

### **Action 4 : soumettre à l'ARS un dossier, portant sur la réalisation de la laserthérapie par les infirmières**

→ 1<sup>er</sup> semestre 2015

## Objectifs quantifiés et indicateurs de suivi

### **Action 1 : Développer le concept de « portail soins de support »**

- Nombre de patients ayant bénéficié des soins de support
- Nombre de contacts internes et externes

### **Action 2 : Instaurer un programme personnalisé après cancer (PPAC)**

- Nombre de consultations
- Evaluation de la satisfaction des usagers

### **Action 3 : Déployer au sein de l'unité "Ambre", une Unité de Soins Palliatifs de 6 lits**

- Taux d'occupation
- Nombre de patients accompagnés

### **Action 4 : Soumettre à l'ARS un dossier, portant sur la réalisation de la laserthérapie par les infirmières**

- Validation du dossier par arrêté de l'ARS

## VI. Objectifs et plan d'actions en matière de recherche

---

### 1. Diversifier les activités de recherche clinique

---

Dynamique, la recherche clinique de l'Institut est néanmoins très concentrée sur la sénologie, ainsi que sur un panel réduit d'essais, et ne tire pas tout le parti des possibilités offertes par UNICANCER R&D.

L'enjeu est donc de diversifier l'activité de recherche clinique tant en termes de pathologies (notamment : gynécologie, côlon-rectum, poumon, prostate), que de thématiques de recherche et de types d'essais proposés aux patients.

#### Projets et actions

**Action n°1 : renforcer l'implication de l'Institut au sein d'UNICANCER R&D**, d'une part en déclinant de manière plus systématique les essais promus par UNICANCER ou les programmes nationaux déclinés via UNICANCER (par exemple : Acsé), d'autre part en assurant une plus forte participation des professionnels de l'IJG aux groupes de travail « tumeurs », notamment hors sénologie.

**Action n°2 : participer à des essais innovants basés sur la caractérisation moléculaires des tumeurs :**

- Assurer l'accès aux NGS en faisant l'acquisition d'un séquenceur haut débit ;
- Mettre en place une RCP moléculaire et développer l'expertise en termes de génomique au sein du Département d'Oncologie Médicale.

**Action n°3 : élargir l'éventail des thématiques de recherche clinique menées à l'IJG** aux soins de support, aux sciences humaines, et à la recherche paramédicale.

**Action n°4 : développer la promotion d'essais inter-régionaux** en collaboration avec les CLCC du GCS GEODE et les acteurs du Cancéropôle Grand Est. L'Institut mettra notamment en place un appel à projet interne annuel, permettant de soumettre des propositions d'essais à GEODE ou de PHRC, ouvert à toute thématique (cf action 3).

**Action n°5 : organiser l'accès aux essais de phase I pour les patients de l'Institut.** Des partenariats seront noués en ce sens avec Gustave Roussy et/ou le Centre Georges-François Leclerc de Dijon afin de structurer le repérage et l'orientation des patients pouvant bénéficier des essais ouverts au sein de ces 2 Centres.

## Echéances principales

**Mise à disposition d'un séquenceur haut débit : d'ici fin 2015**  
**Lancement d'un appel interne à projet « promotion interrégionale » : 1<sup>er</sup> semestre 2015**

## Objectifs quantifiés et indicateurs de suivi

	2013	Objectif 2017
<b>% de patients inclus dans une recherche biomédicale (« Loi Huriet »)</b>	15,6%	15% à 20%
<b>Part des inclusions hors sénologie</b>	10%	Au moins 30%
<b>Essais promus chaque année</b>	-	Au moins 1

## 2. Structurer la gouvernance de la recherche clinique

Le développement efficace des activités de recherche clinique de l'Institut nécessite la mise en place d'un schéma de gouvernance permettant notamment d'en assurer un meilleur pilotage stratégique. Ce schéma reposera sur **6 éléments** :

**Un Conseil scientifique** aura la responsabilité d'évaluer la stratégie, les activités et le financement de la recherche de l'Institut. Présidé par une personnalité extérieure, il se réunira tous les deux ans.

**Un poste de Directeur de la Recherche Clinique (DRC)** sera créé et intégré au sein d'un Pôle Enseignement et Recherche. Il assurera notamment le suivi opérationnel des activités de recherche clinique, la coordination des projets, l'interface avec les partenaires et la communication tant interne qu'externe dans ce domaine.

**Un Comité Recherche Clinique et Innovation**, animé par le DRC, définira la stratégie et les priorités de recherche, sélectionnera les essais et assurera le pilotage des résultats. L'un de ses objectifs sera d'optimiser le nombre d'essais ouverts, en particulier ceux qui incluent peu ou pas de malades. Il réunira tous les mois le DRC, le DG, le Directeur des Soins, un représentant de chaque département et des RCP de l'Institut et les membres du Bureau de recherche clinique.

**Une animation médico-scientifique** sera organisée, notamment via des sessions de retour sur les congrès, des séminaires de brainstorming, ou la création d'un club médical.

**Un budget de la recherche clinique** sera structuré autour d'un compte unique, agrégeant les comptes dédiés par essais ou projets. Des financements supplémentaires seront recherchés par le biais d'une politique de mécénat orienté « recherche ».

Enfin, les activités et objectifs de recherche clinique seront **mieux pris en compte dans le management individuel des professionnels** et le pilotage des départements médicaux (*cf chapitre VIII.3 - management*). Des temps dédiés recherche et innovation seront aménagés, et la contribution aux activités de recherche clinique (inclusions, coordination d'essais, publications etc.) sera intégrée à l'évaluation des praticiens.

### Objectifs quantifiés et indicateurs de suivi

	2013	Objectif 2017
% d'essais incluant moins de 5 patients	79,4%	> 50%

### Echéances principales

**Première réunion du Comité RCI** : d'ici 1<sup>er</sup> trimestre 2015  
**Première réunion du Conseil Scientifique** : d'ici fin 2015

### 3. Renforcer le dispositif de soutien à la recherche

La mise en place d'un dispositif de soutien à la recherche renforcé, mieux structuré, et mieux outillé est indispensable afin d'améliorer l'efficacité du fonctionnement de la recherche clinique.

#### Projets et actions

**Action n°1 : Le directeur de la recherche clinique**, supervisera :

- le management des ARC & IRC au sein de l'Unité de Recherche Clinique,
- le recrutement, à terme, d'un chef de projet issu de l'industrie pharmaceutique,
- l'appui en termes de méthodes et de bio-statistiques, et le lien avec la plateforme méthodologique du Cancéropôle Grand Est,
- la déclaration des activités (SIGAPS, SIGREC), permettant de garantir la reconnaissance de l'Institut et de sécuriser les financements MERRI.

**Action n°2 : améliorer et homogénéiser les modalités de screening, d'inclusion, et de suivi** des patients, en s'appuyant notamment sur les RCP, la mobilisation des ARC au sein des consultations, et la sensibilisation des soignants et des secrétariats.

**Action n°3 : s'engager dans la démarche de certification ISO-9001** avec les centres d'UNICANCER.

**Action n°4 : renforcer les moyens et les outils mis à disposition des investigateurs**, en particulier : temps ARC / IRC (dont la répartition entre projets et secteurs sera rééquilibrée), comptes rendus structurés (en particulier en imagerie), outils informatiques et gestion des e-crf.

**Action n°5 : faciliter le travail de publication :**

- organiser une aide à la rédaction en anglais et à la soumission des articles ;
- améliorer l'accès à la bibliographie, (notamment via l'Université) ;
- créer un « medical writing club » ;
- identifier un praticien référent pour encadrer les internes.

#### Echéances principales

**Certification ISO-9001 : 2016**

## 4. Poursuivre l'investissement en matière de recherche fondamentale

L'Institut de Cancérologie Jean Godinot doit poursuivre son investissement en recherche fondamentale pour sa pleine reconnaissance académique. Sous l'impulsion conjointe de son Directeur scientifique et de son Directeur Général, il doit renforcer son insertion dans l'Université de Reims Champagne Ardenne et évaluer les possibilités de coopération avec l'Université Technologique de Troyes (et son UMR CNRS). Les ressources financières issues des dons et legs ciblés sur la recherche seront mobilisés, sous la supervision du conseil scientifique, pour l'investissement technologique, le fonctionnement des groupes de recherche et le soutien à des étudiants scientifiques (allocations de recherche).

L'établissement, ses chercheurs et enseignants-chercheurs, concentreront leurs efforts sur les thématiques actuellement émergentes :

- L'immunologie et l'immunothérapie au sein de l'EA 7319 ;
- L'imagerie médicale et le traitement du signal au sein de l'EA 3804 ;
- L'épidémiologie via le registre Marne-Ardenne des cancers de la thyroïde (au profil d'une demande inter-régionale d'équipe INSERM).

Les enseignants chercheurs de l'Institut et les praticiens en formation scientifique s'inséreront préférentiellement dans ces groupes de recherche. Une valorisation scientifique des travaux de recherche translationnelle sera incitée.

Enfin, l'Institut pourra mettre des locaux à disposition d'une « start-up » spécialisée dans l'identification de biomarqueurs génétiques de prédisposition aux cancers de la peau.

### Objectifs quantifiés et indicateurs de suivi

Doctorants	1 par an
Etudiants en master M2	1 par an
Brevet	1 pour 3 ans

## VII. Objectifs et plan d'actions en matière d'enseignement

### 1. Créer un Institut de Formation

L'Institut propose déjà de nombreuses formations post-universitaires. L'objectif du futur Institut de Formation sera de mieux valoriser cette offre, et de structurer un catalogue qui sera progressivement enrichi, notamment dans la perspective du DPC, à destination des praticiens hospitaliers, des médecins traitants, des pharmaciens d'officine ou des paramédicaux libéraux.

#### Projets et actions

**Action n°1 : confier à un comité de pilotage « formation et DPC » la structuration du catalogue d'enseignements** et la sélection des nouvelles formations à développer.

**Action n°2 : structurer un programme annuel attractif et éligible au DPC**, comportant au moins 4 modules de formation, et conçu pour intéresser plusieurs publics (notamment : médecins traitants, pharmaciens). Parmi les premières thématiques envisagées : prise en charge de la douleur, effets secondaires des thérapies ciblées et chimiothérapies orales, nutrition et gestion des nausées / vomissements etc.

**Action n°3 : créer des formations ciblées à destination des professionnels des Centres Hospitaliers partenaires** (cf chapitre VII.1 - Partenariats) :

- Apprentissage d'un geste technique à l'IJG,
- Formations qualité, par exemple : formation à la RMM, aux CREX ou aux EPP etc.

**Action n°4 : diversifier les moyens de diffusion afin d'élargir l'audience potentielle**, et étudier, en complément des formations présentiels :

- la possibilité de télétransmission en direct des formations de DPC ;
- la conception / réalisation de films et de plaquettes pédagogiques consultables sur extranet.

**Action n°5 : participer aux formations organisées par le secteur libéral** et certains établissements ou groupes d'établissements de santé de la région.

#### Echéances principales

**Création formelle de l'Institut de Formation : 1<sup>er</sup> semestre 2015**

**Lancement du 1<sup>er</sup> cycle de formation DPC : 2<sup>e</sup> semestre 2015**

## 2. Poursuivre l'investissement en matière d'enseignement académique

---

L'Institut de Cancérologie Jean Godinot est l'un des 18 Centres de Lutte Contre le Cancer possédant le statut d'Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC). Il a une triple mission de soins, de recherche et d'enseignement. Tous les personnels possédant une compétence spécifique reconnue dans un domaine donné, participent, à des degrés divers, à la mission d'enseignement dans le champ de la cancérologie.

Le Centre de Lutte Contre le Cancer intervient :

- Dans le cadre de l'Université Reims Champagne Ardenne (URCA) lors de la formation initiale académique des étudiants de la Faculté de Médecine, de Pharmacie, de la Faculté Dentaire, des écoles para médicales notamment infirmières et manipulateurs d'électroradiologie.
- Dans un espace élargi à d'autres Universités, lors des formations post universitaires offertes pendant l'internat en médecine et le post internat.

Pour parvenir à ces objectifs, l'Institut de Cancérologie Jean Godinot dispose de moyens spécifiques en personnel et en structures :

- Le personnel hospitalo-universitaire comprend 4 Professeurs des Universités, 2 Maitres de Conférences, 3 Chefs de Clinique- Assistants.
- Tous les praticiens du Centre, ainsi que les cadres de soins, peuvent être amenés à participer aux missions d'enseignement et de formation.
- Il existe un secrétariat dédié à l'enseignement et aux formations.

L'Institut de Cancérologie Jean Godinot participe à l'enseignement académique :

- Du PAES ouvrant la porte au concours de médecine, dentaire, kinésithérapie et sages-femmes,
- Du FGSM 2 et 3 en L2 et L3 des études de médecine,
- Des modules de FASM,
- Du module SAN0802 du Master Imagerie du Vivant, de la cellule et corps entier.
- Du Diplôme de Manipulateur en Electro-Radiologie et d'Infirmier.
- Du Diplôme d'Etat des IADE.

L'Institut de Cancérologie Jean Godinot coordonne l'enseignement académique :

- De la Cancérologie UE9 dans le second cycle des études médicales,
- Des modules optionnels de Communication et de Relations avec les Patients au cours du second cycle des études médicales,
- De la Cancérologie dans le second cycle des études de pharmacie,
- Des Diplômes Universitaires et inter-Universitaires :
  - o de Soins palliatifs,
  - o de la Douleur,
  - o de la Psycho-Oncologie,
  - o de la Cancérologie en Médecine Omnipraticienne,
  - o de Cancérologie Urologique.
- Des Diplômes d'Etudes Spéciales :
  - o en Oncologie Médicale
  - o en Oncologie Radiothérapie,
- Du Diplôme d'Etudes Spécialisées en Cancérologie.

Les universitaires de l'Institut sont membres du jury de PAES (avec organisation de son UE3-Physique et radiophysique), de la Commission des stages hors-subdivision et de la Commission du second cycle des études médicales.

## Projets et actions

**Action n°1 : Créer un module optionnel de Bases en Cancérologie et un module optionnel de Prévention et Dépistage des Cancers Familiaux pour le second cycle des études médicales.**

**Action n°2 : Mettre en place une structure unique d'Aide à la Publication Scientifique et à l'Elaboration des Thèses d'Exercice et des Thèses de Science (« medical writing club »).**

**Action n°3 : Maintenir et pérenniser les enseignements académiques existants.**

## Echéances principales

**Action 1 :** Rentrée universitaire 2015

**Action 2 :** Rentrée universitaire 2015

## Critères d'évaluation

Validation du programme des nouveaux modules optionnels par la Faculté.

Pourcentage annuel de mémoires et de thèses soumis à publication.

Pourcentage annuel de mémoires et de thèses acceptés pour publication.

## VIII. Chantiers et plan d'actions transversaux

---

### 1. Mener une politique active de partenariats territoriaux

---

L'Institut a noué, au fil des années, de nombreuses coopérations, qu'il semble nécessaire de réactiver et d'actualiser autour de deux objectifs :

- Renforcer le positionnement de centre référent de l'IJG pour la Champagne Ardenne et l'Aisne, dans une optique de complémentarité à l'égard du CHU de Reims et des CH ;
- Etablir des filières de soins graduées, favorisant l'orientation adéquate des patients en situation de recours, ou nécessitant l'accès à un traitement innovant ou très spécialisé.

#### Projets et actions

##### **Action n°1 : créer une « proposition de service » et d'appui pour les CH de la Région et de l'Aisne :**

- Le premier élément proposé aux CH sera la mise en place **d'un réseau de télé-expertise** et visioconférence notamment pour les second avis ;
- D'autres éléments complèteront progressivement **ce socle de base**, notamment la possibilité de **participer à certains essais cliniques de l'IJG**, ouverts au sein des CH, qui bénéficieront du soutien à la recherche de l'IJG (ARC mobile...) ;
- **Des coopérations spécifiques seront par ailleurs définies au cas par cas** : par exemple, participation de spécialistes aux RCP, formations dédiées (*cf chapitre VII.1 – Institut de Formation*), mise à disposition de compétences ou de plateaux techniques etc.
- Enfin des **consultations avancées pourront être créés** dans certains établissements au sein de territoires où l'offre de cancérologie est limitée

##### **Action n°2 : faire vivre avec le CHU de Reims le Pôle de Cancérologie Hospitalo-Universitaire et Public de Champagne-Ardenne :**

- Poursuivre, la réflexion autour des activités cliniques, en vue d'une meilleure complémentarité des filières de soins.

#### Echéances principales

**Mise en place du réseau de visio-conférence : d'ici juillet 2015**

## 2. Valoriser les éléments de différenciation de l'Institut

L'Institut dispose de plusieurs éléments de différenciation qui doivent être renforcés et mieux valorisés : son statut de Centre de Lutte Contre le Cancer, l'absence de secteur privé, l'excellence en matière de qualité et de sécurité des soins, l'accès à de nombreux essais cliniques, mais aussi certaines offres d'enseignement ou certaines organisations spécifiques.

Ce travail de valorisation doit naturellement viser le grand public et les patients, mais aussi s'inscrire dans le cadre de relations approfondies et personnalisées avec les professionnels de ville : médecins traitants ou spécialistes, pharmaciens, IDE libéraux etc.

### Projets et actions

#### **Action n°1 : mettre en œuvre une stratégie de communication active**

- Créer une cellule de communication disposant de moyens dédiés ;
- Développer un plan de communication donnant la priorité à l'évènementiel avec :
  - Une demi-journée semestrielle d'information-discussion permettant de créer des contacts directs avec médecins de ville et, pharmaciens ;
  - Une conférence emblématique par un orateur renommé, autour d'un thème d'actualité, 2 à 3 fois par an, ouverte à tous publics.
  - Une journée annuelle de « cancérologie IJG »

**Action n°2 : faire vivre le site web**, afin de présenter clairement les activités de l'IJG, l'éventail de son offre, ses équipes (trombinoscope) etc. Le site pourra être progressivement enrichi en termes de contenu et de fonctionnalités (cf actions 3 et 4).

#### **Action n°3 : personnaliser les relations avec les professionnels de santé par :**

- L'amélioration du délai d'envoi des CR, et un feed back téléphonique systématique auprès des médecins correspondants aux moments clés du parcours de leurs patients : consultation d'accueil, consultation « pivot » etc.
- Des cycles de formation et de DPC étoffés (cf *chapitre VII.1-Institut de Formation*)
- La création d'un portail internet réservé aux professionnels, et donnant accès à :
  - Des vidéos pragmatiques sur la gestion des complications, de la fin de vie ;
  - Une messagerie pour des questions courtes, avec réponse dans les 24 heures.

#### **Action n°4 : corriger certaines faiblesses en matière d'accueil téléphonique pour les patients et les professionnels, notamment :**

- Revoir l'organisation générale de l'accueil téléphonique et définir dans chaque département une politique d'accès pour les correspondants ;

### Echéances principales

**Mise en place de la Cellule communication : 1<sup>er</sup> semestre 2015**

**Lancement des cycles de conférences : 2<sup>ème</sup> semestre 2015**

### 3. Faire évoluer le dispositif de management et de pilotage

La mise en œuvre du Projet d'Établissement et le respect de la trajectoire du Contrat de Retour à l'Équilibre nécessite une refonte du dispositif de management de l'Institut autour de 3 principes : clarifier et simplifier les responsabilités et les circuits de décision, assurer un pilotage très serré des activités et des projets, et responsabiliser les managers, dans la déclinaison opérationnelle et l'atteinte des objectifs institutionnels.

#### Projets et actions

##### **Action n°1 : mettre en place des organigrammes plus lisibles avec :**

- La réduction du nombre de structures internes, autour de 7 départements cliniques,
- L'alignement des hiérarchies médicales et soignantes,
- Un Pôle Enseignement Recherche, clarifiant l'organisation de ces activités ;
- La mise en place de fonctions de pilotage ou de coordination, notamment les Directions des Affaires Médicales, de l'Enseignement et de la Recherche Clinique.

**Action n°2 : préciser le rôle et les missions des managers** médicaux, soignants et administratifs à travers des lettres de mission actualisées.

##### **Action n°3 : faire évoluer les instances, avec notamment :**

- **Un comité exécutif**, instance de pilotage et de gestion, rassemblant chaque semaine l'ensemble des Directeurs autour du Directeur Général ;
- **Un bureau de CME remanié**, rassemblant les 7 chefs de départements et 4 élus, en présence du DG, du Directeur Qualité et coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, du Directeur des Affaires Médicales et du Directeur de Soins ;
- **Un Conseil de Direction**, instance de concertation et de coordination rassemblant chaque mois le COMEX et le bureau de CME

##### **Action n°4 : Instaurer un dialogue de gestion entre la Direction Générale et les départements médicaux, et notamment :**

- **Diffuser une culture du pilotage médico-économique** auprès des chefs de département et de service : suivi régulier et partage des tableaux de bord, échanges autour de la comptabilité analytique etc.
- **Mettre en place un processus de pilotage associant DG et départements** : définition annuelle des objectifs, élaborations budgétaires, suivi des résultats ;
- **Rationaliser les outils** : simplification éventuelle et automatisation des tableaux de bord, amélioration de la qualité des données de gestion.

#### Echéances principales

**Mise en œuvre du nouvel organigramme et des instances** : dès octobre 2014

## IX. Le Projet de Soins

---

### 1. Un Projet réaliste et dynamique

---

Le projet de soins détermine la politique de soins et de relations avec le malade, et représente une référence pour les soignants afin de leur permettre d'apporter une réponse adaptée aux besoins de santé des clients.

Il s'appuie sur les valeurs communes des soignants et constitue un levier de **qualité** qui doit s'imposer à toutes les catégories de personnels soignants infirmiers, médico-techniques et de rééducation fonctionnelle et leur permettre de se fédérer autour d'une préoccupation commune :

**La promotion de la santé de la population de notre territoire de vie.** C'est pourquoi, une attention particulière sera accordée au maintien de la mission de service public, au positionnement de l'Institut sur l'échiquier territorial, et à la qualité des services rendus. **L'IJG se veut un établissement au service des patients et de leurs familles**

Une première caractéristique de ce projet sera donc d'être **réaliste**, c'est à dire de poursuivre des objectifs en adéquation avec les ressources existantes et mobilisables.

Le projet doit amplifier l'attachement des soignants à l'essence de leur métier en mettant en place des organisations qui optimisent encore leur présence au lit du malade et imprègnent les pratiques quotidiennes d'une réflexion **éthique** permanente. Aujourd'hui, une prestation de soins de qualité doit mettre la personne soignée et ses besoins au cœur d'une synergie **interdisciplinaire**.

Associé au projet médico-scientifique et conscient des enjeux auxquels l'établissement est confronté, le projet de soins, au travers de l'engagement du personnel soignant, vise à être un projet **dynamique** et réactif en termes de propositions et d'actions.

## 2. Les principes directeurs

---

Le projet de soins s'inscrit dans les axes du projet stratégique médico-scientifique de l'IJG :

- Participer au renforcement du management des équipes et de leur pilotage
- Concourir à la valorisation des éléments différenciant l'Institut de Cancérologie Jean Godinot des autres établissements de santé
- Contribuer à l'augmentation de l'activité médicale avec une diversification ciblée du portefeuille d'activités
- Soutenir le renforcement et la structuration de la recherche clinique
- Adhérer activement à une politique de développement des partenariats territoriaux

Par ailleurs, des points d'ancrage forts et structurants sont également mis en exergue par un cadre réglementaire et par des objectifs nationaux ou régionaux :

### ➤ Les 3 axes du Projet Médico-Scientifique du groupe UNICANCER

- *Innover dans la prise en charge des patients*
- *S'allier dans la recherche*
- *Utiliser le levier de la formation*

### ➤ Les orientations du volet Cancer du SROS Champagne Ardennes

#### • Améliorer l'accès aux soins :

- *Assurer une offre de soins graduée en cancérologie*
- *Améliorer les conditions d'accès aux examens d'imagerie*
- *Améliorer la coordination des filières de prise en charge spécifique et la coordination ville hôpital*

#### • Améliorer la qualité et la sécurité de soins :

- *Garantir à chaque patient un parcours de soins personnalisé, coordonné et proposer une prise en charge globale*
- *Renforcer le rôle du Réseau Régional de Cancérologie*
- *Améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge en radiothérapie*

### ➤ Les priorités stratégiques du PRS Champagne Ardenne

- *Développer la prévention des pathologies chroniques*
- *Réduire les inégalités d'accès à la prévention et aux soins*
- *Améliorer la coordination des soins*

### ➤ Les ambitions du Plan cancer 2014-2019 :

- *Guérir plus de personnes malades ;*
- *Préserver la continuité et la qualité de vie ;*
- *Investir dans la prévention et la recherche ;*
- *Optimiser le pilotage et les organisations*

C'est dans ce cadre que la Direction du service de soins organisera la dispensation de soins de qualité autour d'un projet global centré sur le patient déployant sa philosophie des soins et respectant les Droits des Patients.

### 3. La démarche d'élaboration du projet de soins

---

Les actions déclinées dans le projet de soins s'articulent autour de 4 axes.

1. Prise en soin respectueuse du patient et de ses droits : **La bientraitance**
2. Coordination des acteurs et de l'activité de l'IJG : **L'efficience**
3. Management des compétences, de la qualité et des risques : **La qualité**
4. Développement et innovation à l'IJG : **La meilleure prise en charge**

Ils résultent du travail concerté de quatre groupes pluridisciplinaires associant des professionnels médico-soignants de l'établissement et pilotés par quatre Cadres de Santé en coordination avec la Direction des soins, selon un calendrier « serré » de fin novembre 2014 à début janvier 2015.

Les orientations proposées ont été validées et synthétisées par l'ensemble des cadres et revalidées par les groupes de travail. Chaque axe comporte un ou des objectifs quantifiables, des actions à mettre en œuvre et au moins un indicateur permettant d'en assurer le suivi et l'évaluation. Pour faciliter la lecture, chaque axe, sa mise en œuvre opérationnelle et son indicateur de suivi sont présentés dans des tableaux synoptiques. Certains objectifs et actions ont été déclinés de façon itérative dans plusieurs axes. Pour respecter leurs réflexions, il a été choisi de conserver ces répétitions.

## 4. Quatre axes prioritaires

---

Le Projet de soins 2015 – 2017 de l'Institut de Cancérologie Jean Godinot est structuré autour de quatre axes.

1

### Prise en soin respectueuse du patient et de ses droits

Le **parcours de soins** du patient comporte différentes phases qui doivent être anticipées et **organisées** afin de faciliter l'intervention de chacun des acteurs impliqués. En rendant les organisations plus **respectueuses des besoins** et des attentes des patients, le service de soin développe le concept de **bienveillance** dans les soins.

2

### Coordination des acteurs et de l'activité de l'IJG

La **prise en charge globale** de la problématique de santé d'une personne **requiert la participation de tous les** professionnels de santé. L'organisation d'un parcours de soins de qualité est fondée sur une **culture du travail en collaboration, en coopération et en complémentarité**

3

### Management des compétences, de la qualité et gestion des risques

Le service de soins veillera à prendre toutes les initiatives nécessaires (dans les limites de ses missions et de ses moyens) pour **développer les compétences des équipes, cultiver le sentiment d'adhésion à l'IJG** et ce afin de favoriser **l'implication dans la gestion des risques** liés aux soins et **d'assurer des prises en charge efficaces**.

4

### Développement et innovation à l'IJG.

Cet axe traduit la volonté d'inscrire les professionnels dans des **projets innovants, motivants, porteurs de sens** pour eux et toujours au bénéfice du patient. Par ailleurs, des techniques de soins très pointues se développent, nécessitent une spécialisation des professionnels et facilitent l'émergence de **nouveaux partages de compétences** entre eux.

## 5. Objectifs et plans d'actions du projet de soins

---

- AXE 1 –

Prise en soin respectueuse du patient et de ses droits

Thèmes	Objectifs	Actions	Indicateurs	Délais
DROITS DU PATIENT	Améliorer la qualité de vie des usagers	<ul style="list-style-type: none"> <li>Favoriser les alternatives à l'hospitalisation complète (jour, ambulatoire,...)</li> <li>Anticiper la sortie et collaborer avec les partenaires d'amont, d'aval intra et extra hospitaliers (conventions HAD, SSR, libéraux,...)</li> <li>Repenser la prise en charge des CS d'oncogériatrie (avec IDE d'USP) en lien avec l'UCOG</li> <li>Au travers de l'ERI, mettre à disposition des usagers des ressources documentaires et d'information de référence (créer un kiosque IJG ou audiovisuel)</li> <li>Améliorer la vie quotidienne du patient (signalétique de l'Institut, personnalisation de sa chambre)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nbre de venues en HDJ, en chirurgie ambulatoire...</li> <li>Nbre de patients hébergés à la maison des familles</li> <li>Nombre de conventions et/ou de partenariats formalisés / Dépt</li> <li>ETP dédiés</li> </ul>	2015/2017
	Assurer aux usagers une prise en charge personnalisée	<ul style="list-style-type: none"> <li>Déployer des Programmes Personnalisés Après Cancer</li> <li>Développer des programmes d'éducation en santé sur l'établissement</li> <li>Évaluer et réajuster les contenus des livrets éducatifs existants</li> <li>Renforcer les temps d'accompagnement soignant (TAS)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>dans l'accès coordonné aux soins de support (suivis et staffs pluridisciplinaires)</li> <li>dans la lutte contre la douleur (évaluation et traçabilité)</li> <li>développement du rôle des I.D.E. coordinateurs de soins en cancérologie (généraliser la consultation de reformulation)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nbre de patients bénéficiant d'un PPAC</li> <li>Nbre de programmes d'ETP</li> </ul>	2016 2015  2015/2017
BIENTRAITANCE ET ETHIQUE	Promouvoir la bientraitance et la dimension éthique dans le soin	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intégrer les soins de support dans la RCP de cancérologie générale de l'IJG</li> <li>Prévenir le risque de maltraitance par des actions de sensibilisations périodiques</li> <li>Anticiper les risques de violence en favorisant les espaces d'échanges avec le patient et ses proches</li> <li>Développer l'analyse des pratiques soignantes et la réflexion éthique en lien avec l'ERECA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de professionnels formés /Dépt</li> <li>Nombre d'EI / Dépt</li> <li>(malveillance / violence / maltraitance)</li> <li>Nombre de staffs /Dépt</li> </ul>	2015  2015/2017
	Accompagner les patients en fin de vie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Individualiser l'USP et formaliser la stratégie de prise en charge du patient</li> <li>Sensibiliser/former les soignants aux droits des patients, aux dispositifs légaux et aux différents aspects concernant la fin de vie</li> <li>Amplifier le soutien aux équipes au travers des groupes de paroles</li> <li>Evaluer les pratiques à partir de l'analyse rétrospective de dossiers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Charte de fonctionnement rédigée</li> <li>Nbre de salariés formés</li> <li>Nbre de groupes de paroles</li> <li>Résultats d'audits</li> <li>Taux d'occupation USP</li> </ul>	2015 2016 2017

## -AXE 2-

### Coordination des acteurs et de l'activité de l'IJG

Thèmes	Objectifs	Actions	Indicateurs	Délais
SECURITE DES SOINS	Sécuriser le parcours du patient	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fiabiliser l'identité du patient</b> (partout, pour tout et tout le temps) et <b>systématiser le port du bracelet d'identité (hospitalisation et AAR)</b></li> <li>• Mettre en place les Plans de Soins Guide</li> <li>• Développer la dispensation nominative du médicament en lien avec le calendrier du CBU</li> <li>• Formaliser des EPP qualité / sécurité des soins</li> <li>• Organiser des journées professionnelles pour rendre visibles les pratiques soignantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre d'erreurs d'identification</li> <li>- Ratio bracelets /admissions</li> <li>- Audits conformité contrôles identité</li> <li>- Nombre d'EPP dans le domaine</li> <li>- Nombre de REX</li> <li>- Nombre de formations professionnelles /Dép.</li> </ul>	2015
COORDINATION DES SOINS	Promouvoir l'interdisciplinarité et coordonner les interventions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Créer un passeport patient afin de le responsabiliser dans son parcours</b></li> <li>• Identifier les parcours patients ou chemins cliniques</li> <li>• Engager une réflexion autour projet gestionnaire de parcours patient</li> <li>• Formaliser des réunions intersectorielles (services/BE ; secteurs de soins / plateau médico-technique...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nbre de parcours patients identifiés et formalisés / Dépt.</li> <li>- Audits institutionnels</li> <li>- Délais de prise en charge</li> <li>- satisfaction des usagers</li> <li>- Nombre de réunions intersectorielles</li> </ul>	2015/2016 2015/2017
	Collaborer avec les directions médicales des départements	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Réaliser un bilan annuel des activités de Soins</b></li> <li>• Stabiliser les équipes et assurer leur cohésion autour d'un projet de département</li> <li>• Dégager les cadres d'activités annexes pour leur permettre de se centrer sur leur mission qualité / sécurité / efficience des PEC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nbre de projets formalisés</li> <li>- Nombre de projets professionnels / Dépt</li> <li>- Rapports d'activité/ Dépt et «professionnels transversaux »</li> </ul>	2015 2016
CONTINUITE DES SOINS	Assurer la continuité et la sécurité des soins.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Assurer l'adéquation (quantitative &amp; qualitative) activité / ressources (contrats de dotations)</b></li> <li>• Organiser la continuité des soins (suppléance, heures supplémentaires, intérim, mobilité ...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Charge de travail / ratios personnels</b></li> <li>- Taux de postes vacants</li> <li>- ETP suppléance/ Dépt</li> <li>- Heures sup. et intérim</li> </ul>	2015 2015/2017
	Coordonner les actions des différents professionnels dans un dossier partagé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Contribuer, au travers de la définition des besoins en matière de dossier de soins, au choix d'un futur DPI</b></li> <li>• Consolider les écrits paramédicaux dans le dossier de soins.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluation annuelle commune du dossier patient (soins, anesthésie, transfusion, médical, social...)</li> <li>- Taux d'exhaustivité transmissions dans dossier de soins / 100%</li> </ul>	2015/2017

- AXE 3 -

**Management des compétences, de la qualité et gestion des risques**

Thèmes	Objectifs	Actions	Indicateurs	Délais
MANAGEMENT DES COMPETENCES	Faire évoluer la GPEC en lien avec progrès techniques & scientifiques / évolutions démographiques & organisationnelles	<ul style="list-style-type: none"> <li>Développer la mutualisation des compétences au sein du Département</li> <li>Rédiger des règles de mobilité dans les chartes de fonctionnement</li> <li>Encourager les demandes de formation : diplômantes, internes, externalisées,</li> <li>Utiliser le projet de soins comme outil de management des professionnels paramédicaux</li> <li>Identifier de nouvelles fonctions (gouvernante, coordonnateur parcours de soins ...) permettant d'apporter une plus-value au processus de soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tableaux de bord activités / ressources</li> <li>Formalisation des compétences requises / Dépt</li> <li>Fiches de poste formalisées</li> </ul>	2015/2017
	Respecter les droits de chacun, en tant que professionnel et individu	<ul style="list-style-type: none"> <li>Améliorer les supports et circuits de l'information ascendante et descendante (journal interne blog, intranet)</li> <li>Engager à la réflexion sur une Charte des valeurs de l'IJG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nbre d'infos, forme, périodicité</li> <li>Charte formalisée</li> </ul>	2015/2017 2015
	Maintenir la politique d'encadrement des nouveaux arrivants	<ul style="list-style-type: none"> <li>Généraliser le tutorat et le passeport d'intégration à l'ensemble des métiers de l'Institut</li> <li>Redéfinir le programme de la journée d'intégration (1j dans un délai de 6 mois maximum) et actualiser les livrets d'accueil</li> <li>Identifier le temps dédié à l'encadrement des stagiaires et nouveaux professionnels dans le rapport d'activité (ETP et qualifications) Évaluer la satisfaction des stagiaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Résultats des enquêtes de satisfaction (personnel, stagiaires)</li> <li>Nombre de professionnels accueillis dans le délai</li> </ul>	2015/2017
QUALITE ET GESTION DES RISQUES	Consolider la démarche qualité institutionnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>Développer la « pédagogie de l'erreur » et le retour d'expérience</li> <li>Suivi des dommages liés à la prise en charge des patients en développant un lien important avec le comité de gestion des risques</li> <li>Intégrer les paramédicaux aux RMM et comités de sécurité des soins.</li> <li>Créer un poste de référent audit</li> <li>Réaliser document d'évaluation périodique du bio nettoyage</li> <li>Former les soignants à l'annonce d'un dommage associé aux soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de paramédicaux impliqués dans RMM et PGR / Dépt</li> <li>Nombre de cellules de retour d'expérience « REX » / Dépt</li> <li>Taux de dysfonctionnements recensés et corrigés</li> </ul>	2015/2016
	Améliorer la connaissance des Vigilances Sanitaires (VS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actualiser la liste des vigilants et référents dans les départements ou unités</li> <li>Améliorer les circuits de gestion des alertes air/eau</li> <li>Formaliser un guide pratique des vigilances sanitaires</li> <li>Organiser des journées de sensibilisations aux différentes vigilances</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Guide formalisé et validé</li> <li>Nbre de journées et thèmes</li> <li>Mise à jour des référents dans Ennov</li> </ul>	2015 2016/2017

## -AXE 4-

### Développement et innovation à l'IJG.

Thèmes	Objectifs	Actions	Indicateurs	Délais
PRATIQUES INFIRMIERES AVANCEES	Développer le transfert des compétences médicales aux IDE, aux MERM dans le respect du cadre réglementaire ou dans le cadre d'appels à projets nationaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>Initier et faire valider une première collaboration (laserthérapie)</li> <li>Inventorier les actes susceptibles de faire l'objet d'une collaboration (laboratoires, imagerie, bloc opératoire...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Collaboration validée ARS/HAS</li> <li>Taux de satisfaction des personnels et des patients</li> <li>Evaluation du gain de temps médical</li> </ul>	2015-2017
SOINS DE SUPPORT	Consolider l'offre de soins de support (diététique, psychologie, assistance sociale, évaluation onco-gériatrique) et offrir de nouveaux soins de support inexistants	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promouvoir les soins de supports dans la phase après cancer (PPAC)</li> <li>Diagnostiquer précocement les besoins en soins de support</li> <li>Baliser l'intervention des soins de supports dans les parcours de soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nbre de patients bénéficiant d'un PPAC</li> <li>Nbre de patients ayant bénéficiés de SSPO</li> <li>Nbre de parcours de PEC intégrant étapes soins de supports</li> </ul>	2015
RECHERCHE EN SOINS	Valoriser l'implication des paramédicaux dans la recherche clinique dans le cadre institutionnel ou au sein de GEODE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encourager les projets de recherches infirmiers et la publication d'articles</li> <li>Recenser les paramédicaux titulaires d'un diplôme universitaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de contributions des paramédicaux à la recherche clinique</li> </ul>	2015-2017
CULTURE ET HOPITAL	Définir une politique culturelle de l'IJG comme vecteur de décroisement, d'ouverture et de déstigmatisation de la pathologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Créer des animations culturelles périodiques</li> <li>Conclure un partenariat ou mécénat d'art</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Politique formalisée</li> <li>Convention formalisée</li> <li>Nbre d'animations</li> </ul>	2015 2016-2017
DEVELOPPEMENT DURABLE	Intégrer efficience et développement durable aux procédures de soins et choix matériels	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sensibiliser les personnels à l'utilisation raisonnée de l'usage unique</li> <li>Améliorer (faire respecter) le tri des déchets</li> <li>Intégrer cette dimension dans le choix des nouveaux matériels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de procédures intégrant coût et DD</li> <li>Nombre d'EPP intégrant efficience et DD</li> <li>Critères d'évaluations intégrant coût et DD</li> </ul>	2015-2017

# X. Le Projet Qualité-Sécurité des Soins et Droit des Usagers

## 1. Les principes directeurs

### La politique qualité et gestion des risques

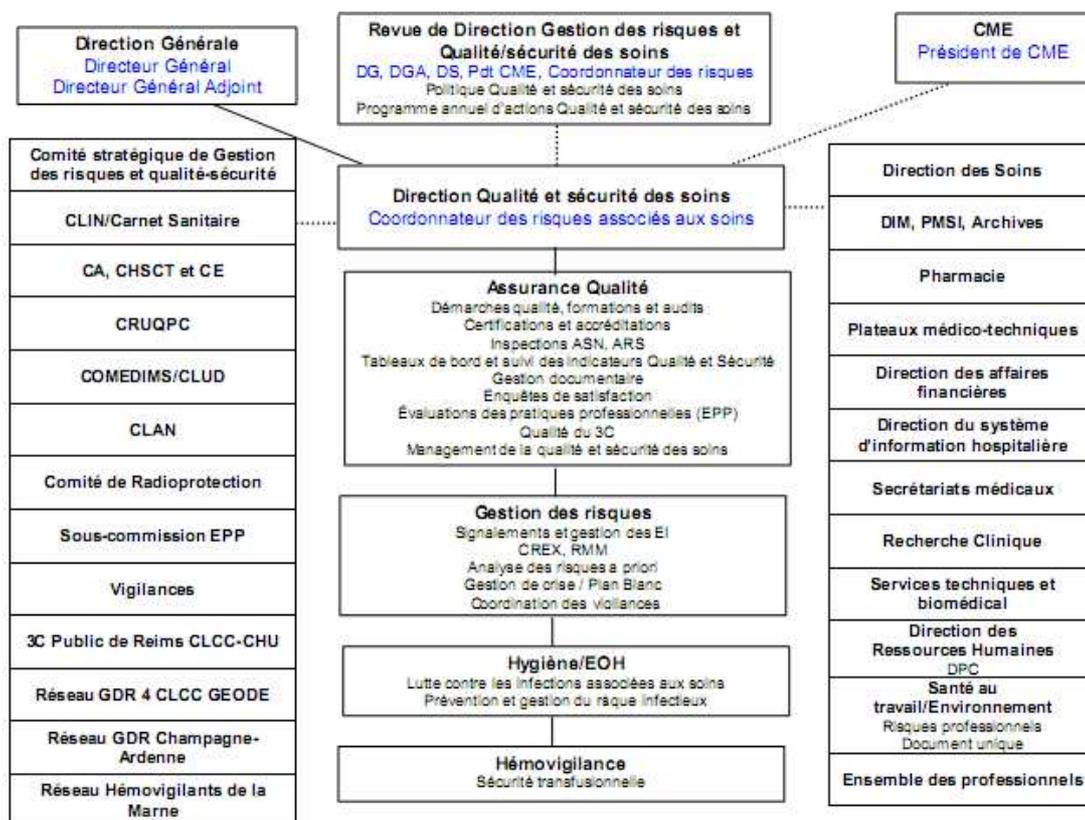
L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est depuis 1999 au centre des préoccupations de l'Institut de Cancérologie Jean-Godinot, avec l'identification de professionnels spécifiquement dédiés et formés.

En 2006, la nomination d'un nouveau chef de service, déjà coordinateur des vigilances, a abouti à la création d'un département Gestion des risques et qualité, hygiène, hémovigilance, structure dont la transversalité offre une meilleure visibilité et lisibilité dans la prise en compte de l'ensemble des risques de l'établissement.

Conformément à la réglementation de 2010 relative à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins, ce praticien spécifiquement formé en 2007/2008, a été désigné coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. Toutes ces missions et activités sont désormais regroupées au sein d'une Direction qualité et sécurité des soins.

### Schéma d'organisation Gestion des risques et Qualité Sécurité des soins

Institut Jean-Godinot – CLCC de Reims-2015



La politique Gestion des risques et qualité-sécurité des soins de l'IJG, définie en concertation avec la Direction Générale et la Conférence Médicale d'Établissement, et en cohérence avec les orientations d'UNICANCER, intègre :

- le signalement des évènements indésirables et l'analyse des incidents, la veille sanitaire et la gestion de crise,
- le déploiement des retours d'expérience, des Comités de Retour d'EXpérience (CREX) et des Revues de Morbi-Mortalité (RMM) dans les secteurs et activités à risque,
- les exigences des missions du 3C (Centre de Coordination en Cancérologie),
- l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) et l'évaluation de la pratique multidisciplinaire en cancérologie (notamment lors des réunions de concertation pluridisciplinaires),
- les différentes formes d'évaluations internes et externes, régionales et nationales,
- les reconnaissances externes de l'établissement (Certification HAS, ISO, NF ...),
- la participation et/ou l'animation de groupes de travail régionaux et nationaux.

En complément des démarches qualité, la mise en place d'une gestion organisée des risques au sein de l'établissement est effective. Sont ainsi pris en compte les risques suivants :

- Risques liés à l'activité de soins, risques patients ou risques cliniques :
  - Risques liés à la maladie : administration de médicaments, infections associées aux soins
  - Risques liés à la décision médicale
  - Risques liés à la mise en œuvre de la démarche thérapeutique
- Risques entrant dans le cadre des vigilances réglementées Risques liés à la structure des bâtiments :
  - Risque incendie, légionellose, entretien des bâtiments et travaux
- Risques liés à la protection des personnels :
  - Conditions de travail, hygiène, sécurité, risques professionnels.

La déclinaison de cette politique en objectifs opérationnels se fait par l'intermédiaire d'un programme de Gestion des risques et d'amélioration continue de la Qualité et de la Sécurité des soins, qui est réajusté en fonction de son évaluation.

### **La politique de promotion des droits des usagers**

La démocratie sanitaire a été consacrée par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui reconnaît les droits attachés à la personne dans ses relations avec le système de santé.

La terminologie « droit des patients » recouvre à la fois les droits individuels et les droits collectifs de la personne, usager du système de santé :

- Les droits individuels : ce sont essentiellement des droits fondamentaux reconnus à toute personne, indépendamment de son état de santé et des droits plus spécifiques reconnus à l'utilisateur du système de santé
- Les droits collectifs : il s'agit du droit de représentation des usagers du système de santé qui permet de donner une place à l'expression de ces usagers. Il peut s'agir aussi de recueillir l'expression des usagers, et du droit reconnu à ces derniers d'apporter leur concours à la réflexion et à la décision sur des questions de santé.

Le respect des droits des patients est ainsi inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement. L'organisation mise en place permet de prendre en charge les relations avec les usagers dans toutes ses composantes :

- Information, accueil et écoute des patients
- Gestion des plaintes et des réclamations
- Droit d'accès au dossier médical
- Mesures de satisfaction

- Sensibilisation des équipes de soins aux droits des patients
- Accompagnement de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)

La CRUQPC qui constitue un observatoire de la qualité de la prise en charge a pour mission de maintenir la vigilance sur les actions mises en œuvre par l'établissement dans ce domaine ; c'est donc en collaboration et en concertation étroite avec les représentants des usagers et la CRUQPC que sont définis les axes d'amélioration de la politique de promotion des droits des usagers.

## 2. Trois axes prioritaires

---

### Renforcer la sécurité de la prise en charge des patients

1

L'établissement a mis en place depuis de nombreuses années les principes de management de la qualité. Cet engagement a permis d'apporter une vision objective de la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins pour répondre aux attentes et aux besoins des patients, des usagers, des partenaires et des tutelles. En utilisant les référentiels et autres outils développés pour accompagner la mise en œuvre d'organisations garantissant un meilleur niveau de sécurité pour le patient, l'établissement s'est attaché à :

- Identifier les dangers
- Maîtriser les risques
- Améliorer les conditions de prise en charge

Dans la poursuite de ces démarches, l'établissement s'engage à renforcer le management de la qualité et de la sécurité des soins en consolidant le système existant et en allant plus loin dans le repérage des risques liés aux soins et à l'environnement.

### Poursuivre la transparence et l'implication des usagers dans le processus de soins

2

L'ensemble du personnel soignant et non soignant de l'Institut de Cancérologie Jean Godinot est particulièrement attentif au respect de la Charte des patients hospitalisés, résumée dans le livret d'accueil et qui définit les droits des patients accueillis dans l'Institut. Au-delà du champ des droits, de nouvelles aspirations citoyennes se font jour en matière de santé. Les usagers aspirent à une prise en charge de qualité, respectueuse de leur intégrité et de leur singularité, d'où l'intérêt d'une réflexion sur les facteurs de bientraitance au rang desquels le respect de leurs droits prime.

Afin d'intégrer ces évolutions, anticiper ces mutations et pour gagner en visibilité, l'Institut de Cancérologie Jean Godinot, avec la participation de la CRUQPC, entend accentuer l'implication de l'utilisateur dans le processus de soins et formaliser une Politique des Droits des Patients.

## Valoriser la dynamique d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles par le partage de compétences

# 3

Qu'elles soient internes ou externes, les évaluations sont intégrées au fonctionnement quotidien de l'Etablissement. Il est ainsi acquis que l'évaluation apporte l'opportunité d'améliorer les organisations et les prestations en appréciant l'efficacité des moyens mis en œuvre pour garantir la sécurité et répondre aux besoins des usagers et des personnels. La poursuite et le renforcement de cette dynamique d'évaluation sont bien évidemment au cœur des actions du programme de gestion des risques et qualité ainsi que la participation des personnels dans les démarches d'Evaluation des Pratiques Professionnelles ; démarches qui devront évoluer au regard des nouveaux impératifs du Développement Professionnel Continu (DPC).

### 3. Objectifs et plan d'actions du projet Qualité-Sécurité des Soins et Droit des Usagers

---

#### AXE 1 – Renforcer la sécurité de la prise en charge des patients

Prévenir les risques inhérents à la prise en charge du patient fait partie de la culture qualité sécurité de l'établissement. Le signalement et l'analyse systémique pluri-professionnelle des événements indésirables significatifs sont désormais bien ancrés dans tous les secteurs de l'établissement.

Les vigilances sont organisées et coordonnées, et le dispositif est maîtrisé.

La sécurité transfusionnelle est assurée, depuis la prescription jusqu'au suivi des patients transfusés. La maîtrise du risque infectieux est organisée. L'équipe opérationnelle en hygiène participe aux travaux inter-régionaux du CCLIN Est, ainsi qu'à ceux du Groupe pour la Prévention des Infections en Cancérologie (GPIC) des CLCC. L'organisation de l'identitovigilance est formalisée et les acteurs sont mobilisés.

L'objectif poursuivi par l'établissement est donc de maintenir ces dispositifs de gestion des risques qui s'avèrent performants et de les déployer au-delà des secteurs dits à risques.

#### Projets et actions

**Action n° 1 :** Mettre en place et développer la méthode « Patient traceur »

**Action n°2 :** Informatiser la déclaration des événements indésirables via le logiciel GéRiMed\*

**Action n°3 :** Optimiser le CREX thérapeutique et coupler les REX infectiologie avec les RMM oncologie et chirurgie.

**Action n°4 :** Déployer l'analyse des risques a priori dans les différents parcours patients, au-delà des secteurs à risque

**Action n°5 :** Maintenir le dispositif de maîtrise de la transmission croisée et réduire les risques associés aux actes invasifs

**Action n°6 :** Renforcer le dispositif de maîtrise du risque infectieux lié à l'environnement eau / air dans le cadre du carnet sanitaire (renforcement du partenariat entre les services techniques et l'EOH)

**Action n°7 :** Poursuivre la démarche d'assurance qualité de la prise en charge médicamenteuse (Contrat de Bon Usage des médicaments et dispositifs médicaux : CBU)

**Action n°8 :** Informatiser la prescription des produits sanguins labiles et la réception des résultats d'Immuno-Hématologiques dans le dossier transfusionnel du patient (via le logiciel Cursus\*)

## Echéances principales

Informatiser la déclaration des évènements indésirables via le logiciel GÉRiMed\*: **1er semestre 2015**

Informatiser la prescription des produits sanguins labiles et la réception des résultats d'Immuno-Hématologiques dans le dossier transfusionnel du patient (via le logiciel Coursus\*): **2<sup>ème</sup> semestre 2015**

## Objectifs quantifiés et indicateurs de suivi

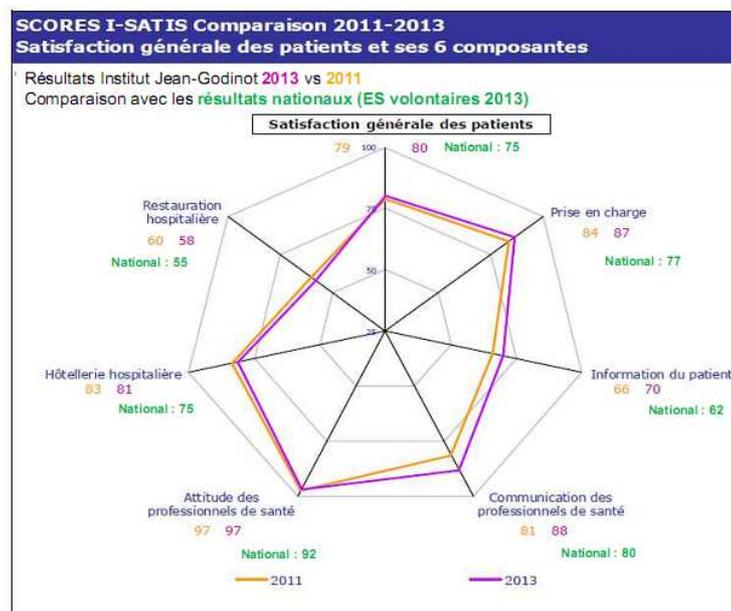
	2015	Objectif 2017
<b>% des nouveaux arrivants formés en hygiène</b>	100%	100%
<b>Améliorer le repérage des patients à risque BHR(e) : taux de remplissage du critère « Hospitalisation à l'étranger »</b>	Mise en place du recueil	100%
<b>Maintenir les scores de lutte contre les infections nosocomiales</b>	Classe A	Classe A

## - AXE 2 -

### Poursuivre la transparence et l'implication des usagers dans le processus de soins

L'implication des usagers dans le processus de soins repose sur l'attention portée à quatre notions fondamentales :

- L'implication des professionnels dans le respect des droits des patients et l'évolution vers des relations de soins partenariales : éducation thérapeutique, ambulatoire...  
L'établissement s'est fortement engagé dans la promotion des droits des patients et est allé plus loin en développant une charte de bientraitance affichée dans les unités de soins. Pour aller au-delà, les professionnels devront accompagner le patient dans un rôle actif au fur et à mesure que se développeront les alternatives à l'hospitalisation et les traitements à domicile.
- L'information du patient et plus généralement le renforcement de la démocratie sanitaire : faire connaître les résultats de l'établissement sur un certain nombre d'indicateurs, accroître la visibilité de la CRUQPC, favoriser un traitement rapide et simple des plaintes et réclamations.
- L'environnement du patient : valoriser les activités culturelles et occupationnelles, valoriser l'Espace Rencontre et Information (ERI) de l'établissement, poursuivre la gestion active des dons et legs de l'établissement au profit du confort patient.
- La mesure de la satisfaction, depuis de nombreuses années, l'établissement recueille la satisfaction et les attentes des patients, non seulement au travers des questionnaires de sortie en continu, des enquêtes nationales (I-Satis) et des enquêtes complémentaires diligentées par UNICANCER, mais aussi en déployant des enquêtes internes spécifiquement liées à la prise en charge en cancérologie (oncogériatrie, soins de support, radiothérapie, médecine nucléaire).



## Projets et actions

**Action n°1** : Afficher et communiquer la politique des droits des patients élaborée selon les valeurs clés de l'établissement

**Action n°2** : Renforcer le recueil systématique de la personne de confiance (dans l'esprit de la démocratie sanitaire)

**Action n°3** : Faire connaître la permanence hebdomadaire instituée pour recevoir les usagers et associer les représentants des usagers à cette permanence

**Action n°4** : Afficher les résultats des enquêtes de satisfaction patients dans l'établissement et renforcer la communication des résultats des indicateurs nationaux par leur affichage sur le site WEB

**Action n°5** : Inciter les professionnels à une écoute de proximité en développant des actions de sensibilisation au sein de chaque département

**Action n°6** : Initier une réflexion sur la pertinence d'une fonction de chargé des relations avec les usagers

## Objectifs quantifiés et indicateurs de suivi

	2015	Objectif 2017
<b>Affichage annuel des enquêtes de satisfaction</b>	100%	100%
<b>Recueil systématique de la personne de confiance</b>	60%	Au moins 85%
<b>Affichage de la politique des droits des patients</b>	100%	

## - AXE 3 -

### Valoriser la dynamique d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles par le partage de compétences

La démarche qualité et la formalisation des pratiques pérenne ont permis à l'établissement d'être certifié sans recommandation par la HAS en 2007 et en 2010.

La dynamique des professionnels et leur active participation en continu aux démarches d'évaluations permettent l'adhésion de tous aux nouvelles méthodes de la Certification V2014 (analyse de processus, parcours patient...). Ils en sont désormais les moteurs.

En 2014, la méthode HAS « Patient traceur », validée en CME, a été expérimentée en collaboration avec plusieurs CLCC (démarche initiée par UNICANCER). Elle sera déployée à l'ensemble des parcours patient de l'Institut pour 2017.

Les professionnels bénéficient des formations réalisées en interne par la Direction qualité et sécurité des soins : audit interne, CREX, RMM, analyse des risques a priori, audit des pratiques d'hygiène.

Un programme d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), validé par la sous-commission EPP de la CME, complète le dispositif.

L'unité d'hémovigilance assure depuis 2000 l'animation du réseau des Hémovigilants des établissements de soins de la Marne.

#### Projets et actions

**Action n°1** : Préparer l'établissement à la certification V2014 par la Haute Autorité de Santé en juin 2015

**Action n°2** : Valoriser et partager les compétences dans le cadre du DPC (formation aux auditeurs internes), en lien avec le développement d'un Institut de formation

**Action n°3** : Poursuivre les formations dispensées en interne à l'ensemble des professionnels

**Action n°4** : Déployer la méthode d'évaluation du patient traceur

**Action n°5** : Poursuivre la participation de l'équipe opérationnelle en hygiène aux différents groupes de travail institutionnels, régionaux, inter-CLCC et nationaux

**Action n°6** : Pérenniser l'accréditation NF-ISO 15189 pour le laboratoire de biologie médicale

**Action n°7** : Accompagner méthodologiquement les différentes démarches d'accréditation et de certification

**Action n°8** : Poursuivre l'animation du réseau des Hémovigilants des établissements de soins de la Marne

## Echéances principales

Préparer l'établissement à la certification V2014 par la Haute Autorité de Santé : **juin 2015**

## Objectifs quantifiés et indicateurs de suivi

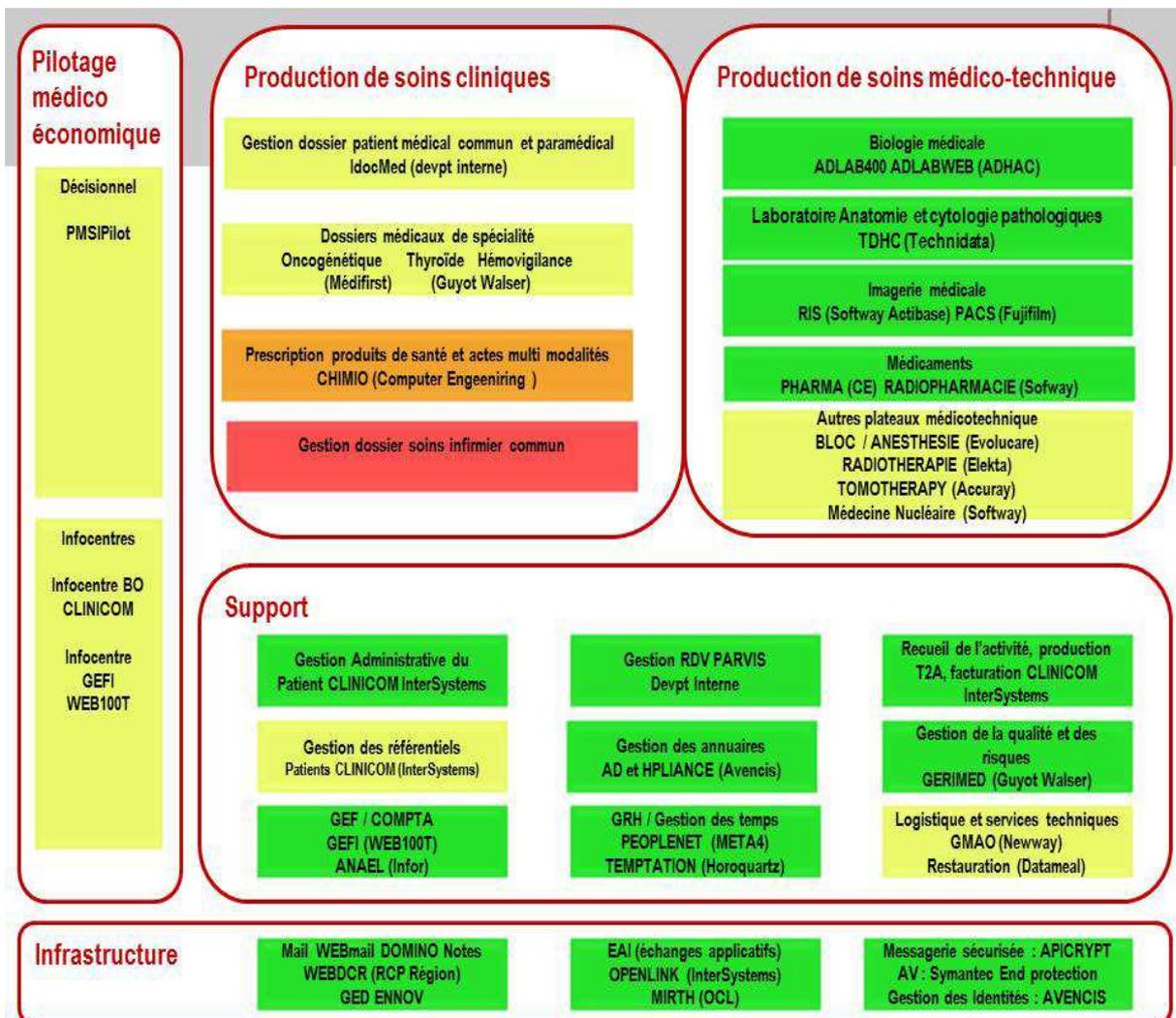
	2015	Objectif 2017
% parcours patients traceurs évalués	50%	100%
Nombre de réunions du réseau des Hémovigilants des établissements de soins de la Marne	3	3

# XI. Le Projet du Système d'Information Hospitalier

La mise en place du Projet d'Etablissement s'appuie sur un Projet du Système d'Information Hospitalier (S.I.H.) qui décline les moyens et outils nécessaires qui accompagneront et faciliteront l'atteinte des objectifs fixés par l'établissement. L'intégration au sein du Système d'Information Hospitalier est une exigence qui s'appuie sur des référentiels (patients, mouvements, structure, ...) et sur des échanges inter applications normés et standardisés.

## 1. Le contexte

Cartographie applicative du Système d'Information Hospitalier à janvier 2015.



- : Fonctions informatisées et utilisées (périmètre complet et ensemble des utilisateurs).
- : Fonctions en grande partie informatisées et utilisées (périmètre et/ou utilisateurs).
- : Fonctions informatisées et utilisées à compléter (périmètre et/ou utilisateurs).
- : Fonction non couverte par le Système d'Information Hospitalier.

### **L'infrastructure technique :**

- 1 salle informatique centrale sécurisée hébergeant l'ensemble des serveurs, l'espace de stockage et les éléments techniques du cœur réseau.
- 90 serveurs applicatifs dont 75 sont virtualisés.
- un espace total de stockage de 25 Téra Octets.
- 350 postes de travail.
- 30 éléments techniques réseau répartis sur un site unique.
- Une couverture WIFI pour l'ensemble des secteurs de soins.

### **Le portefeuille des projets en cours :**

- Dossier patient imagerie (PACS) : ouverture de l'imagerie et des comptes rendus aux médecins correspondants dans le cadre des relations ville-hôpital, échanges inter PACS avec le CHU de REIMS pour l'amélioration de la prise en charge des patients communs aux deux établissements.
- Gestion des Identités : authentification forte par carte professionnelle, simplification de la gestion des mots de passe et traçabilité des accès dans le cadre du respect des indicateurs Hôpital Numérique (indicateurs 3.4 et 3.5 du volet confidentialité).
- Gestion des Temps : actualisation du logiciel pour l'optimisation de la planification et de la gestion des Ressources Humaines.

## **2. La politique du Système d'Information Hospitalier**

---

### **L'organisation du pilotage des projets Système d'Information Hospitalier.**

Le Système d'Information Hospitalier est un des principaux outils permettant de répondre aux objectifs du Projet d'établissement puisqu'il met à disposition l'ensemble des données sur lesquelles la Direction Générale et ses partenaires s'appuient pour définir la stratégie générale et les choix opérationnels d'un établissement.

Ces liens très profonds entre le système d'information hospitalier et la définition de la stratégie d'un établissement montrent qu'il ne peut se concevoir en dehors des choix stratégiques et organisationnels réalisés et exprimés par la Direction Générale.

C'est pourquoi le pilotage des projets Système d'Information Hospitalier doit s'appuyer sur une instance transverse pilotée par la Direction Générale et la Direction du Système d'Information (DSI).

Le COmité de GEstion du SIH (COGESIH) initié en février 2011 doit être relancé pour assurer ce pilotage. Le COGESIH est un groupe de travail multiprofessionnel et multidisciplinaire regroupant des médecins, des soignants et des personnels administratifs.

### **Le COGESIH aura pour missions de :**

- Placer les projets Système d'Information Hospitalier au cœur de la démarche stratégique de l'établissement.
- Valider le Schéma Directeur du Système d'Information Hospitalier.
- Statuer sur les axes stratégiques d'évolution.
- Prioriser les projets et assurer un macro pilotage.
- Suivre la Politique de Sécurité du Système d'Information.
- Déterminer les priorités et les moyens alloués à la réalisation des projets.

## **La Politique de Sécurité du Système d'Information (PSSI).**

La sécurité de l'information est une des priorités des établissements de santé et doit être gérée comme un projet institutionnel.

Déclinée dans la certification HAS V2014 et au travers des indicateurs du socle commun de Hôpital Numérique, la sécurité du Système d'Information Hospitalier doit garantir la Disponibilité, l'Intégrité, la Confidentialité et la Traçabilité de l'ensemble des informations qui composent le Système d'Information Hospitalier.

### **Pour structurer la sécurité autour d'une Politique de Sécurité du Système d'Information institutionnelle il faut :**

- Rédiger la Politique de Sécurité du Système d'Information.
- Mettre en place une analyse de risque globale des processus du Système d'Information Hospitalier.
- Nommer un Référent Sécurité du Système d'Information missionné par le Directeur Général.
- Organiser un Plan de Reprise d'Activité Système d'Information (PRAi).
- Respecter les contraintes réglementaires.
- Allouer les moyens et budgets nécessaires à la mise en place et au fonctionnement de la Sécurité du Système d'Information.

## **3. Le portefeuille des projets**

---

Si le Système d'Information Hospitalier actuel couvre un nombre important de fonctionnalités métiers, il reste néanmoins des fonctions qui ne sont pas ou peu informatisées.

La couverture fonctionnelle doit continuer à évoluer pour assurer à l'établissement la mise à disposition d'outils garantissant :

- La qualité, la sécurité de la prise en charge du patient.
- L'amélioration de sa productivité.
- L'accompagnement dans son pilotage médico-économique.
- Les échanges d'information avec tous les acteurs.
- La qualité de l'information traitée.
- La modernisation de ses processus administratifs.
- La simplification de la cartographie applicative actuelle.

Dans ce sens au regard des objectifs, de l'évaluation de l'existant et des besoins, les projets du Système d'Information Hospitalier s'articulent autour de 3 axes majeurs.

---

## Les projets transversaux induits par la réglementation

1

De nombreuses mesures impactant les systèmes d'information de santé ont été actées ou sont en cours d'élaboration ou de mise au point notamment dans le cadre de la loi Hôpital Patient Santé Territoire et par l'intermédiaire des agences gouvernementales, ASIP Santé, ANAP. Le projet du Système d'Information est donc fortement lié par l'environnement d'appartenance et par les contraintes règlementaires qui en découlent.

---

## Les projets en lien direct avec le projet d'établissement

2

Le Système d'Information doit permettre de supporter les orientations stratégiques de l'établissement. Le périmètre couvert par le SIH doit remplir sa fonction d'amélioration de la prise en charge au plus près du patient en accord avec le projet d'établissement.

---

## Les projets techniques du service informatique

3

L'évolution fonctionnelle du Système d'Information Hospitalier et la disponibilité des applications reposent sur une infrastructure technique qui doit garantir un fonctionnement sans défaut. L'évolution de l'infrastructure technique est ainsi un facteur de réussite des projets structurants du système d'information Hospitalier.

## - AXE 1 -

# Les projets transversaux induits par la réglementation

### 1. Le Dossier Patient Informatisé

Actuellement le Dossier Patient Informatisé (DPI) baptisé IdocMed est basé sur un développement interne. Idocmed est accessible à l'ensemble des acteurs de la prise en charge du patient.

Il offre, suivant les autorisations accordées, les fonctionnalités suivantes :

- Accès à l'ensemble des comptes rendus produits en interne (consultations, hospitalisations, plateaux techniques, chimiothérapie, ..).
- Accès aux comptes rendus des Réunions de Concertation Pluri disciplinaire (RCP) régionales.
- Consultations des résultats des laboratoires de Biologie et d'Anatomo Cyto pathologie.
- Accès au dossier d'imagerie du patient (PACS).
- Alertes diverses (Risques infectieux, Bactéries Multi Résistantes..).

Le DPI est l'outil quotidien des praticiens pour orienter la décision thérapeutique médicale et suivre la prise en charge des patients.

L'objectif est de mettre en place l'ensemble des composants d'un dossier patient complet et intégré.

- **Le Dossier Médical commun :**
  - Fiche médicale patient détaillée : allergies, traitement ...
  - Accès à l'ensemble des documents et compte rendus (internes ou externes) concernant le patient.
  - Accès aux résultats des plateaux techniques (imagerie, laboratoires ...).
  - Prescriptions multi modales (laboratoire, imagerie ...).
  - Parcours du patient.
  - Dossier partagé (partenariat ville-hôpital), compatible DMP (Dossier Médical Personnel).
  - Formulaire spécifiques : recueils d'informations particulières et exploitations statistiques.
- **Les Dossiers de Spécialités et Supports (utilisation de la fonction formulaires de spécialités incluse dans le Dossier Médical ci-dessus):**
  - Spécialités médicales : oncologie, radiothérapie,...
  - Spécialités supports : kinésithérapeute, assistante sociale...
- **Le Dossier de Soins :**
  - Gestion du plan de soins personnalisé et des protocoles.
  - Retour des résultats des prescriptions multi modales.
  - Suivi des administrations et consignes.
  - Traçabilité des actes et suivi de l'état clinique.

## 2. Phase 2 de la gestion des Identités des personnels

L'objectif de ce projet est de répondre aux critères de sécurité correspondant aux exigences de confidentialité d'accès aux données du Système d'Information Hospitalier.

Ces exigences sont rappelées au travers de l'indicateur confidentialité, pratiques exigibles, du projet Hôpital Numérique.

Fin 2014, la 1<sup>ère</sup> phase de déploiement du projet gestion des identités est achevée :

- Mise en place d'un annuaire des identités interfacé au logiciel des Ressources Humaines,
- Suivi complet du cycle de vie de l'identité : de l'arrivée d'une personne jusqu'à son départ.
- Créations automatiques des comptes utilisateurs et droits d'accès suivant le rôle ou la fonction exercés.
- Mise en place d'un outil SSO (Single Sign On) pour automatiser la saisie des identifiants et mots de passe multiples.

La phase 2 initiée dès 2015 :

- Authentification forte par carte CPS (Carte Professionnelle de Santé) ou CPE (Carte Professionnelle d'Etablissement).
- Traçabilité de l'accès aux applications métiers.
- Amélioration de la sécurité d'accès (bonnes pratiques sur la complexité des mots de passe, ...).

## - AXE 2 -

### Les projets en lien direct avec le projet d'établissement

La mise en place du Projet d'Etablissement s'accompagne d'une évolution du Système d'Information Hospitalier. Cette évolution consiste à mettre en place des outils ou applications informatiques qui facilitent l'atteinte des objectifs fixés dans le projet d'établissement et qui répondent aux impératifs actuels de dématérialisation croissante, d'interopérabilité, de standardisation et d'automatisation des processus.

#### 1. Objectif : Gagner en efficience

##### **Action 1 : Généraliser la reconnaissance vocale pour la production des comptes rendus**

Actuellement la dictée numérique est déployée sur l'ensemble des secrétariats médicaux.

Le passage à la reconnaissance vocale généralisée permettra de :

- Réduire les délais d'envois des comptes rendus.
- Améliorer la productivité des secrétariats médicaux.
- Couvrir de façon homogène l'ensemble de la production des comptes rendus.

##### **Action 2 : Numérisation du dossier patient**

Une grande partie du Dossier Patient est actuellement numérisée car il comporte la quasi-totalité des documents produits en interne mais aucun document en provenance de l'extérieur.

De fait ce dossier est incomplet et représente un risque dans la prise en charge faute de complétude.

L'objectif du projet est la numérisation, l'indexation et la diffusion de l'ensemble des documents qui contribuent à la qualité et à la sécurité de la prise en charge du patient pour :

- Améliorer l'accès des informations à l'ensemble des soignants.
- Supprimer la gestion du dossier papier (archives, circulation ...)
- Organiser une gestion documentaire exhaustive du dossier patient.
- Atteindre le zéro papier dans le cadre de la démarche de développement durable portée par l'IJG

##### **Action 3 : Renouveler le logiciel de Gestion des Rendez Vous**

L'outil de gestion des rendez-vous mis en place en 2006 est obsolète et ne répond plus aux attentes des utilisateurs.

Le remplacement de la gestion des rendez-vous devra :

- Permettre aux services d'être plus autonomes dans la gestion de leurs activités.
- Faciliter les changements rapides d'organisation.
- Améliorer le respect des normes d'échanges inter applicatifs.
- Réduire le temps consacré aux paramétrages et à la gestion des plannings.

##### **Action 4 : Améliorer la qualité de l'accès à Internet**

L'accès à Internet se fait actuellement par une liaison de haut débit (10 Mbits /seconde) mise à disposition gracieusement, depuis 2008, par le Conseil Régional dans le cadre du projet TELEMUS (4<sup>ème</sup> phase actuellement).

Les nouveaux usages et la multiplication des échanges au travers d'Internet nécessitent une liaison d'un débit supérieur (50 Mbits / seconde souhaités).

La Recherche Clinique est l'un des services où les besoins augmentent le plus, des envois d'examens d'imagerie sont nécessaires pour certains essais cliniques.

L'amélioration de l'accès à Internet est une nécessité absolue pour que la Recherche Clinique puisse travailler efficacement.

L'objectif est d'installer une connexion internet très haut débit sécurisée pour :

- Améliorer les temps d'accès sur Internet.
- Supprimer les pics d'activités.
- Garantir une haute disponibilité de l'accès à Internet.

## 2. Objectif : Développer les partenariats et collaborations

### Action 1 : Inter opérabilité entre établissements en Champagne Ardenne

Un grand nombre de patients communs sont pris en charge par le CHU de Reims et par l'Institut de Cancérologie Jean Godinot. Les échanges informatisés sont quasi inexistantes et il n'y a pas de rapprochement entre les bases patients respectives, les échanges d'informations se font par document papier, par fax ou par téléphone.

L'objectif consiste à renforcer la synergie entre les établissements, à sécuriser les échanges, à maîtriser les problèmes d'identité liés aux patients communs.

La mise en place d'un logiciel de rapprochement d'identité entre les deux établissements permettra de :

- Sécuriser les échanges, supprimer les risques liés aux problèmes d'identité-vigilance.
- Faciliter les transferts d'information.
- Améliorer les échanges entre les PACS (Dossier Patient en Imagerie) respectifs pour garantir la prise en charge des patients communs.

Le projet pourra s'appuyer sur les outils informatiques de rapprochement d'identité patient mis à disposition par le GCS SISCA (Système d'Information de Santé en Champagne Ardenne) sur la plateforme informatique régionale.

### Action 2 : Renforcer les coopérations territoriales et l'ouverture sur l'extérieur

#### Renforcer la collaboration avec UNICANCER :

UNICANCER met en place une initiative unique en France : un Observatoire des attentes des patients. Ce travail prospectif consiste à mieux comprendre les attentes des patients, celles de leurs proches et celles des médecins de ville en vue d'orienter l'évolution de l'offre des Centres de lutte Contre le Cancer (CLCC) en termes de prise en charge.

Les différents CLCC se sont regroupés en 7 inter-régions pour faciliter la coordination entre tous les acteurs de la cancérologie.

L'Institut de Cancérologie Jean Godinot est l'un des 4 Centres Régionaux de Lutte Contre le Cancer du Grand Est (Strasbourg, Nancy, Dijon et Reims) réunis dans le cadre d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GEODE).

#### Le Projet CONSORE : le SIH en appui à la médecine personnalisée :

Initié par UNICANCER, le projet CONSORE, Continuum Soins Recherche a pour objectif de mettre en place un recueil de partage et d'analyse de l'ensemble des données issues de la recherche (données cliniques, biologiques, imagerie, biologie moléculaire...) en vue de favoriser la recherche translationnelle. Ce projet vise à faciliter l'accès à l'ensemble des données et informations disponibles, tout en gérant les problématiques de droit d'accès, de propriété intellectuelle et d'interopérabilité.

L'évolution du SIH de l'IJG doit se faire dans la perspective de collaborations plus étroites et plus régulières avec les autres centres. Les outils mis en place dans le domaine de la production des soins (cliniques ou médico techniques) devront obligatoirement :

- respecter les nomenclatures internationales (codification CIM pour la Classification Internationale des Maladies,...) et les référentiels retenus par UNICANCER ;
- permettre une extraction automatisée des données structurées ;
- être interopérables avec les outils de requêtes et d'analyses communs à UNICANCER ;

Les futures évolutions du SIH de l'IJG doivent s'orienter vers un objectif commun : un dossier communicant des centres.

### **Renforcer la collaboration avec les partenaires territoriaux :**

La politique de partenariats avec les établissements de santé du territoire, les coopérations avec les acteurs régionaux (réseaux, instances ...) doivent permettre le développement de l'activité médico-scientifique de l'Institut et affirmer son positionnement de centre référent.

### **L'évolution des coopérations et partenariats doit s'accompagner de la mise en place de moyens de communication entre les établissements pour les professionnels :**

- Généraliser le recours à la visio-conférence.
- Mettre en place les outils de télémédecine (télé expertise, télé diagnostic, télé pathologie ...)
- Développer l'usage des outils WEB pour les réunions distantes.

## **3. Objectif : Communiquer et promouvoir le modèle de l'Institut de Cancérologie Jean Godinot.**

### **Action 1 : Refondre globalement le site Internet**

Le site Internet actuel est obsolète, hétérogène et ne reflète pas la qualité et la technicité de la prise en charge proposées à l'Institut de Cancérologie Jean GODINOT.

Les objectifs du nouveau site Internet sont de :

- Proposer un moyen de communication et d'informations actualisé pour nos patients et partenaires.
- Véhiculer une meilleure image de marque de l'établissement grâce à des informations représentatives de la technicité et de la qualité de la prise en charge.

### **Action 2. Développer le portail patient collaboratif**

L'Institut de Cancérologie Jean GODINOT a mis en place une communication SMS avec ses patients :

- Rappel de rendez-vous 72h avant la date.
- Echanges SMS avec les cadres de soins depuis IdocMed (Dossier Patient Informatisé).

La mise en place d'un portail collaboratif pourra permettre au patient de :

- Prendre ou organiser ses futurs rendez-vous.
- D'élargir les usages pour échanger des SMS (suivi de traitement, ...).
- Interagir avec le Système d'Information Hospitalier (vérification d'informations administratives, ...).

### **Action 3 : Accès à distance sécurisé au portail Intranet de l'Institut de Cancérologie Jean Godinot**

Le portail de l'Intranet de l'Institut de Cancérologie Jean Godinot permet aux personnels habilités l'accès à différentes applications métiers dont le Dossier Patient Informatisé (DPI)

Ce portail n'est pas accessible depuis l'extérieur, l'objectif principal est de permettre un accès authentifié fortement sécurisé et tracé au Dossier Patient Informatisé pour :

- Les consultations avancées : consultations assurées par des médecins de l'Institut dans des établissements extérieurs.
- Les correspondants extérieurs : relations avec la médecine de ville.
- Les personnels de l'Institut.

#### **4. Objectif : Moderniser les processus administratifs et développer les outils d'aide à la décision.**

##### **Action 1 : Se doter d'outils de pilotage**

Le pilotage de l'établissement passe par la production de tableaux de bord complexes croisant plusieurs données hétérogènes. Il est crucial que l'établissement se dote d'outils lui permettant un suivi exhaustif des données d'activités et des données administratives.

En particulier, le Système d'Information des Ressources Humaines ne dispose pas de véritable outil de pilotage et utilise les tableurs pour élaborer les statistiques et tableaux de bord.

L'objectif est de doter l'Institut de Cancérologie Jean Godinot d'un outil de type INFOCENTRE (exploitation d'entrepôt de données au travers d'outils de requêtes et de statistiques) pour :

- Développer les tableaux de bord institutionnels.
- Etre autonome sur la réalisation et l'exploitation de nouveaux tableaux de bord ou statistiques.
- Capitaliser sur un outil INFOCENTRE connu afin d'élargir les axes d'analyse (incluant l'axe Ressources Humaines).

##### **Action 2. Dématérialiser des processus administratifs**

Un grand nombre de processus administratifs papiers subsistent et ne permettent pas une gestion rigoureuse et organisée des WORFLOW (le workflow sert à décrire le circuit de validation, les tâches à répartir entre les différents acteurs d'un processus, les délais, les modes de validation, et à fournir à chacun des acteurs les informations nécessaires à l'exécution de sa tâche).

Ces processus concernent les notes de frais, les demandes de déplacement, les demandes d'accès au Système d'Information Hospitalier ....

L'acquisition d'un outil had hoc permettra :

- D'organiser et de structurer la gestion des workflow
- De développer les différents workflow pour les processus identifiés.
- D'assurer un suivi rigoureux de l'ensemble des processus.

## - AXE 3 –

### Les projets techniques du service informatique

Le maintien en condition opérationnelle de l'accessibilité au Système d'Information Hospitalier passe par :

- Le renouvellement des matériels caducs ou inadaptés.
- La mise à jour des logiciels obsolètes ou en fin de support.
- Le respect des préconisations faites par les audits ou les recommandations fournisseurs.

L'intégration du Système d'Information Hospitalier est un des moyens qui garantissent la sécurité de l'information dans sa composante Intégrité.

Les échanges inter applicatifs normés, supervisés et centrés sur des référentiels uniques sont gages de la qualité des informations.

Cette évolution se poursuivra pour :

- Intégrer l'ensemble des applications du Système d'Information Hospitalier par :
  - La mise à niveau des échanges applicatifs basés sur des normes non standard.
  - La mise en place du référentiel de structure de l'établissement.

## XII. Le Projet Social

---

### 1. Le contexte

---

Les ressources humaines sont essentielles dans la lutte contre le cancer, car la prise en charge personnalisée du patient, la mise en place de l'innovation thérapeutique, et l'accompagnement pendant toutes les phases de la maladie ne peuvent se faire qu'avec des professionnels motivés, en nombre suffisant et bien formés.

C'est pourquoi la politique sociale mise en place ces dernières années à l'Institut de Cancérologie Jean-Godinot se fonde sur ces valeurs que sont :

#### **Une responsabilité sociale partagée par tous :**

C'est l'exigence de la qualité du service rendu à chaque patient. Rigueur, expertise et qualité humaine conduisent l'action.

#### **La pluridisciplinarité :**

La prise en charge globale de la pathologie cancéreuse nécessite l'intervention d'équipes pluridisciplinaires. Cette organisation des soins est l'atout majeur des CLCC depuis leur création. Ainsi, la pluridisciplinarité fonde la culture de l'Institut : elle se décline dans tous les métiers qu'ils soient soignants ou non soignants. Cette culture pluridisciplinaire est un enrichissement continu des compétences et des expériences. Elle constitue un moteur d'innovation garantissant la qualité des soins.

#### **La créativité :**

Anticiper les traitements de demain, suppose une dynamique d'innovation permanente. Ainsi il est primordial que chaque collaborateur développe son potentiel individuel.

Fort de ces valeurs partagées, l'Institut a dû et doit toujours faire face aux mutations qui impactent l'ensemble des établissements de santé : les impératifs économiques, les difficultés liées à la démographie médicale, les évolutions sociales et réglementaires.

Le véritable challenge pour les 3 années à venir sera donc de concilier les objectifs de progression d'activité et d'innovation inscrits dans le projet médico-scientifique et la nécessité de revenir à l'équilibre financier d'ici 2017.

**C'est donc dans un contexte d'optimisation des moyens et des ressources que l'Institut doit construire une politique sociale innovante et performante.**

### 2. La démarche d'élaboration du projet social

---

Ce projet social résulte de la concertation avec les représentants du personnel et les délégués syndicaux, réunissant les trois collèges de personnels : praticiens, cadres et non cadres. L'objectif était de favoriser la participation des représentants du personnel et de s'inscrire dans une démarche projet non hiérarchique, pluridisciplinaire et transversale.

Il se décline en plusieurs axes qui comportent un ou plusieurs objectifs quantifiables, des actions à mettre en œuvre, au moins un indicateur permettant d'en assurer le suivi et l'évaluation, ainsi qu'une échéance dans la mise en œuvre.

Pour faciliter la lecture de chacun des axes, sa mise en œuvre opérationnelle et son indicateur de suivi sont présentés dans des tableaux synthétiques.

### 3. Quatre axes prioritaires :

---

Le projet social constitue l'un des volets du Projet d'Etablissement. Il s'inscrit en droite ligne avec la stratégie développée dans le projet médico-scientifique qui définit les objectifs et plans d'actions notamment en matière de soins, de recherche, et d'enseignement.

C'est donc plus que jamais à travers la mobilisation de ses forces vives que constituent ses personnels que l'Institut pourra atteindre ses objectifs car c'est par la qualité des compétences humaines mobilisées que l'Institut fera la différence. Le projet social porte notamment sur :

- La formation
- L'amélioration des conditions de travail
- La gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications
- La valorisation des acquis professionnels

Il doit donc garantir un champ de compétences étendu, une organisation efficiente, des conditions de travail optimales et adaptées, et des parcours professionnels sécurisés pour y parvenir.

C'est pourquoi le projet social s'articule autour de 4 axes :

---

## Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences afin d'accompagner la stratégie de l'établissement

# 1

La politique de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences consiste à ajuster les emplois et les métiers aux besoins en identifiant les mouvements du personnel, la démographie de celui-ci par catégorie et métier, les défis technologiques, les évolutions sociales, les projets institutionnels. Dans un contexte de forte évolution, aussi bien sur le plan démographique que réglementaire, il apparaît impératif d'avoir une vision prévisionnelle des départs à la retraite notamment dans certains corps de métiers.

Le développement des compétences est un levier pour attirer et fidéliser les talents. L'emploi, la formation, le développement et la sécurisation des parcours professionnels sont des objectifs prioritaires qui permettront d'accompagner les projets de développement d'activité et d'innovation.

---

## Responsabilité sociale et amélioration des conditions de travail

# 2

La Responsabilité Sociale des Entreprises, autrefois associée à la notion de développement durable, s'est élargie aux enjeux sociaux et de Ressources Humaines auxquels doit faire face l'Institut : développement des compétences, management, diversité, bien-être au travail, handicap, risques psychosociaux, restructurations, logement, restauration...C'est dans cette voie que l'Institut s'est engagé.

Cette démarche de développement durable a également concerné l'amélioration continue des conditions de travail afin de sécuriser l'environnement de travail en identifiant les risques professionnels. Il est nécessaire de poursuivre cette action et de développer une véritable culture de maîtrise du risque au sein de chaque département.

La prise en compte de la responsabilité sociale par nos organisations et l'amélioration de la qualité des conditions de travail et du bien-être au travail, sont autant de facteurs qui augmenteront la performance dans le cadre de cette démarche responsable, c'est à dire durable. Se sentir bien dans son métier et au sein de son équipe amène l'émulation et la motivation nécessaire au progrès.

# 3

## Modernisation et sécurisation du processus RH

La gestion des ressources humaines doit s'inscrire dans une démarche continue d'amélioration de la qualité qui doit l'amener à moderniser la gestion collective et individuelle tout en sécurisant ses processus. Les évolutions réglementaires notamment dans le domaine de la formation rendent nécessaires l'encouragement et l'accompagnement des personnels à la formation pour une adaptation à l'emploi et une évolution professionnelle. Par ailleurs, la mise en place de nouveaux outils informatiques notamment, devrait faciliter les modes de gestion des cadres et rendre plus fluide les échanges d'informations avec les départements et les salariés.

# 4

## Développement des relations sociales

Les élections professionnelles (CE, DP) ainsi que la désignation du CHSCT auront lieu en 2016. Conserver un dialogue social de qualité avec les instances représentatives du personnel et les délégués syndicaux est l'une des priorités favorisant des échanges constructifs basés sur la confiance. Cela passe par l'accompagnement et la sécurisation du mandat des élus. La qualité du dialogue avec le personnel implique une stratégie de communication interne visant à harmoniser et mettre en synergie toutes les formes d'information existantes dans l'établissement. Sa réussite dépend de l'identification des cibles, de l'adaptation des messages et du choix des outils.

## AXE 1 – Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences afin d’accompagner la stratégie de l’établissement

Thèmes	Objectifs	Actions	Indicateurs	Délais
Ajustement des emplois et des métiers aux besoins	Accompagner la stratégie de l'établissement par une gestion des compétences efficiente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acquisition de nouvelles compétences par le biais du recrutement ou de la formation</li> <li>- Anticipation des départs en retraite</li> <li>- Restructuration de certains secteurs</li> <li>- Mise en œuvre de la mobilité interne professionnelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nb de salariés recrutés ou formés : * en lien avec la stratégie institutionnelle *dans le cadre d'un remplacement lié à un départ en retraite *dans le cadre de restructurations ou de réorganisations</li> <li>- Nb de postes non remplacés</li> <li>- Nb de salariés ayant bénéficié d'une mobilité interne</li> </ul>	2015 - 2017
Formation continue	<p>Renforcer les compétences des salariés par l'acquisition de nouvelles connaissances</p> <p>Accompagner les évolutions réglementaires relatives à la formation continue :</p> <p>* Développement Professionnel Continu (DPC),</p> <p>* Compte Personnel Formation (CPF)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'actions de formation et suivi par département</li> <li>- Poursuite de la mise en place du DPC : Création de nouveaux programmes de DPC reconnus par l'OGDPC</li> <li>- Mise en place du CPF dont l'ambition est d'accroître le niveau de qualification et de sécuriser le parcours professionnel : *Information des salariés sur ce nouveau dispositif et suivi individuel du CPF *Faciliter l'accès informatique des personnels au CPF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nb de VAE</li> <li>- Nb de programmes de DPC</li> <li>- Nb de salariés formés dans le cadre du DPC</li> <li>- Mise en place du CPF pour chaque salarié</li> <li>- Mise en place de l'entretien professionnel</li> <li>- Diffusion de l'information auprès des salariés</li> </ul>	2015 - 2017
Les parcours professionnels	Gérer et valoriser les parcours professionnels de façon performante et réactive	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuite des campagnes de validation des parcours professionnels : mise en place de commissions de validation par filière, mise en place de plan de progrès pour les salariés non validés et leur accompagnement</li> <li>- Mise en place et formalisation d'une cartographie des parcours professionnels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nb de salariés dont le parcours professionnel a été validé</li> <li>- Nb de dossiers de « revoyure » examinés chaque année</li> <li>- Nb de plan de progrès mis en place et évaluation</li> <li>- Identification des métiers et des perspectives de carrière selon les filières.</li> </ul>	2015 - 2017

## AXE 2 – Responsabilité sociale et amélioration des conditions de travail

Thèmes	Objectifs	Actions	Indicateurs	Délais
Attractivité et fidélisation des personnels	Accompagner l'intégration des nouveaux personnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise à jour du livret d'accueil</li> <li>- Mise en place d'une formation « intégration du personnel »</li> <li>- Développement des passeports d'intégration avec tutorat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Livret d'accueil rédigé</li> <li>- Nb de personnes ayant bénéficié de la formation intégration</li> <li>- Mise en place des passeports d'intégration sur les métiers n'en disposant pas</li> <li>- Evaluation de la satisfaction des nouveaux personnels sur le processus d'intégration</li> </ul>	<p>1<sup>er</sup> semestre 2015</p> <p>2015 – 2017</p> <p>2015</p>
Management de proximité	Développer un management de proximité afin de faciliter le repérage et la résolution de situations difficiles au sein des équipes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Révision des organigrammes</li> <li>- Formation en management</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nb de managers de proximité</li> <li>- Nb d'animateurs d'équipe</li> <li>- Nb de managers formés</li> </ul>	2015 - 2017
Bien-être au sein des équipes	Promouvoir la bien-être	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Action de sensibilisation du personnel sur ce thème en lien avec la charte de bien-être auprès des patients</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retour des EAP sur les atouts et les freins à la qualité de vie au travail</li> <li>- Nb de conflits interpersonnels identifiés</li> </ul>	2015 - 2017
Evaluation du bien-être au travail	Mesurer l'impact de la politique RH en termes d'amélioration du bien-être au travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'une enquête de satisfaction auprès de tous les personnels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nb de personnes interrogées, et nb de personnes se déclarant satisfaites et non satisfaites</li> <li>- Propositions d'amélioration identifiées par les salariés</li> </ul>	2015 – 2017
Politique active sur le handicap	Améliorer les conditions d'emploi des salariés handicapés au sein de l'Institut	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification d'un nouveau référent handicap à l'Institut</li> <li>- Maintien de l'adhésion au réseau handicap de Champagne Ardennes</li> <li>- Développement du partenariat avec le SMIRR, le Sameth et l'Agefiph</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nb d'aménagements de postes dont ont bénéficié les salariés handicapés de l'Institut.</li> <li>- Montant de subventions obtenues de nos partenaires et investissements consentis par l'Institut pour les aménagements de postes des TH</li> <li>- Montant de la contribution versée à l'Agefiph pour l'emploi de travailleurs handicapés</li> </ul>	2015 – 2017

## AXE 2 – Responsabilité sociale et amélioration des conditions de travail (suite)

Thèmes	Objectifs	Actions	Indicateurs	Délais
Document Unique	<p>Finaliser la mise à jour du Document Unique dans l'ensemble des départements</p> <p>Développer une culture de maîtrise du risque professionnel</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuite de l'action initiée en 2014 pour la mise à jour du Document Unique sur la base d'un document standardisé sur l'ensemble des départements et procéder à un bilan de la pénibilité</li> <li>- Mise en place en lien, avec le CHSCT, de référents 'document unique' dans chaque service afin que les risques soient connus de tous et maîtrisés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence du Document Unique dans chaque service</li> <li>- Actions menées par les référents 'DU', suivi et évaluation en lien avec le CHSCT</li> </ul>	2015 - 2017
La prévention des TMS et des AES	<p>Poursuivre les actions déjà initiées sur ces deux risques</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vérification de la bonne utilisation des aides techniques et/ou du matériel et de leur renouvellement en cas d'usure</li> <li>- Renouvellement des formations des référents et des salariés et communication adaptée</li> <li>- Suivi de l'EPP : mise en place et finalisation</li> <li>- Réalisation d'enquêtes de satisfaction auprès des personnels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nb d'accidents TM</li> <li>- Nb d'accidents AES</li> <li>- Nb de personnes formées</li> </ul>	2015 – 2017
Réinsertion professionnelle et maintien dans l'emploi	<p>Favoriser la réinsertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des salariés après une absence de longue durée</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activation de la cellule « Maintien dans l'emploi » afin d'anticiper la reprise du travail en lien avec la médecine du travail et d'organiser le retour dans des conditions satisfaisantes : aménagement de poste ou d'horaires et préparation de l'équipe</li> <li>- Evaluation individuelle de la reprise de travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nb de réunions de la cellule « Maintien dans l'Emploi »</li> <li>- Nb de salariés ayant repris le travail après une absence de longue durée</li> </ul>	2015 – 2017
Promotion de la 'Santé au travail'	<p>Sensibiliser les salariés sur la préservation de leur santé dans le cadre de leur activité professionnelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place de 'Parcours Santé' en lien avec le CHSCT sur des thèmes de santé publique et sur le même modèle que les 3 actions déjà réalisées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nb de salariés participant à ces actions</li> <li>- Evaluation de ces actions par les salariés</li> </ul>	2015 – 2017

## AXE 2 – Responsabilité sociale et amélioration des conditions de travail (suite)

Thèmes	Objectifs	Actions	Indicateurs	Délais
Logement	Informar les salariés sur le logement locatif, sur les subventions pour travaux ou investissements immobiliers en lien avec la commission logement du CE	- Mise en place d'une réunion d'information au bénéfice de l'ensemble du personnel avec notre partenaire Plurial	- Nb de salariés ayant assisté à la réunion d'information	1 <sup>er</sup> semestre 2015
	Améliorer le suivi des demandes en matière de logements locatifs	- Mise en place de réunions trimestrielles avec la commission logement du CE et suivi des demandes par le biais d'un répertoire informatique partagé.	- Nb de dossiers 'logement' mis en place - Nb de réunions de la commission logement	1 <sup>er</sup> trimestre 2015
Réflexion sur la mise en place d'un espace restauration	Proposer au personnel comme aux patients ou aux visiteurs la possibilité d'accéder à un espace convivial et adapté et proposer des collations équilibrées	- Etude de faisabilité à mener par le biais d'un partenariat	- Aboutissement du projet	2015 - 2017

## AXE 3 – Modernisation et Sécurisation des processus RH

Thèmes	Objectifs	Actions	Indicateurs	Délais
Gestion des temps et des activités	Adapter et moderniser l'outil informatique de gestion des temps et des activités (GTA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Constitution d'un groupe de travail</li> <li>- Paramétrage de la nouvelle version du logiciel de GTA</li> </ul>	<p>Fonctionnement et utilisation de ce nouvel outil dans chaque service</p> <p>Evaluation de l'outil auprès des cadres et des salariés</p>	<p>Début 2015</p> <p>1<sup>er</sup> semestre 2015</p>
Gestion du Document Unique et de la pénibilité	Faciliter la gestion de Document Unique et de la pénibilité par la mise en place d'un logiciel spécifique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Constitution d'un groupe projet (avec des référents DU)</li> <li>- Mise en place du paramétrage de l'outil</li> </ul>	<p>Utilisation de l'outil et mise à jour du DU en mode décentralisé</p> <p>Evaluation du processus</p>	2015
Procédures RH	Réaliser un guide de procédures RH et formaliser certaines règles	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Liste des procédures à mettre à jour, et celles restant à formaliser</li> <li>- Création du guide des procédures et diffusion au personnel</li> <li>- Formalisation de certaines règles en lien avec les délégués syndicaux par la négociation d'accords d'entreprise</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nb de procédures écrites</li> <li>- Nb de procédures à formaliser</li> <li>- Liste des accords d'entreprise</li> </ul>	2015 - 2017
Communication RH	Développer la communication spécifique aux Ressources Humaines	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'un Intranet spécifique RH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nb d'articles diffusés</li> <li>- Evaluation de ce nouvel outil auprès des salariés</li> </ul>	1 <sup>er</sup> semestre 2015
Approche qualitative et personnalisée de la Gestion des Ressources Humaines	Encourager et accompagner les personnels dans leur évolution professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'entretien de carrière approfondi avec la DRH pour les salariés ayant exprimé des souhaits d'évolution</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nb d'entretiens réalisés et suivi d'évolution des personnels</li> </ul>	2015 - 2017

## AXE 4 – Développement des relations sociales

Thèmes	Objectifs	Actions	Indicateurs	Délais
Dialogue social de qualité	<p>Maintenir un niveau de dialogue social satisfaisant</p> <p>Maintenir un échange constructif basé sur la confiance</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elections professionnelles IRP en 2016 pourra donner lieu à un accompagnement financier pour leur formation si nécessaire.</li> <li>- Poursuivre la négociation d'accords d'entreprise avec les DS dans le cadre de la NAO et GPEC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nb de représentants formés à l'exercice de leur mandat</li> <li>- Nb de réunions et liste des accords signés</li> </ul>	<p>1<sup>er</sup> semestre 2016</p> <p>1<sup>er</sup> semestre 2016</p>
Règlement intérieur des instances (CE – CHSCT)	Mettre en place un règlement intérieur des instances (CE, CHSCT)	<p>Pour le CE, le RI est obligatoire Il devra être conforme à la réglementation (art L 23 25-2 du code du travail).</p> <p>Pour le CHSCT, le RI est facultatif et doit préciser ses modalités de fonctionnement</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence du RI du CE</li> <li>- Existence du RI du CHSCT</li> </ul>	2015
Communication interne	Développer les moyens de communication interne des IRP et DS, et la rendre plus fluide	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Action de communication notamment lors de la signature de nouveaux accords d'entreprise :               <ul style="list-style-type: none"> <li>* réunions d'information</li> <li>* article sur l'intranet</li> <li>* affichage</li> <li>* Flash info</li> <li>* Accès aux textes</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification des accords d'entreprise et vecteur d'information utilisé pour le faire connaître</li> <li>- Evaluation du niveau d'information des personnels</li> </ul>	2015 - 2017

## XIII. Synthèse et perspectives

---

Ce projet d'établissement 2015-2017 de l'Institut de Cancérologie Jean Godinot a été élaboré de façon participative avec l'ensemble des praticiens, les cadres, les soignants et les élus du personnel. Cet engagement s'est traduit par une approbation à l'unanimité par la Conférence Médicale d'Etablissement et par le Comité d'Entreprise.

Les axes stratégiques retenus sont pragmatiques et adaptés aux enjeux auxquels doit faire face l'établissement à moyen terme :

- *Augmenter et diversifier l'activité* pour développer l'offre publique de cancérologie à Reims et en Champagne Ardenne,
- *Renforcer et structurer la recherche clinique* indissociable des soins dans un hôpital universitaire et facteur d'accessibilité à l'innovation pour tous,
- *Mener une politique active de partenariats territoriaux* en et hors région pour la diffusion des bonnes pratiques, l'accès au recours et la réduction des inégalités de prise en charge,
- *Valoriser et renforcer les éléments de différenciation* à l'égard des patients et professionnels de santé en s'appuyant sur les spécificités statutaires, organisationnelles et fonctionnelles d'un centre de lutte contre le cancer,
- *Faire évoluer le pilotage et le management* pour inscrire l'Institut dans une logique d'efficience médico-économique structurelle, gage de sa pérennité.

Les investissements prévus sont circonscrits à une réorganisation architecturale modeste du bloc opératoire, à la poursuite de la modernisation du plateau technique de radiothérapie pour laquelle les dons et legs seront mobilisés et à l'indispensable adaptation de l'outil informatique aux exigences d'un hôpital numérique.

Les valeurs développées au plan national par la fédération **UNICANCER**, partagées par tous les centres de luttés contre le cancer, notamment les 4 du Grand Est réunis au sein de GEODE, s'expriment dans ce projet offensif qui augure le futur proche de l'établissement :

- **L'exigence**, pour la qualité et la sécurité des soins ainsi que pour la réduction de leurs inégalités sur le territoire,
- **L'innovation**, valeur ajoutée des centres de lutte contre le cancer, qui ont été des pionniers et doivent toujours être des éclaireurs en matière de recherche et de prise en charge globale en cancérologie,
- **L'ouverture**, vers de nombreux partenaires au premier rang desquels le CHU de Reims et l'Université de Reims Champagne Ardenne afin, avec eux, de participer à la défense et au développement du site hospitalo-universitaire rémois,
- **L'humanisme**, qu'exige une pathologie grave et symbolique pour les patients et leurs proches, et qui, depuis plus de 10 ans, au travers de trois plans cancer successifs, mobilisent l'Etat.